

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autor: Luis Alberto El Halli Obeid

ESTRUCTURA DISPONIBLE Y OFERTA DE SERVICIOS PARA LA APLICACIÓN DE LA NUEVA LEY DE SALUD MENTAL EN LA PROVINCIA DE CORRIENTES

2011

Citar como: El Halli Obeid, L. (2011). Estructura disponible y oferta de servicios para la aplicación de la nueva ley de salud mental en la provincia de Corrientes. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

INDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN/ABSTRAC-PALABRA CLAVE

1. INTRODUCCION

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

FORMULACIÓN, ARGUMENTACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA QUE SE ABORDARA EN EL TRABAJO DEFINICIÓN DE OBJETIVOS (GENERAL Y ESPECÍFICOS)

3. DESARROLLO

MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL Y / O REFERENCIAL ANÁLISIS DEL PROBLEMA:
ARTICULACIÓN TEÓRICA Y EMPÍRICA

4. CONCLUSIONES

5. BIBLIOGRAFIA

6. ANEXOS

RESUMEN

El presente trabajo tiene la finalidad de aproximar un análisis, descripción y opiniones de referentes involucrados en la problemática de la aplicabilidad de la nueva ley de Salud Mental N° 26657, en el ámbito de la provincia de Corrientes.

Se describen los ejes principales de la ley y se analizan los diferentes tópicos que en la misma se abordan.

Consiste el estudio en una introducción acerca del espíritu de la ley, las opiniones e intereses de los diferentes actores involucrados y los nuevos espacios de eventual aplicación.

El objetivo principal es plantear el problema que ha suscitado la sanción y promulgación de la ley nacional que originó un nuevo modelo, que generó distintos interrogantes con respecto a su viabilidad y aplicabilidad.

El análisis de aplicación de este nuevo modelo de atención, contempla las problemáticas relacionadas con los recursos ya existentes y los que se requerirán para sustentarlo; así por ejemplo, aquellos que demandarán la creación de dispositivos paralelos que permitan lograr efectividad en la atención de pacientes.

El núcleo duro de la propuesta refiere a los aspectos a tener en cuenta para avanzar desde el modelo vigente hacia el que propone la mencionada ley. En este sentido, se intenta realizar un tratamiento lo más exhaustivo posible acerca de la problemática que surge ante el cambio paradigmático de concepción de salud mental y sus consecuencias respecto de las políticas públicas específicas, la organización del sistema de salud en general y de salud mental en particular, así como las modalidades y dispositivos de tratamiento de las enfermedades mentales.

A partir del estudio se intentará hallar alternativas de solución a la problemática enunciada, de manera tal que éstas constituyan medios viables para lograr una auténtica aplicación de la ley en la provincia de Corrientes.

1-INTRODUCCIÓN

El presente trabajo describe y analiza las condiciones para la aplicación de la mencionada Ley de Salud Mental, en un escenario particular, el Sistema de Salud de la Provincia de Corrientes.

El objeto de la investigación se ubica en el campo de la salud, del sistema de salud y su modelo de atención, concretamente en el ámbito de la salud mental.

A partir de la sanción de la Ley de Salud Mental Nº 26657 se propone un nuevo modelo de atención y la necesidad de reformular esquemas terapéuticos que estén sustentados por una nueva legislación; es decir, es preciso dar el marco legal para lo que se considera un cambio de paradigma en el modelo de atención de la salud mental.

Si se observa desde una perspectiva crítica e innovadora al sistema de salud en Argentina, su actual funcionamiento y su forma de implementar políticas de atención, se advierte la vigencia de un modelo de atención en salud mental que habría omitido cuestiones fundamentales relacionadas con los derechos del ser humano.

En la construcción conceptual de la nueva ley discutida en comisiones, se priorizaron los derechos de las personas. La misma fue aprobada por unanimidad en las dos Cámaras, de diputados y senadores, habiendo quedado pendiente su reglamentación.

Ante las innovaciones que se proponen, surgirían las siguientes cuestiones que implican distintos grados de conflictividad:

- Objeciones fundamentadas al modelo terapéutico hegemónico, excluyente, que propicia la manicomialización del paciente, con diagnósticos de irreversibilidad.
- Debates en torno a quiénes poseen el saber especializado y la autoridad prácticamente inapelable para decidir acerca del destino de quienes presentan enfermedades mentales: ¿Sólo los médicos psiquiatras "saben", o, se trata de una problemática que requiere de abordajes intersectoriales e interdisciplinarios?
- Discusión o confrontación corporativa y de incumbencias profesionales.
- Defensa de las necesidades de los usuarios.
- Resguardo de los derechos humanos.
- Construcción de un nuevo paradigma de salud mental.
- Transformación del sujeto de tutela y beneficencia en sujeto de derecho.
- Focalización del problema en la población considerada vulnerable.

- Si el enfoque de derechos y la perspectiva sanitaria y el modelo socio sanitario, es congruente con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, es preciso responder al interrogante: ¿Quién posee una discapacidad psicosocial es sujeto de derecho, con capacidad para tomar decisiones?

La descripción y el análisis se han realizado asumiendo la afirmación del Dr. Ramón Carrillo como supuesto fundamental: "Sólo sirven las conquistas científicas sobre la salud si éstas son accesibles al pueblo".

2- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En relación con la problemática compleja que plantea la implementación de la nueva Ley de Salud Mental, en el presente trabajo, el análisis se acota a lo siguiente:

El sistema de salud actual de la Provincia de Corrientes, con el modelo de atención vigente y los recursos humanos de los que dispone, constituye un ámbito donde la reforma que se propone en la nueva Ley 26657 es, en principio, de difícil aplicabilidad.

En función de ello, ¿cuáles serían los principales condicionantes a tener en cuenta, para iniciar un proceso de cambios en la provincia como los que promueve la ley mencionada?

En el análisis se adopta la perspectiva de la complejidad¹ porque en el problema y el interrogante planteados se entrelazan aspectos sociales, económicos, culturales, históricos, políticos, éticos e ideológicos. Por lo tanto, la descripción y el análisis deben contemplar un tipo de pensamiento no lineal ni de explicaciones simples basadas en relaciones de causa y efecto. De esta manera, se intentará dar cuenta de la diversidad de factores que convergen e interactúan en la problemática de la salud mental en la sociedad actual y en el contexto del sistema de salud de Corrientes desde la perspectiva asumida.

- **La Ley en el contexto nacional y de la provincia de Corrientes. Primera aproximación.**

A pesar de ser presentada como una "ley superadora", la norma que rige el campo de la salud mental en el país es objeto de críticas provenientes principalmente de

¹ Se utiliza el término "complejo" desde la concepción de la "epistemología de la complejidad" de Edgar Morin (1995), la que propone un tipo de pensamiento capaz de asumir respecto de las realidades en estudio lo siguiente:

La dificultad: el pensamiento causal, lineal, resulta insuficiente para entender las incongruencias que se presentan;

Interacción y principio sistémico: Las partes se incluyen en el todo, pero el todo también en las partes. Ni el todo da cuenta de las partes ni las partes del todo. Así se entiende el concepto de *totalidad*;

Heterogeneidad, contradicciones, paradojas: para entender su sentido se necesitan explicaciones no reduccionistas, sino que respeten su carácter heterogéneo y se analice su complementariedad;

Fenómenos aleatorios, incertidumbre: aparece lo imprevisible. El caos deja de ser un vacío y se le otorga presencia. Desorden y orden tienen lugar;

Necesidad de explicaciones retroactivas y recursivas, no sólo causales y lineales;

Posibilidad de transformación, evolución, donde el desorden es generador de orden;

Necesidad de relacionar el objeto y el sujeto en el proceso de la investigación;

Necesidad de contextualizar el conocimiento, es decir de reconocer las interacciones del objeto con el entorno.

asociaciones profesionales. Desde ese sector rescatan las ideas que dan espíritu a la legislación, pero argumentan que no son suficientes para hacerla aplicable.

Durante largo tiempo organizaciones de derechos humanos, asociaciones de familiares de pacientes y usuarios de servicios de salud mental, lucharon por una legislación que fuese capaz de provocar un cambio de paradigma en el área. Finalmente, en noviembre de 2010 fue aprobada e inmediatamente promulgada la nueva Ley de Salud Mental, catalogada por sus impulsores como una "norma de avanzada". En contraposición, desde las asociaciones profesionales aseguran que la anhelada transformación permanecería "trunca" por tratarse de una "ley inaplicable".

En su letra, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, puesta en vigencia a partir de noviembre de 2010, concibe a la enfermedad mental desde su integralidad y promueve medidas tendientes a la inclusión social de quienes padecen este tipo de flagelos. Entre ellas la creación de nuevas modalidades de atención alternativas a la internación, y, la ampliación de la misma hacia los hospitales generales. Según establece, la intención es dejar atrás las viejas prácticas manicomiales que atentan contra la dignidad de los pacientes. También, propone la optimización del trabajo interdisciplinario basado en una verdadera rehabilitación psicosocial de la persona que padece una enfermedad psiquiátrica.

Como primer aspecto a destacar, en Corrientes se observa el modelo de atención de salud mental que caracteriza a la mayoría de las jurisdicciones en Argentina, en las que la infraestructura, recursos materiales, tecnológicos y humanos se concentran en las capitales de las provincias.

La Provincia dispone de 200 camas de un hospital monovalente, el San Francisco de Asís; 50 camas de la colonia de San Luis del Palmar a 20 kilómetros de la capital; servicios de atención ambulatoria distribuidos en 13 CAPS (Centros de Atención Primaria de la Salud) que se encuentran en la ciudad capital, a los que se suman hospitales generales o polivalentes con servicios ambulatorios: 6 en la capital y 16 en el interior.

En el interior, y debido a que la salud pública es el efector de la obra social PAMI, se han habilitado servicios ambulatorios en Curuzú Cuatiá, Mercedes, Santo Tomé, Virasoro, Monte Caseros, Ituzaingó, Bella Vista, Saladas, Goya, Paso de los Libres, Paso de la Patria, Esquina, Empedrado, Caá Catí, Itatí (hospitales polivalentes.)

- **Los problemas de la salud mental en el contexto internacional**

La preocupación en el mundo por los problemas de salud mental ha crecido sensiblemente. La OMS señalaba en el año 1991 a los problemas de la salud mental como una carga creciente que era preciso afrontar (OMS, 2001, *Informe sobre la salud del mundo. Salud mental nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*); y estimaba que el 10% de la población mundial padecía algún trastorno. Ello considerando que en el caso de las personas mayores de 85 años, 1 de cada 5 padecía alguna forma de demencia (American Psychiatric Association, 1995, Manual DSM).

La OPS (Organización Panamericana de la Salud) en 2009 manifestó que la atención en los hospitales psiquiátricos representaba una respuesta médica y social inapropiada a los trastornos mentales que perpetúan el estigma y el aislamiento, señalando también que no había motivo ético o científico que justificara las internaciones, es decir, la exclusión.

En la construcción de un nuevo paradigma, la atención de enfermos mentales no debería centrarse en hospitales monovalentes, y así lo plantean muchos países respecto de la organización de la salud pública. En este sentido, vale recordar que en 2001 la OMS afirmaba "manicomios nunca más". Al respecto, y abonando a la afirmación anterior, se puede advertir cómo el origen etimológico del término *manicomio* permite entrever el sesgo discriminatorio socialmente instalado. *Manicomio* es un cultismo, proviene del griego, *manía* = locura, y *komion* = lugar: *lugar para locos*.

Se puntualiza que los paradigmas son un conjunto de reglas y disposiciones que establecen o definen límites e indican cómo comportarse, cómo responder dentro de esos límites para tener éxito. Son los cánones desde los que se responde ante una alternativa que exige una solución. Incluyen métodos para solucionar los problemas. Representan la lente conceptual desde la que se "mira" la realidad y se definen las acciones tendientes a solucionar o paliar los problemas². Desde esta noción, es fundamental comprender los alcances de la aplicación de la nueva ley de salud mental, ya que supone la revisión y reformulación de políticas públicas en la materia así como de la organización, administración y el financiamiento de los servicios de atención en el campo de la salud mental.

² El término "paradigma" como concepto epistemológico ha sido popularizado por T. Kuhn mediante su teoría acerca del cambio en la ciencia, la que ha tenido un alto impacto en la epistemología y la sociología del conocimiento. Su obra más representativa es "La estructura de las revoluciones científicas", 1962, FCE. El significado que Kuhn atribuye al término es el que se utiliza en el presente análisis de la Ley de Salud Mental.

● **La Ley en el contexto nacional y de la Provincia de Corrientes. Segunda aproximación.**

El modelo emergente que sustenta la Ley que nos ocupa, es el de salud comunitaria y de la atención primaria anteponiendo los derechos de ciudadanos de los pacientes, es decir, el sujeto primero tiene derechos, luego tiene una discapacidad.

No hay salud mental sin inclusión, por ende, asumir a los pacientes como sujetos de derecho, plantea la gravedad de la situación en la que se encuentran los pacientes innominados con pérdidas de derechos: hay 25.000 personas en neuropsiquiátricos en la República Argentina (66,7% en el ámbito público, 33,3 % en el privado). En promedio, más del 80% tiene más de un año de internación, y entre el 60 % y el 90 % serían rotulados como pacientes sociales.

En esta línea, se recuerda a la obra de Michael Foucault , el registro que realizó sobre los modos en que el poder en nombre del miedo a la locura avanza sobre el control de las poblaciones, que no es otro que el control del deseo de nuestros cuerpos y de la capacidad objetiva de decidir sobre nuestros actos.

Lo antes indicado constituye el núcleo o concepción central del nuevo paradigma. Paradigma que es aceptado, la cuestión crucial es cómo concretar su aplicación.

En Argentina una de las principales dificultades es la marcada división entre nación y provincias, municipios, gremios y otras organizaciones. Esto hace que el consenso implique un camino más complicado.

En relación con la concreción de los cambios que el nuevo paradigma supone, es fundamental asumir una perspectiva reflexiva para que los cambios sean reales y no repliquen el modelo que se critica con otras modalidades que no se alejan de la lógica anterior. Por ejemplo: pensar que se está haciendo psiquiatría comunitaria cerrando un hospital de 200 camas y se distribuya a los pacientes en 20 lugares diferentes. Esto es repetir la lógica manicomial, ya que no se reduce a resolver una cuestión de ingeniería institucional. La cuestión de fondo radica en que el manicomio es la negación de las individualidades y la comunidad toda debería interactuar con los grupos en situación de vulnerabilidad, debería poder interactuar con la diversidad.

Durante décadas nuestro país se caracterizó por tener una política en salud mental orientada a la institucionalización en centros de internación públicos o privados.

Sin embargo, se supone que entre el 60% y el 90% de las personas internadas no deberían estarlo y permanecen segregadas de la vida comunitaria por motivos distintos entre los que se cuentan la pobreza, el desamparo social y familiar.

No se plantea el cierre inmediato de los hospitales monovalentes, sino que se aboga a favor de la no creación de nuevos hospitales de esta naturaleza, y de que los que actualmente funcionan se transformen en hospitales de agudos para progresivamente encaminarse hacia la sustitución total de los mismos.

Se propone que la internación, de ser necesaria, se realice en hospitales generales para atender al paciente de salud mental como paciente integral. Por ello, la nueva ley promueve la creación de dispositivos de alternancia basados en la comunidad e incorpora al Derecho Argentino todos los principios consagrados en las convenciones internacionales y las recomendaciones de la OMS.

De esta manera, se compromete con la desinstitucionalización, con un cambio paradigmático, es decir, de concepciones y valores acerca de la sociedad y de su relación con la salud mental.

También, a partir de esta ley se favorece la acción interdisciplinaria. No se estarían modificando incumbencias profesionales, ya que para ello existe legislación clara y específicas, sino que lo que se plantea es la práctica de la interdisciplina en relación con un paciente clínico integralmente considerado. Por ejemplo, respecto al tratamiento de las adicciones en el capítulo número 4 (cuatro), se asume al adicto como un paciente del sistema de salud, lo que no implica una despenalización de las conductas de los adictos, puesto que se compromete al sistema de salud para tratarlos³.

Un aspecto a resaltar es la transferencia presupuestaria en un término de tres años, que llegaría al 10% del presupuesto de salud. En el año 2010 el presupuesto de salud nacional fue de 5.600 millones de pesos, por lo tanto, correspondería a la salud mental según lo dispuesto por la ley, 560 millones de pesos, cuando en realidad se asignaron solo 50 millones, más unas partidas extraordinarias que elevó el presupuesto a casi 100 millones, lo que evidencia una asignación de recursos mucho mayor a la actualmente realizada. (YAGO DI NELLA, DIRECTOR DE SALUD MENTAL DE LA NACION) esto queda plasmado en el artículo 31.

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

³ Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657, Art. 4º.- *Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.*

Art. 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.

2.1- OBJETIVOS

- **General**

Examinar la aplicabilidad de la nueva ley de salud mental en la provincia de Corrientes.

- **Específicos**

Describir aspectos socio-demográficos relevantes de la provincia de Corrientes

Analizar los dispositivos de atención existentes y sus alternativas en el modelo actual.

Analizar las experiencias con otra provincia observada: San Luís.

Analizar indicadores de diagnósticos de mayor frecuencia.

Recopilar algunas voces de referentes involucrados.

3- DESARROLLO

3.1- MARCO TEÓRICO Y REFERENCIAL

- **La salud mental como problema de salud pública**

La creciente demanda en la atención de la salud mental por parte de la población requiere de acciones que desde una mirada compleja del proceso salud – enfermedad – atención, incluyan los cambios demográficos, socioeconómicos y culturales.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define a la salud mental como el pleno estado de bienestar físico, psíquico y social en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud; “pleno estado de bienestar”, no solamente por la ausencia de afecciones o enfermedades.

Según informes de la OMS, en el año 2004 se estimó que una de cada cuatro personas padecía uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de la vida.

Ya en 1991 esta organización advertía la carga creciente de los problemas relacionados con la salud mental, el aumento de la incidencia y prevalencia de las patologías, basándose en el informe de salud en el mundo, específicamente refiriéndose a la salud mental.

La OPS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD) publicó en la Revista Panamericana de la Salud en 2005, que existía el “temor de que se acentúe la brecha en la atención de la salud mental en caso que no se formulen nuevas políticas o se actualicen las existentes, [...] En la región de las Américas se estima que el número de personas con trastornos mentales aumentará de 114 millones en 1990 a 176 millones en 2010”.

En el año 2000 este tipo de trastornos representaba un 24 % de la carga de enfermedades en la región, siendo la depresión el principal componente del referido total.

En el informe antes mencionado se destacaba la prevalencia de las psicosis no afectivas (entre ellas la esquizofrenia) que representaban el 1%, la depresión, con un porcentaje mayor del 4,9%, y el abuso o dependencia a alcohol con un 5,7%, destacando además que la mayoría estas personas no habían recibido tratamiento alguno.

La carga sanitaria creciente que representan las enfermedades mentales en América Latina y el Caribe, hace necesario entender su predominio y la brecha en la insuficiente asistencia a las mismas.

Así también, en esta región la carga podría deberse a la transmisión epidemiológica, por existir una mayor proporción de personas en edad adulta con riesgo de sufrir los trastornos mentales, es decir, podría haber un desplazamiento de las enfermedades transmisibles por las enfermedades crónicas.

En función de lo anterior, se cree que el desafío se plantea en el modelo de atención y en las competencias requeridas en los actores vinculados, siendo la atención un reto de grandes proporciones para la salud pública.

Un informe del MSN, en 2003 en Argentina, reveló que del 100% de la población que concurría a utilizar servicios de salud, un 6% lo hacía en el ámbito de la salud mental.

Benedetto Sarraceno, director del departamento de Salud Mental de la ONU, advirtió hace dos años acerca del exceso de camas psiquiátricas en la Argentina, comparándonos con Brasil, donde la cantidad de camas cayeron drásticamente mientras subía la oferta ambulatoria, ello en el marco de una política sostenida por gobiernos de diferentes partidos. Otro ejemplo es Chile, donde la disminución de las internaciones crónicas se relaciona directamente con el aumento de la atención en salas de atención clínica.

La rehabilitación de personas afectadas por trastornos mentales se ha transformado en una de las principales asignaturas pendientes para la salud pública, tal como se desprende del estudio realizado en el año 1990(oms) , en el que se estimaba que las afecciones psiquiátricas, incluyendo las neurológicas, explicaban el 8.8 % de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD).

Los indicadores de mortalidad no serían los más adecuados para reflejar el problema de la salud mental debido a la baja letalidad de la patología, sí serían de mayor utilidad los de morbilidad y de discapacidad. Por lo tanto, los AVAD constituirían indicadores más representativos respecto de las enfermedades crónicas con poca mortalidad pero discapacitantes.

Según la OMS, la carga global de morbilidad de las patologías de salud mental y neurología en el mundo se hallaría en el orden del 10.5% del total de los A.V.A.D., con una estimación para el 2020 del 15%, y para el 2010 del 12.3%.

Respecto de lo anteriormente expuesto, es necesario destacar algunos datos referenciales del informe realizado por la OMS en 2009, relacionados con la magnitud y la carga del problema:

- 450 millones de personas sufren de un trastorno mental o de la conducta.
- Alrededor de 1 millón de personas se suicidan cada año.
- Cuatro de las seis causas principales de los años vividos con discapacidad resultan de trastornos neuropsiquiátricos (depresión, trastornos generados por el uso de alcohol, esquizofrenia y trastorno bipolar).
- Una de cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental. Los miembros de la familia son frecuentemente los cuidadores primarios de las personas con trastornos mentales. La magnitud de la carga en la familia es difícil de justipreciar, y por eso es frecuentemente ignorada. No obstante, se puede afirmar que el impacto en la calidad de la vida familiar es importante.
- Además de los costos de salud y sociales, las personas afectadas por trastornos mentales son víctimas de violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación, dentro y fuera de las instituciones psiquiátricas.

• **La carga económica de los trastornos mentales**

Dada la prevalencia de los problemas de salud mental y de dependencia de sustancias en adultos y jóvenes, existe una enorme carga emocional así como financiera para los individuos, sus familias y la sociedad en su conjunto.

Los impactos económicos de las enfermedades mentales se expresan en la disminución del ingreso personal, en la habilidad de la persona enferma, en la productividad laboral y en la contribución a la economía nacional, así como en el aumento de la utilización de los servicios de atención y apoyo.

El costo de los problemas de salud mental en países desarrollados se estima entre el 3% y el 4% del Producto Nacional Bruto. Más aún, las enfermedades mentales cuestan a las economías nacionales varios miles de millones de dólares tanto en términos de gastos incurridos directamente como en la pérdida de la productividad.

El costo promedio anual, incluyendo costos médicos, farmacéuticos y por discapacidad, para trabajadores afectados por depresión puede llegar a ser 4,2 veces más alto que el de un asegurado típico. Ello lleva a destacar que la carga de los trastornos mentales aumentará de manera significativa en los próximos 20 años.

Si los problemas de la salud mental afectan a la sociedad en su totalidad, y no sólo a un segmento limitado o aislado de la misma, constituyen entonces un desafío importante para el desarrollo general.

Es preciso tomar conciencia de que no hay grupo humano inmune, empero el riesgo es más alto en los pobres, los desempleados, las personas con escaso nivel de escolaridad, las víctimas de la violencia, los emigrantes y refugiados, las poblaciones indígenas, las mujeres maltratadas y los ancianos abandonados.

El desarrollo socio-cultural ha posibilitado comprender que en todos los individuos la salud mental, física y social se halla íntimamente imbricada entre sí. El creciente conocimiento acerca de esta interdependencia hace más evidente que la salud mental constituye un pilar central del bienestar general de los individuos, las sociedades y las naciones.

Desafortunadamente, en la mayor parte del mundo no se atribuye a la salud mental y a los trastornos mentales la misma importancia que a otros problemas de conocimiento, incluso constituyen más bien objetos de ignorancia o desatención.

• **La carga de los trastornos mentales**

De acuerdo con la Carga Global de las Enfermedades (2001, OMS), el 33% de los años vividos con discapacidad son causados por los trastornos neuropsiquiátricos, además de un 2,1% debido a lesiones auto infligidas.

Sólo el trastorno de depresión unipolar causa 12,15% de años vividos con discapacidad y constituye la tercera causa que contribuye a la carga global de las enfermedades.

A las condiciones neuropsiquiátricas se les imputa el 13% de los años de vida ajustados por discapacidad, a las lesiones auto infligidas el 3,3% y al VIH/SIDA otro 6%. Las dos últimas causas incluyen un componente conductual.

Se subrayan los siguientes datos del informe de la OMS:

- Más de 150 millones de personas sufren de depresión en un momento dado de sus vidas;
- Cerca de 1 millón se suicidan cada año;
- Alrededor de 25 millones de personas sufren de esquizofrenia;
- 38 millones están afectadas por la epilepsia y
- Más de 90 millones sufren de trastornos causados por el uso del alcohol y las drogas.

De acuerdo con los indicadores citados, el número de individuos con trastornos probablemente aumentará debido al envejecimiento de las poblaciones. Además, constituye uno de los resultados de conflictos sociales agravados, con un costo elevado en términos de sufrimiento, discapacidad y miseria.

En cuanto a los costos directos implicados en las atenciones, se advierte como parámetro que Estados Unidos le destina un 16% del presupuesto en salud, lo que estaría demostrando la importancia que se le ha dado dentro de la asignación presupuestaria.

En ese país se ha imputado a la enfermedad mental un 59% de los costos económicos por pérdida de la productividad derivados de lesiones o enfermedades, seguido por el abuso de alcohol, 34% (Rouse, 1995).

Un informe de la Universidad canadiense Laval, en 2002 reveló que las ausencias laborales por causas psicológicas aumentaron en un 400% de 1993 a 1999. A este dato se añade los resultados de una encuesta sobre morbilidad psiquiátrica realizada en Gran Bretaña, la que mostró que las personas afectadas por psicosis tomaron licencia en un promedio de 42 días al año. El mismo estudio reveló que las personas con dos o más trastornos neuróticos tomaron licencia un promedio de 28 días al año comparado con 8 en los que tenían un trastorno neurótico (Patel y Knapp, 1997).

TRABAJO Y PRODUCTIVIDAD

En la línea argumentativa que se desarrolla, se advierte que incluso cuando un trabajador no toma licencia por enfermedad, los problemas de salud mental pueden causar una reducción apreciable en su nivel habitual de productividad y rendimiento.

Un estudio reciente de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard examinó el impacto de los trastornos psiquiátricos con relación a los días de trabajo perdidos (ausentismo) entre diferentes grupos ocupacionales en los EE.UU. (Kessler y Frank, 1997). El número promedio de días perdidos atribuible a los trastornos citados llegó a los 6 días por mes por cada 100 trabajadores, mientras que el número de días de productividad reducida fue de 31 días por mes por cada 100 trabajadores. Aunque el impacto de días perdidos no difirió en las diferentes ocupaciones, el impacto en cuanto a productividad disminuida fue mayor en los trabajadores profesionales. Tanto el ausentismo como la productividad disminuida, fueron más frecuentes en aquellos con trastornos múltiples que en los que estaban afectados por un solo trastorno. El estudio hizo una estimación anualizada a escala nacional de los EE.UU., ésta llegó a más de 4

millones de días de trabajo perdidos y a 20 millones de días de productividad disminuida.

• **Mercado de la Salud Mental**

Mercado es toda institución social en la que los bienes y servicios, así como los factores productivos se intercambian, lo esencial es que los que compran, los que demandan y los oferentes, los que venden un bien o servicio entren en contacto libremente.

La salud es un bien meritorio tutelar, es decir, forma parte de aquellos bienes o servicios considerados vitales. El acceso y el consumo de estos bienes deben ser protegidos y no deberían depender de la capacidad individual para lograrlos.

En Argentina la oferta de servicios de salud mental toma fuerza en la primera mitad del Siglo XX con la creación de hospitales públicos monovalentes dotados de salas de internación. El sector privado tuvo un desarrollo incipiente, con una oferta muy acotada y de financiación privada.

En la década del 1950, durante la gestión del Dr. Ramón Carrillo, se introduce la idea de la atención de estos pacientes en hospitales generales y simultáneamente se crean servicios ambulatorios.

Con el auge posterior de las obras sociales se comienza a incorporar en los diferentes programas de cobertura un modelo de atención con eje en la internación. En la década del '60 los servicios públicos y privados centraban la atención en el modelo internista, con poca oferta y menos accesibilidad para lo ambulatorio.

Las patologías en el campo de la salud mental se caracterizan por su baja incidencia pero con una elevada prevalencia debido a la duración de la enfermedad y su tratamiento. También, se observa una alta variabilidad en los criterios diagnósticos y en los esquemas terapéuticos, lo que dificulta la medición de efectividad de los tratamientos y la eficacia de las internaciones.

En el estudio de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe publicado en 2009, se estimó para las personas de 15 años y más la tasa de prevalencia de los siguientes trastornos: psicosis no afectiva, depresión mayor, distimia, trastorno bipolar, ansiedad generalizada trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, abuso o dependencia alcohol y drogas.

Se estimó que alrededor de tres quintas partes de las personas con problemas relacionados con el alcohol; la mitad de los que padecen trastornos de ansiedad y depresión mayor, y más de la tercera parte de las personas con psicosis no afectiva,

no han recibido tratamiento de salud mental, por lo tanto, las brechas de atención son muy significativas e importantes.

En Argentina el 21% de los 14.681.478 varones y de las 15.681.162 mujeres mayores de quince años padece alguno de los trastornos citados anteriormente (cálculo de la Dirección de Salud Mental sobre la base de datos aportados por las provincias). Tales cifras constituirían un porcentaje elevado, comparable a los de los países desarrollados. De ese 21% de trastornos mentales, el alcoholismo está implicado en un 27%, siete veces más en hombres que en mujeres. La depresión mayor se ubica en segundo lugar con un 26,5%, siendo las mujeres doblemente afectadas respecto de los hombres.

En el año 2001 en Argentina existían 54 instituciones públicas con modelos de internación crónica, asilar, monovalentes, repartidas en una colonia nacional, 11 colonias provinciales y 42 hospitales monovalentes.

En ese mismo año se encontraban internados en el sector público 21.000 pacientes, 14.000 en las colonias y 7.000 en los hospitales.

En el país la cantidad de camas en hospitales monovalentes rondaba las 10.465 en mayo de 2010. Sólo 8 provincias no tenían institución monovalente como estructura manicomial. En mayo de 2011 se suman las provincias de Misiones, Salta, Tucumán, Formosa y Chaco, lo que provocó que en un año la cantidad de camas en hospitales polivalentes aumentaran un 37.7%, mientras los dispositivos comunitarios no hospitalarios aumentaron un 82%.

Según datos de la OMS la mediana para la población mundial es de 16 camas cada 100.000 habitantes (Barrionuevo) oscilando entre 2.4 camas en los países de bajos ingresos a 87 camas cada 100.000 en los de ingresos altos. En España 38.1 camas por 100.000 habitantes, Japón con una cifra similar y Brasil con 31/100.000.

Según datos del Ministerio de Salud, Argentina tiene una oferta de 332 establecimientos psiquiátricos, de los cuales el 68% tiene internación con una oferta de camas de 24.332 camas en todo el país. Esto representa un promedio de 100 camas por establecimiento y una tasa de 65.7 camas cada 100.000 habitantes. Comparativamente, la dotación de camas en Argentina es 4 veces superior a la mediana mundial, ubicándose más cerca de los países ricos (Barrionuevo, año, 76).

Del total de los establecimientos privados, el 32% tiene atención ambulatoria (107) y el 68% restante internación (225). De los 225 establecimientos psiquiátricos con internación 185 pertenecen al sector privado con una oferta de 9.158 camas.

El sector público tiene 40 establecimientos con 15.074 camas. Por lo tanto, el sector privado posee el 82% del total de los establecimientos monovalentes con internación,

pero sólo el 38% de las camas del país, mientras que el sector público concentra el 18% de los establecimientos, pero el 62% de las camas del país.

El promedio de camas por establecimiento en el sector público es casi 8 veces superior al sector privado. Esto muestra el modelo de atención sostenido en el sector público, manicomial, asilar, excluyente.

En la provincia de Corrientes la oferta se desarrolla exclusivamente en el sector público, con 274 camas en el HOSPITAL SAN FRANCIASCO DE ASIS, monovalente. Al que se suma una colonia con capacidad para 50 pacientes, además de servicios ambulatorios en los hospitales generales polivalentes en la capital de la provincia como también en el interior.

A partir del año 2006 aumentó la oferta de camas del sector privado, a la fecha con 77 camas, y también la oferta de tres hospitales de día privados.

CUADRO N°1

ARGENTINA

30.362.640

Población total de adultos
mayores de 15 años

6.193.979 (21 %)

Padece algún
Trastorno mental

27,5 %

Alcoholismo

26,5 %

Depresión mayor
Como diagnostico

1 de cada 4 personas tienen algún trastorno mental por abuso de alcohol y la misma proporción se mantiene respecto a la depresión mayor.

CUADRO N° 2

332 ESTABLECIMIENTOS PSIQUIATRICOS

225
conInternacion

107
Ambulatorios

40
Sector publico

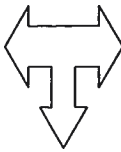
185
Sector privado

Tiene el 18 % de los
establecimientos y el
62 % de camas

Tiene el 82 % de los
establecimientos y el
38 % de camas del
país

15074
Camas

9158
Camas



24332

Camas en el país representa una tasa de 65.7
camas por cada 100.000 habitantes (4 veces
superior a la mediana Mundial)

• La salud como objeto de derecho

El goce del grado máximo de la salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión ideología política o condición económica o social.

GUEMES ARMANDO (representante de OMS y APS REVISTA ISALUD ABRIL 2011), ha señalado con razón que el derecho a la salud debe estar acompañado siempre por dos grandes valores que son la equidad y la solidaridad. También ha remarcado que existe una relación directa entre los derechos de la salud y los otros derechos como el acceso a la vivienda digna, la alimentación adecuada y la educación libre y gratuita.

Para avanzar sobre este componente del derecho a la salud es imprescindible una visión intersectorial. Hay que considerar a la salud como una construcción de ciudadanía, establecer un contrato sanitario, lo que implica buscar consensos y transformar estos consensos en ley.(GLANC MARIO REVISTA ISALUD)

El derecho a la salud está consagrado en numerosos tratados internacionales y regionales de derechos humanos y en las constituciones de países de todo el mundo.

La Constitución Argentina impone su naturaleza compleja al derecho humano a la salud, para entenderlo se deben analizar tres dimensiones involucradas: la normativa es decir, las normas que lo tutelan, la dimensión valorativa, concepciones ideológicas, y, la dimensión de la realidad ligada a las conductas ínter subjetivas.

La salud como derecho social, también llamado de segunda generación, constituye una corriente de pensamiento que sostiene que la comunidad organizada debe crear condiciones necesarias para su goce y obliga al estado a crear las condiciones para tal fin.

La OMS en su definición del pleno estado de bienestar físico psíquico y social la considera como un bien jurídico individual regido en la relación medico-paciente por los principios de la Bioética.

En este sentido, el derecho a la salud es el derecho social de la población a acceder en igualdad de condiciones a servicios de salud suficientes para una adecuada protección y preservación de la salud.

El derecho internacional propone y consagra ampliamente estos derechos y nuestra Constitución Nacional reconoce supremacía constitucional a estos tratados a partir de la reforma del año 1994.

En nuestro país los aspectos relacionados con esta temática se encuentran regulados por el Servicio Nacional, dependiente del Ministerio de Salud. Dicho organismo regula

las cuestiones vinculadas con el certificado de discapacidad, pases en el transporte, tramitación de autos, etc.

Un aspecto importante a tener en cuenta es que no se definen áreas de discapacidad, sino que se engloba al conjunto de la población con estas características. Al momento de evaluar las incidencias de la discapacidad es fundamental considerar que existen diferencias entre las llamadas discapacidades físicas de otras.

- **Legislación vigente**

Las normativas que rigen el ámbito de la salud en Argentina, se referencian a continuación:

- ✓ **Plan Médico Obligatorio**

El Plan Médico Obligatorio regula y establece los servicios mínimos que debe brindar una obra social o prepaga a sus afiliados. La discapacidad no se encuentra siquiera nombrada en él por lo que la única que regula la forma y el contenido sobre la atención a los discapacitados es la Ley N° 24.901 y las resoluciones que de ella derivaron.

- ✓ **Ley N° 24.901**

La Ley 24.901 establece el "Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad".

El Decreto 762/9, por el que se crea el Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, y el Decreto 1193/98, Reglamentario de la Ley de Prestaciones Básicas, crean la estructura jurídica institucional necesaria para la implementación del Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

La Ley 24.901 enumera las prestaciones básicas que deben brindarse a las personas con discapacidad y desarrolla a título enunciativo los servicios específicos que integran esas prestaciones, remitiendo a la reglamentación el establecimiento de sus alcances y características específicas y la posibilidad de su ampliación y modificación.

El Decreto 1193/98, reglamentario de la Ley 24.901, establece en su artículo 1° que La Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas Discapacitadas será el organismo regulador del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral en favor de las Personas con Discapacidad; elaborará la normativa relativa al mismo, que incluirá la definición del Sistema de Control Interno juntamente con la Sindicatura General de la Nación. Contará para su administración con un Directorio cuya

composición, misión, funciones y normativa de funcionamiento se regulan en el mencionado Decreto, y propondrá a la Comisión Coordinadora del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

De acuerdo con el artículo 6º del mencionado Decreto 1193/98, el Ministerio de Salud y Acción social (M.S.A.S.) y la Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas Discapacitadas establecerán las normas de acreditación de Prestaciones y Servicios de Atención para Personas con Discapacidad en concordancia con el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, en congruencia con lo establecido en el Decreto 1424/97 y en el Decreto 762/97.

El Servicio Nacional de Rehabilitación, por su parte, establecerá los requisitos de inscripción, permanencia y baja en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad, e incorporará al mismo a todos aquellos prestadores que cumplimenten la normativa vigente.

Por Resolución 428/99 del M.S.A.S., posteriormente modificada por Resolución 036/03 del M.S.A.S., se aprobó el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, en el que se define el contenido y los alcances de las prestaciones de Rehabilitación, Terapéutico-Educativas, Educativas y Asistenciales del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral en favor de las Personas con Discapacidad y se establecen sus modalidades de cobertura.

El Directorio del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral en favor de las Personas con Discapacidad aprobó la propuesta de Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Establecimientos de Atención del Sistema Único de Prestaciones, y posteriormente se formalizó la presentación ante el Coordinador General del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Por Resolución 705/00 del MSN, el Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Servicios de Atención a Personas con Discapacidad, es incorporada al Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

El Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Servicios de Atención a Personas con Discapacidad describe las características y alcances de las prestaciones de rehabilitación, terapéutico-educativas, educativas y asistenciales para personas con discapacidad y se definen los fundamentos básicos de calidad que han de reunir los servicios que se incorporen al Sistema de Prestaciones Básicas de Atención

Integral a Favor de las Personas con Discapacidad, desde la perspectiva de la organización y el funcionamiento de los servicios, los recursos humanos afectados, la planta física requerida y el equipamiento necesario.

✓ **APE**

La Administración de Programas Especiales (APE) es un organismo autárquico de la administración pública nacional bajo la jurisdicción del Ministerio de Salud que debe distribuir de manera justa y equitativa los fondos de redistribución solidaria (aporte solidario de las obras sociales) para la atención de pacientes con patología de alto impacto económico y baja incidencia o de patología de largo tratamiento (incluida la discapacidad).

Por otro lado, también le corresponde controlar que los fondos sean utilizados para cumplir con los objetivos que tenían fijados.

✓ **Ley Nº 22.431**

Ley referida al "Sistema de Protección Integral de los Discapacitados". En su Artículo 2º considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación con su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.

✓ **Ley Nº 448 de la Ciudad de Autónoma Buenos Aires**

La Ley de Salud Mental Nº 448, de la Ciudad de Autónoma Buenos Aires, establece cambios en los Hospitales Monovalentes, en los Centros de Salud Mental, y en los Servicios de Salud Mental de los diversos efectores.

En aquellos hospitales que dispongan de salas de internación se tenderá a reducir al máximo el tiempo de permanencia en los mismos y se instrumentarán programas tendientes a la externación y autonomía de las personas considerando la importancia de la preservación de los vínculos familiares y sociales.

Se habilitarán Casas de Medio Camino, se aumentarán los Hospitales de Día, se promoverán programas de Emprendimientos Sociales, se fortalecerán los dispositivos asistenciales existentes, entre ellos los Talleres Protegidos.

Cúratela para personas con discapacidad mental

El derecho de familia, como conjunto de normas que regulan nuestras relaciones en familia, ha mostrado preocupación constante por el tema de la discapacidad mental. Por eso, regula una figura legal denominada "cúratela", que tiene por fin la protección de las personas con capacidades diferentes.

Así como "la tutela" es la figura legal de protección para los menores de edad, "la cúratela" está destinada a la protección de las personas mayores de edad que tienen dificultades para manejarse solas por tener alguna discapacidad de salud mental.

La cúratela tiene por fin la protección de la "persona" y de los "bienes" de quien sufra una "disfuncionalidad mental"; y se lleva a cabo a través de la designación de un "curador", quien debe asistir a dicha persona en el ejercicio de sus derechos.

Para ello, se requiere llevar adelante un juicio especial donde se demuestre de manera fehaciente que la persona necesita ciertamente aquella protección, por tener una dolencia mental – sea de carácter temporario o permanente-, que hace necesario disponer de esa ayuda jurídica y social. En ese juicio se debe demostrar con certificados médicos, que la persona a ser asistida tiene serios riesgos de no poder administrar sus actos sin ayuda; y persigue el propósito de evitar que otros seres inexpertos o – lo que es peor- "malintencionados", le ocasionen graves perjuicios por no comprender plenamente la envergadura de sus acciones.

En el juicio mencionado, luego de una importante y reservada producción de pruebas médicas, psicológico-psiquiátricas y sociales, el Juez tendrá que considerar y declarar en su sentencia: 1) que es necesario proteger a la persona por tratarse de alguien que tiene capacidades diferentes y necesidades propias que requieren particular amparo; y que los actos de ésta deben ser calificados legalmente de manera especial, para que no resulte calificada como "responsable o culpable" de hacer o no hacer alguna cosa, cuya importancia quizás no pudo comprender en su totalidad; y,

2) que, por tal motivo, se le designa un "curador" para que lo asista y ampare en los actos personales o patrimoniales que así lo requieran, según el caso.

La importancia particular, social y jurídica de la "cúratela" consiste en la ayuda particular a la persona asistida; no para excluirla o anularla, sino para garantizar una actuación conjunta con ésta -cuando sea necesario-, y permitir que logre mayor autonomía en los demás aspectos de la vida personal y material que no requieran asistencia directa.

Para el logro de tales objetivos, el Juez designa al "curador", quien debe cumplir con la función de asistir a la persona protegida, representarla legalmente en determinados actos, garantizar su atención, procurar su reinserción social y rehabilitación, y cuidar de sus bienes. La ley prevé que el Juez llame para el cargo de curador a los parientes más cercanos de la persona a proteger. Por lo general, la madre, el padre, el cónyuge, o hermanos mayores de edad. Pero si no los hubiera, o si éstos no fueran aptos para ejercer tales funciones, el Juez podrá designar a una persona no vinculada familiarmente al asistido para que cumpla con aquella misión.

Aunque la ley dice que el cargo de curador es "unipersonal", en algunos casos los Jueces admiten que sea ejercido "de a dos", por ejemplo, por la madre y el padre conjuntamente –como lo hacían con la patria potestad, cuando su hija o hijo era menor de edad-; o por abuelos, o hermanos, o hijos mayores de edad, en ejercicio compartido de la "cúratela".

En todos los casos, el o los curadores son responsables del cumplimiento estricto de sus funciones, y son vigilados judicialmente por el Asesor de Incapaces y por el Juez que interviene en la causa.

Existen tres clases diferentes de cúratela, dos de carácter general y una especial.

Cuando la persona con discapacidad mental tiene una disfuncionalidad muy severa y no puede cuidarse sola ni proteger autónomamente su patrimonio, el juicio se orientará hacia la declaración de "insania" de la persona afectada en su salud mental ; y el tipo de cúratela requerirá que la función del curador consista en "representar legalmente" y asistir en numerosos aspectos a la persona protegida (por ejemplo, administración de sus bienes, firma de documentación, autorizaciones para actos importantes de su vida, etc.). De este modo, se evita que la persona declarada incapaz sea responsabilizada penal o civilmente, por los actos inconvenientes que hubiera realizado sin plena conciencia.

En cambio, si la disfunción mental es moderada o de mediana complejidad y la persona comprende en alguna medida el valor de sus actos y puede desarrollarlos con cierta autonomía, el juicio se orientará hacia la declaración de "inhabilitación"; y el curador cumplirá un rol distinto, pues no representará totalmente a su protegido sino que lo "asistirá" legal y personalmente actuando "en conjunto" con éste, vigilando los actos que realiza su asistido.

A estos dos tipos, se agrega un tercero denominado "cúratela especial", que está destinada a brindar seguridades a la persona asistida cuando existen intereses cruzados o contrapuestos entre ésta y su curador general.

La "cúratela especial", permite que el o los curadores generales sigan ejerciendo sus cargos, salvo en los temas puntuales donde haya conflicto de intereses con su asistido; o sea, el "curador especial" solamente desempeñará un rol específico y determinado para la defensa de algunos derechos o negocios particulares de la persona protegida donde se presentan los intereses contrapuestos; por ejemplo, cuando el curador general y su asistido comparten una herencia o determinados bienes y negocios entre sí, y los derechos e intereses de los cuidadores se mezclen con los de la persona protegida; o, cuando esta última tiene que reclamar judicialmente alimentos a los parientes que se desempeñan como sus curadores generales; etc.

En todos los casos, es importante que la sentencia por la cual se declara la "inhabilitación" o la "insania" y se designa el o los curadores que habrán de ejercer esa función de asistencia, describa – en la medida de lo posible- los actos que la persona protegida puede realizar por sí sola, y los que debe realizar con su curador para que tengan valor y no ocasionen responsabilidades injustas.

A pesar de la finalidad protectora de la figura legal de la cúratela, muchos familiares de personas con discapacidad mental dudan sobre la importancia de aquélla y no la gestionan judicialmente para evitar posibles discriminaciones.

Es fundamental comprender que la finalidad de la ley es siempre "proteger", "facilitar", "favorecer"; nunca, recortar o anular los derechos de la persona amparada, que es considerada "sujeto de derecho". Precisamente, lo que persigue la ley es que se le permita una vida lo más plena posible, en un marco de integración con los demás miembros de la comunidad; pero sin que ello le genere riesgos sino todo lo contrario, que pueda gozar de una convivencia familiar y social en donde se garantice el respeto y el amparo hacia su persona.

La ley nacional como marco referencial

La Ley Nacional Nº 26657 promueve un marco referencial para el cambio de modelo de atención en la salud mental.

Claramente marca que el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario, con abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud.

Respecto al capítulo de las internaciones, se establece que sea lo más breve posible y en función de sólidos criterios terapéuticos interdisciplinarios.

La ley considera a la internación como un recurso de carácter restrictivo y sólo debería llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social.

También, fija una posición concreta en relación con el dispositivo de internación con modelo manicomial, prohibiendo la creación y habilitación de nuevos establecimientos tanto públicos como los privados, ofreciendo como alternativa a estas medidas la internación en hospitales y clínicas polivalentes o también llamadas generales.

Uno de los objetivos medulares de esta ley es asegurar el pleno goce de los derechos humanos y otorgar a las personas con padecimiento mental la posibilidad de rechazar la asistencia si así lo desea.

Así, se estarían incorporando a la legislación argentina los principios de Naciones Unidas para la protección de enfermos mentales y de la Declaración de Caracas de OPS (Organización Panamericana de la Salud):

"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."(Art. 2º).

La ley 26.657 fue publicada en el Boletín Oficial el 3 de diciembre de 2010. Se trata de una ley de orden público (Art. 45) y rige en todo el país.

Una ley de orden público es aquella que desde un punto de vista clásico está vinculada de manera inmediata y directa a la paz y la seguridad sociales, las buenas costumbres, al sentido primario de la justicia y la moral. Dicho en otras palabras, las leyes fundamentales y básicas que foman el núcleo sobre el que está estructurada la organización social.

La norma deroga (Art. 44) a la Ley Nº 22.914 referida a internación y egreso de establecimientos de salud mental. En el Art. 6º establece que "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". Según el Art. 31, el Ministerio de Salud de la Nación es la Autoridad de Aplicación.

La nueva norma prescribe lo que algunos llaman "desmanicomialización de la salud mental".

Concretamente, se establece el carácter restrictivo de las internaciones (conf. Art. 9º, 14, 15 y 30, entre otros, los que sientan el principio de que sólo debe internarse cuando esto redunde en mayor beneficio del paciente), y el Artículo 28 dispone que *"Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el sólo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592."*

En la misma línea, la norma prohíbe "la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados", indicando que *"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"*.

Desde otro punto de vista, como principio general, el Art. 3º parte *"de la presunción de capacidad de todas las personas"*.

Como derechos de las personas con padecimiento mental, el Art. 7º reconoce los siguientes:

- 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."*

En ese sentido, "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."

La ley crea el "Órgano de Revisión", en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa, "con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de

salud mental”(conf. Art. 38). El Órgano de Revisión debe ser multidisciplinario y estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos, conforme lo dispone el Art. 39.

Sus funciones, según establece el Art. 40, son:

- 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.*

Por otra parte, se agrega que esta norma debe complementarse con la Ley Nº 26.529 de “Derechos del Paciente”, la que con carácter general, establece principios similares en materia de consentimiento informado, trato digno y acceso a información sanitaria.

Volviendo a la nueva ley nacional de salud mental, respecto de las internaciones involuntarias, es decir, sin consentimiento del paciente, el Art. 20 dispone que *"solo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros."*

En tal caso, el Art. 21 establece que *"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."

"El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez", (conf. Art. 23).

✓ **Modificaciones al Código Civil**

Se incorpora el artículo 152 ter:

"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."

Además, se sustituye el Artículo 482:

"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."

Derechos humanos y el derecho a la salud mental

Los derechos humanos son atributos que hacen a la dignidad humana cuya particularidad es la protección jurídica.

Este concepto queda explícitamente planteado en la letra de la Ley Nacional de Salud Mental.

DERECHOS Y GARANTÍAS

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

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

3.2- ANÁLISIS DEL PROBLEMA: ARTICULACIÓN TEÓRICA Y EMPÍRICA

- **DESCRIBIR ASPECTOS SOCIO-DEMOGRAFICOS RELEVANTES DE LA PROVINCIA DE CORRIENTES**

Provincia de Corrientes
División político-administrativa



Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.



La provincia de Corrientes se encuentra ubicada en la región mesopotámica de la República Argentina. Limita al norte con la República del Paraguay; al este con la provincia de Misiones, la República Federativa del Brasil y la República Oriental del Uruguay; al sur con provincia de Entre Ríos, y al oeste con las provincias de Santa Fe y Chaco.

Población: 993.338 hab.

Capital Provincial: Corrientes (328.689 habitantes - censo 2001).

Principales Ciudades: Corrientes (capital), Goya, Santo Tomé, Paso de los Libres, Curuzú Cuatiá, Gobernador Virasoro, Mercedes, Monte Caseros, Esquina, Ituzaingó, Bella Vista.

Esta provincia, cuya capital lleva su mismo nombre, está dividida en 25 departamentos con poderes políticos y administrativos propios.

La provincia dispone de una red de transporte, energía y telecomunicaciones adecuada a una aérea de múltiples atractivos para el desarrollo industrial, agropecuario y comercial. Esta dotada de una red caminera de mas de 10.000 Km de los cuales unos 2500 son vías pavimentadas que la unen a los principales centros de la Argentina y de los Países limítrofes.

Del total de la población provincial, el departamento Capital concentra más del 35% de la población, mientras que el 9,4% se asienta al suroeste en el departamento Goya y hacia el noreste el departamento Santo Tomé participa en el 5,8% de la población.

El 50% restante se distribuye en el resto de la geografía provincial principalmente en los departamentos de Paso de los Libres, Curuzú Cuatiá y Mercedes con una participación entre el 5 y 4%, mientras que los menos poblados son los departamentos de Sauce, Mburucuyá, Itatí, General Alvear y Berón de Astrada con menos de 10.000 habitantes (menos de 1%), alcanzando Berón de Astrada sólo el 0,2% del total provincial.

La densidad media de población registrada en el año 2001 en la Provincia de Corrientes fue de 10,6 hab/km. Respecto a la densidad de la población dentro del territorio provincial, la mayor concentración se manifiesta en el departamento Capital y en general en todo el sector Oeste sobre la costa del Río Paraná. En los departamentos del Este sobre el Río Uruguay, en general se manifiestan niveles medios de densidad poblacional.

Respecto a la estructura de la población según sexo y edad, la Provincia registró en el último Censo Nacional de Población y Vivienda, un Índice o Razón de Masculinidad de 97,4 varones cada 100 mujeres y un Índice de Dependencia Potencial de 70,70 como la proporción de población potencialmente no económicamente activa con respecto al total de población potencialmente económicamente activa y que en este caso, expresa una elevada cantidad de personas inactivas que sostiene cada individuo en edad activa. Este indicador es más elevado que la media nacional.

La población urbana en la Provincia representa el 79,4% (Censo Nacional 2001) porcentaje inferior a la participación de población urbana a nivel nacional de 89,4 %.

- Necesidades Básicas Insatisfechas

Si bien la población con NBI en hogares particulares en 2001 en la Provincia representa poco más del 4% del total de población con NBI en hogares particulares en el país, se encuentra entre las provincias con mayor porcentaje de participación respecto al total provincial de hogares con NBI (24%).

Del total en la Provincia de población en hogares particulares con NBI, más del 26% se asienta en el Departamento Capital y cerca del 10% se radica en Goya.

Índice de Desarrollo Humano

Este índice, elaborado por el Programa de las Naciones Unidas (PNUD), combina y pondera indicadores como la longevidad en función de la esperanza de vida al nacer, el nivel educacional o conocimiento obtenido en base a la tasa de alfabetización de adultos y a la tasa de matriculación combinada entre los niveles primario, secundario y terciario, y finalmente el nivel de vida en función del PBI real per cápita, en Corrientes la situación que muestra el Índice de Desarrollo Humano es crítica, lo cual refleja el estado de pobreza.

Fuente: "Análisis Integral de las Estructuras Territoriales..." SECyT. 2005. CEPLAT. UNC. En base a PNUD. Aportes para el desarrollo Humano de la Argentina, 2002.

Respecto a la situación provincial, se observa que el 6,5% de la población de 10 años y más se encuentra en condición de analfabetismo. Del total de población en esta situación (46.373 habitantes, según lo registrado en el último Censo Nacional de Población y Vivienda 2001), el mayor porcentaje se concentra en el Departamento Capital (16%) y en el Departamento de Goya.

- **ANALIZAR LOS DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN EXISTENTES Y SUS ALTERNATIVAS EN EL MODELO ACTUAL**

La provincia de Corrientes tiene un modelo de atención dividido en regiones sanitarias. Posee 323 establecimientos públicos de los cuales 44 son hospitales.

La regionalización sanitaria contempla a la región 1 Capital, región 2 Saladas, región 3 Goya, región 4 Curuzú Cuantía, región 5 Santo Tomé.

Hay 13 CAPS (Centros de Atención Primaria para la Salud) que cuentan con servicio de salud mental en la capital, también complementan la red los SAPS (salas de atención primaria) y los DAPS.

125, (85% fija domicilio laboral en Corrientes capital) son los psiquiatras matriculados.

en el país los psicólogos hoy suman 65000, en la provincia hay 210 (60% fija domicilio laboral en Corrientes capital).

El porcentaje de población sin cobertura de obra social, plan médico o mutual, según división político-territorial año 2001—cantidad de habitantes 930.991 era del 62.1% El promedio de camas disponibles en la provincia es de 2400 de las cuales el Hospital de San Francisco de Asís tiene 240 camas con 638 egresos año 2008. Un 92.8 % de camas ocupadas, el servicio de alcoholismo y drogadicción tiene 24 camas, psiquiatría sector arancelado con 43 camas, sector de hombres 81 y 71 en el sector de mujeres, 8 camas en clínica medica y 13 en el sector adolescente.

En el Hospital de San Luis del Palmar tiene 36 camas de los cuales 16 hombres y 20 mujeres.

- **Analizar las experiencias con otra provincia observada: la provincia de San Luis**

En el año 1994 se inició en el hospital psiquiátrico de san Luís un proceso de transformación institucional, esta oferta monovalente que había sido fundada en 1940 e inaugurada en 1942, funcionaba como un hospicio o depósito de pacientes a cargo de un medico clínico (libro del Dr. Pellegrini Cuando el manicomio ya no esta)

La transformación consistió en que un hospital monovalente, asilar, de 120 camas se convirtiera en un hospital escuela de salud mental con 8 o 10 camas de internación breve, en que se realizara un acompañamiento a los pacientes en un proceso de externación y de inclusión comunitaria.

Este cambio de paradigma fue impulsado por el Dr. Jorge Luis Pellegrini médico psiquiatra y vicegobernador de la provincia periodo 2008/2011.

En el mencionado hospital desarrollaron un modelo de atención y contención en las crisis con internaciones breves, seguimiento a través de consultorios externos y luego visitas domiciliarias, con acompañamiento en la reinserción en casas propias o de familiares, otras en hogares sustitutos.

Se llevan fichas individuales de control para seguimiento de la medicación.

- **Analizar indicadores de diagnóstico de mayor frecuencia**

En el mundo se estima que la prevalencia de personas afectadas por algún trastorno mental llegaría al 10% de la población mundial (450 millones de personas).

La población total de 15 años y más en Argentina para el 2010 se estimó en 30.362.640 varones 14.681.478 y mujeres 15.681.162. de este total el 21% padecería de algún trastorno mental. Es un valor que se considera alto aproximándose al de los países desarrollados el alcoholismo alcanza al 27,5% del universo total afectando a los hombres siete veces más que a las mujeres la depresión mayor estaría en segundo lugar con el 26.5% siendo las mujeres afectadas el doble que los hombres por lo tanto podríamos decir que una de cada cuatro personas padece de algún trastorno mental por abuso o dependencia de alcohol, la proporción en la depresión mayor se mantiene casi igual las psicosis representan el 3,4% de las afecciones mentales gráficas.

En nuestro país la estimación de la brecha de atención de los trastornos mentales es alta, se calcula que alrededor de tres quintas partes de las personas que tenían problemas vinculados al alcohol, más de la mitad de las que padecían depresión mayor y más de la tercera parte de las personas con psicosis no afectiva no han recibido tratamiento de salud mental el sistema público en el 2010.

el abuso o dependencia al alcohol y la depresión mayor son los trastornos que representan la mayor cantidad de población afectada y las brechas de atención más altas.

- **Recopilar algunas voces de referentes involucrados**

- ✓ LEONARDO GORBACZ: impulsor de la ley, diputado (mandato cumplido ARI)
PSICÓLOGO - asesor jefe de gabinete.

Manifiesta repensar políticas públicas que no se discutían hace mucho tiempo.

La novedad es la participación de actores nuevos que son los familiares de usuarios y el área de los derechos humanos.

Expresa que la lucha central es el valor de la palabra.

La ley es una herramienta del proceso de transformación, es de orden público, establece las pautas de una política de salud mental que hace ejecutable los compromisos argentinos en materia de derechos humanos. Estos compromisos son obligatorios para todas las provincias, pero reconoce que alguna puede plantear inconstitucionalidad de algunos artículos.

En el año 2006 se elaboró el primer informe, "Vidas arrasadas", que arrojaba cifras tales como 25.000 personas internadas con 10 a 15 años de internación.

El primer proyecto se presentó en 2007, y se inició un camino de construcción colectiva. En el año 2010 se sancionó por unanimidad en las dos cámaras.

La ley intenta modificar escenarios de encierro y por otro lado la judicialización excesiva, y la medicalización de las personas.

Esta ley es una herramienta que establece un piso mínimo para que cada provincia desarrolle sus políticas de salud mental, lo que no se puede hacer es no cumplir el marco y el respeto que el país asume en materia de derechos humanos, no necesita ser explícita si necesita compromiso político.

La salud mental parecía que ejercía un rol de control social más que de asistencia. El eje central es la desmanicomialización: prohíbe nuevos hospitales monovalentes.

¿Qué se hace con los que tenemos? ¿Se cierran, se reconvierten? Habría consenso en la necesidad de adaptarse a los parámetros de la ley hasta su sustitución definitiva, no hay plazos, depende de las provincias.

¿Constituye esta decisión un ataque al hospital público? argumenta que de ningún modo es un ataque, lo que no debe haber son hospitales monovalentes de salud mental. Los puntos centrales refieren a privilegiar acciones y servicios ambulatorios para garantizar los derechos de los pacientes a no ser discriminados, a la singularidad, a la atención en un ambiente apto con resguardo de intimidad. Se ordena la creación de nuevas modalidades de atención alternativas como casas de medio camino, centros de capacitación sociolaborales, hospitales de día, implementación de un sistema de urgencias, atención domiciliaria.

Se habilita la atención en hospitales polivalentes.

Reflexiona que a pesar de los esfuerzos para definir y ejecutar la estrategia de APS se continúa realizando las acciones sanitarias en base al modelo tradicional de atención exclusiva de la demanda.

Promueve que el sistema de salud en su conjunto tome como herramienta fundamental la estrategias de atención primaria de la salud con un enfoque integral comunitario basado en los principios de equidad y solidaridad orientados a resolver las necesidades básicas de salud, para lograrlo se deben iniciar procesos de responsabilidad profesional trabajo en equipo promover la cobertura universal como anhelo de equidad.

Respecto al rol del sistema judicial refiere que no le corresponde formular políticas de salud, si controlar que nadie sea privado de su libertad innecesariamente, o por largo tiempo, la indicación de internación no corresponde que parta del sistema judicial.

Externaciones: una razón que cuesta dar las altas es el modelo imperante de exclusión, cuestión social, pierden sus vínculos familiares, vínculos laborales, pero ojo

el poder judicial tampoco deberíamos preguntarle al sistema judicial, el alta le pertenece al sistema de salud.

✓ Dr. Manzur Juan Ministro de Salud de la Nación.

Define a esta ley como de avanzada, plantea cambio de paradigma, un nuevo abordaje, marca el comienzo la desmanicomialización.

✓ Licenciado Rossetto Jorge director interventor colonia montes de oca (revista Isalud diciembre 2008).

Las instituciones manicomiales existen porque hay una sociedad que las promueve.

Propone trabajar fuertemente en campañas de sensibilización social, ya que explica que no es sencillo desligar la locura del encierro, esta es una asociación fuertemente arraigada en lo social por más que en lo discursivo se diga otra cosa.

Hay que trabajar en contra de la discriminación y la estigmatización, lo define como procesos de mediano y largo plazo.

También advierte que experiencias en otros países como EEUU, Inglaterra, el cambio de modelo y cierre de hospitales respondían muchas veces a políticas neoliberales de ajuste, que de alguna manera obraron en contra de la desinstitucionalización, porque finalmente llevo a la desinversión del estado y a la desprotección de las personas.

Pone especial énfasis en el presupuesto, tanto para sostener el modelo vigente como para construir el futuro.

Otro de los ejes es que la externación de los pacientes sea asistida y vislumbra como un gran desafío es la sustentación del modelo propuesto en una verdadera política de protección con inclusión social.

✓ Licenciado Yago di Nella (director de salud mental)

Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos.

La historia de la salud mental en la Argentina es la de maltrato a las personas con padecimiento mental, es la historia de vulneración de derechos.

El modelo nunca incluyo a la salud mental, no se pensó desde la salud, es un modelo fallido.

Lo que esta cerrada es la inclusión, ningún cuadro requiere manicomio, los que lo necesitan son los que viven de ellos y no en ellos.

Se abandono el escenario social, se escondió detrás del enfermo mental.

Lo compara con el sistema penal es peor la reclusión no tiene fecha.

Es revolucionario: reformular la exclusión, pensar lo mental para todos habla el derecho a la atención en la salud mental, también trae democracia al campo de la salud mental.

Habla de preguntarle al paciente.

Plantea reformular la formación de profesionales.

Repensar el perfil de los profesionales en el campo de la salud mental se establece la modificación del presupuesto esto lo aplaudió la OPS.

Nuestro país se suma al respeto de los derechos humanos.

✓ Alfredo Olivera

Psicólogo fundador de radio la colifatta en el hospital borda.

El eje de la ley tiene que ver con la ética, los derechos no es solo un tema biológico esta ligado a determinantes socio históricos.

El eje es estar a favor de nuevos dispositivos de internación es estar a favor en la transformación, no es achicar el estado es estar a favor de nuevos dispositivos.

El hospital monovalente debe estar en red, se debe complementar con otros servicios y poner el eje con la vida en comunidad.

Ojo en nombre de los derechos humanos tercerizar y desentenderse del problema.

el paciente termina siendo funcional al sistema debemos crear alternativas resiliencia: no niega el hecho de un padecimiento, asistir con batería complejas fortalecer lazos sociales.

Habilitar dispositivos que permitan dignificar sostenimiento de vida digno trabajo intersectorial con los otros ministerios, ya que la ley prevé no se puede dar una externación pasados los 60 días si esta persona no tiene lugar donde ir, es una oportunidad para abrir y no para cerrar es repensar al paciente inserto en la comunidad.

✓ MESONNE Humberto, Psiquiatra.

Manifiesta que la ley es voluntarista.

Se refiere a las incumbencias profesionales, roles.

Parte del supuesto de lo biológico y complejo.

Propone que sigan los monovalentes, apunta al presupuesto actual del 1% deficitario.

Al 30 % de la patología general que es la patología de la salud mental le dedican el 1% la patología crea discapacidad. Esto requiere de tratamientos especiales, hay que crear redes y servicios de psiquiatría en los hospitales generales la ley no es aplicable: los

diagnósticos de irreversibilidad, son ciertos, no la va a cumplir Ej. aterosclerosis, la enfermedad discapacita plantea no mentir, deteriora lo cognitivo.

✓ Emilio Vaschetto

Presidente del capítulo de Epistemología e Historia de la Psiquiatría en la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).

Sostiene que la ley está conformada sólo por una "suma de buenas voluntades" que no alcanzan para "revertir la realidad crítica que presenta el área de la salud mental en el país".

Vaschetto refiere que al momento de la discusión parlamentaria la ley en cuestión no fue sometida a una discusión más sustanciosa que incluyera "a todos los actores involucrados en la cadena de la salud mental como política de salud pública".

, esta sería una de las causas que imposibilitaría la plena concreción de lo estipulado por la norma, ya que APSA expuso ciertos puntos claves para revisar dentro del articulado que no fueron apreciados por los legisladores.

Frente a la crítica situación que presenta la salud mental a nivel nacional, a la que ha favorecido en gran parte la falta sistemática de recursos y el mal uso de los pocos con los que se cuenta, desde las entidades que nuclean a psiquiatras y profesionales del área no sólo se cuestiona a la nueva norma, sino que además se trabajan propuestas destinadas a superar dichas fallas.

Entre las falencias halladas en la legislación que detalló Vaschetto, en representación de APSA, se encuentran: problemas conceptuales, la idea de desmanicomialización mal planteada, escasas explicaciones sobre los modos de aplicación en las provincias y la inconsistencia en cuanto al planteamiento del trabajo interdisciplinario.

Sufrimiento mental vs. Enfermedad mental

Uno de los puntos que se encuentran en la mira de la APSA es la noción de "sufrimiento mental" que propone la ley. Según Vaschetto, el concepto así planteado excluye la dimensión psicopatológica de la enfermedad y no define positivamente lo que es un enfermo mental, ya que "sufrimiento mental puede tener cualquiera: una persona que esté en situación de calle, una persona que está en un duelo, alguien que sufre psicosis", expresó.

Denunció que esta inespecificidad conceptual provoca "un caldo de cultivo para cualquier tipo de medicalización de, justamente, el sufrimiento mental. Cuando no se trata verdaderamente de una enfermedad mental". Por lo tanto, remarcó que es

“fundamental” que en una ley de salud mental se defina positivamente “qué es enfermedad mental”. Y agregó: “este ítem es algo básico, pues el concepto tiene que ver nada más y nada menos con la población a la que estará destinada la aplicación de la norma”.

¿Desmanicomialización?

El otro artículo polémico que presente en la legislación es el que propone sustituir a los neuropsiquiátricos por servicios terapéuticos alternativos. De esta manera, los pacientes que padecen trastornos mentales pasarían a ser atendidos en los hospitales generales.

Según reza la ley, esta medida responde a la necesidad de dar fin a las viejas prácticas manicomiales que vulneran los derechos humanos de los pacientes. Por eso se promueve la atención de la enfermedad ya no en lugares de encierro, sino en centros de salud y casas de medio camino, entre otras alternativas.

A su vez, la internación es concebida “como un recurso terapéutico a utilizarse sólo en situaciones excepcionales y en hospitales generales”. Bajo este espíritu se desalienta las internaciones indefinidas y se prohíbe la creación de nuevas instituciones psiquiátricas con características asilares.

Al respecto, Vaschetto sostiene que lo planteado sería ideal si existiesen formas concretas de cómo llevarlo a la práctica, lo que en definitiva la norma tampoco explica. “¿Quién podría estar a esta altura a favor del manicomio? Sucede que lo que se propone es una vertiente desintitucionalizante y deshospitalizante que no es más que una suma de buenas voluntades sin decir cómo se va a aplicar”, cuestiona el profesional.

Por otro lado, la complejidad del asunto de la desmanicomialización requiere de un debate verdaderamente amplio, pues en el país existieron algunos intentos que no dieron los resultados esperados. En este sentido el psiquiatra recomendó ahondar la discusión que, por lo que se evidencia, no está agotada. “Cuesta pensar que vaya a haber locura sin institución”, advirtió.

Vaschetto dio cuenta de que desde APSA se propone generar dispositivos de interacción monovalente de agudos con un giro cama rápida sobre la base de instituciones dignas. Esto sin dejar de tener en claro que muchos de los casos de enfermedades agudas podría resolverse rápidamente sin pasar a un manicomio.

La aplicación en las provincias.

La ley establece que a partir del momento de la reglamentación, Salud Mental deberá recibir en tres años al menos un 10% del presupuesto de Salud. Empero, las

asociaciones de profesionales que tienden un manto de dudas sobre la norma, consideran que no existe el compromiso financiero de llevarla adelante en el interior del país. Aún más, aseguran que las provincias ni siquiera fueron consultadas durante el tratamiento del proyecto.

A este cuestionamiento, Vaschetto le agrega que a la legislación también le falta adaptarse a los contextos diferenciados que presenta cada provincia, pues muchas presentan una legislación propia.

Para el psiquiatra, con la sanción de la misma se perdió "una oportunidad excepcional de hacer una ley que contemple a nivel nacional las diferentes particularidades que tienen las provincias". Por consiguiente, también se "desaprovechó" la chance de generar "un movimiento realmente novedoso en la salud de la población, que hasta el momento no hay".

Ínter disciplina sin intromisión.

En consideración de APSA la ley también sería inconsistente en un punto esencial en el plano de la salud mental como es el de la "Ínter disciplina". Según explicó Vaschetto, tal como está definido ese concepto en el texto de la legislación, se promueve más un trabajo "multidisciplinar" que "interdisciplinario".

Los equipos de trabajo interdisciplinarios –integrado por psicólogos, psiquiatras, enfermeros, terapeutas ocupacionales y asistentes sociales deben ser concebidos "como una sumatoria de saberes que trabaja de manera integrada en pos de una efectiva rehabilitación psicosocial del paciente". Sin embargo, los profesionales que critican la norma sostienen que de la manera en que está planteado este punto "se deja abierta la puerta a la intromisión en la competencia de cada profesión".

Es que la creación del equipo interdisciplinario que impulsa la ley, responsabiliza al grupo de la atención e internación de los pacientes con trastornos mentales; y desde las entidades que nuclean a psiquiatras argumentan que "es el médico quien debe internar o medicar a un enfermo, ya que sobre él recae la responsabilidad civil y penal".

Luego de exponer los principales focos de disonancia entre las asociaciones profesionales y la ley, Emilio Vaschetto reafirmó su posición frente a la norma. En este sentido, destacó las intenciones de la misma pero recalcó la necesidad de recursos, debate y planificación para poder concretarla. "Es una norma que nació del universo de las ideas, que por más buenas y loables que sean no son suficientes para iniciar el esperado cambio", concluyó.

Las palabras del médico evidencian lo mucho que resta por hacer en torno a un tema que no debe concebirse fuera del resguardo a los derechos humanos y del contexto social.

4- CONCLUSIONES

La nueva ley de Salud Mental nº 26657 es una herramienta del proceso de transformación, de orden público, que establece las pautas de una política de salud mental que hace ejecutable los compromisos argentinos en materia de derechos humanos, no necesita ser explícita, si necesita compromiso político.

Estos compromisos son obligatorios para todas las provincias, pero se reconoce que alguna puede plantear la inconstitucionalidad de algunos artículos de la misma.

Esta ley es un instrumento que establece un piso mínimo para que cada provincia desarrolle sus políticas de salud mental, para lo que no estarían facultadas es a no cumplir el marco y el respeto que el país asume en materia de derechos humanos.

Podemos definir a estos como atributos que hacen a la dignidad humana cuya particularidad es la protección jurídica, concepto queda explícitamente planteado en la letra de la Ley Nacional de Salud Mental.

La Ley Nacional Nº 26657 promueve un marco referencial para el cambio de modelo de atención en la salud mental.

Claramente marca que el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario, con abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud.

Respecto al capítulo de las internaciones, se establece que sea lo más breve posible y en función de sólidos criterios terapéuticos interdisciplinarios.

La ley considera a la internación como un recurso de carácter restrictivo y sólo debería llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social.

También, fija una posición concreta en relación con el dispositivo de internación con modelo manicomial, prohibiendo la creación y habilitación de nuevos establecimientos tanto públicos como los privados, ofreciendo como alternativa a estas medidas la internación en hospitales y clínicas polivalentes o también llamadas generales.

El modelo emergente que sustenta la Ley que nos ocupa, es el de salud comunitaria y de la atención primaria anteponiendo los derechos de ciudadanos de los pacientes, es decir, el sujeto primero tiene derechos, luego tiene una discapacidad.

No hay salud mental sin inclusión, por ende, asumir a los pacientes como sujetos de derecho, plantea la gravedad de la situación en la que se encuentran los pacientes

innominados con pérdidas de derechos: hay 25.000 personas en neuropsiquiátricos en la República Argentina (66,7% en el ámbito público, 33,3 % en el privado). En promedio, más del 80% tiene más de un año de internación, y entre el 60 % y el 90 % serían rotulados como pacientes sociales.

Uno de los objetivos medulares de esta ley es asegurar el pleno goce de los derechos humanos y otorgar a las personas con padecimiento mental la posibilidad de rechazar la asistencia si así lo desea.

A pesar de ser presentada como una "ley superadora", la norma que rige el campo de la salud mental en el país es objeto de críticas provenientes principalmente de asociaciones profesionales. Desde ese sector rescatan las ideas que dan espíritu a la legislación, pero argumentan que no son suficientes para hacerla aplicable.

Durante largo tiempo organizaciones de derechos humanos, asociaciones de familiares de pacientes y usuarios de servicios de salud mental, lucharon por una legislación que fuese capaz de provocar un cambio de paradigma en el área. Finalmente, en noviembre de 2010 fue aprobada e inmediatamente promulgada la nueva Ley de Salud Mental, catalogada por sus impulsores como una "norma de avanzada". En contraposición, desde las asociaciones profesionales aseguran que la anhelada transformación permanecería "trunca" por tratarse de una "ley inaplicable".

El sistema de salud actual de la Provincia de Corrientes, con el modelo de atención vigente y los recursos humanos de los que dispone, constituye un ámbito donde la reforma que se propone en la nueva Ley 26657 es, en principio, de difícil aplicabilidad.

La provincia de Corrientes a la fecha ha presentado un proyecto de ley de salud mental en homenaje al Dr. Agrelo Abel Osvaldo, que no fue tratada aún, pero es de destacar que lo referente al presupuesto no fue incluido dentro de esta propuesta.

5- BIBLIOGRAFIA

1. MORIN, E. (1995). "Epistemología de la complejidad". En FRIED SCHNITMAN, D. (Comp.). Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad. Buenos Aires: Paidós. 421-442.
2. DÍAZ (2001) en La empresa sanitaria moderna; como crear nuestra propia bestia sistémica.
3. YAGO DI NELLA dirección de salud mental de la nación; Congreso Internacional de Derechos Humanos y Salud Mental; 2010.
4. VASALLO isalud
5. GINES GONZALES GARCIA, Revista Isalud, abril 2011.
6. GLANC MARIO, Revista Isalud, Volumen 6, abril 2011.
7. CLAUDIA MADIES, Revista Isalud, abril 2011.
8. PELLEGRINI JORGE LUÍS, "Cuando el manicomio ya no esta". Fundación Gerónima, Primera Edición, 2005.
9. FOUCAULT MICHEL, "Historia de la locura en la época clásica". Fondo de Cultura Económica, Octava Reimpresión, 2010.
10. YAGO DI NELLA, Sola Miriam, Calvillo Lidia. "Dirección Nacional de Salud Mental".
11. GORBACZ, LEONARDO, "Congreso Internacional de Salud Mental", noviembre 2010.
12. YAGO DI NELLA, "Congreso Internacional de Salud Mental", noviembre 2010.
13. OLIVERA, ALFREDO. Reportaje periodístico, por Jorge Lanata, Programa "DIA D". 2010.
14. MESSONE, HUMBERTO. Reportaje periodístico, por Jorge Lanata, Programa "DIA D". 2010.
15. VASCHETTO, EMILIO. Publicación APSA. 2010.

6-ANEXOS

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

CAPÍTULO I

DERECHOS Y GARANTÍAS

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

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

CAPÍTULO II

DEFINICIÓN

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

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

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

a) Status político, socioeconómico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso.

b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalentes en la comunidad donde vive la persona.

c) Elección o identidad sexual.

d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

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

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

CAPÍTULO III

ÁMBITO DE APLICACIÓN

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

CAPÍTULO IV

DERECHOS DE LAS PERSONAS CON PADECIMIENTO MENTAL

Art. 7º.- El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental, los siguientes derechos:

a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las 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.

CAPITULO V

MODALIDAD DE ABORDAJE

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

Art. 9 º.- El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial,

basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

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

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

Art. 11º: 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 sociolaboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

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

CAPÍTULO VI

DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

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

CAPÍTULO VII

INTERNACIONES

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

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

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

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

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

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

Art. 17.- En los casos en que la persona no estuviese acompañada por familiares o se desconociese su identidad, la Institución que realiza la internación en colaboración con los organismos públicos que corresponda, debe realizar las averiguaciones tendientes a conseguir datos de los familiares o lazos afectivos que la persona tuviese o indicase, o esclarecer su identidad, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible. La Institución debe brindar colaboración a los requerimientos de

información que solicite el Órgano de Revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

Art. 18.- La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de sesenta (60) días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al Órgano de Revisión creado en el artículo 38 y al Juez. El Juez debe evaluar en un plazo no mayor de cinco (5) días de ser notificado, si la internación continua teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria, con los requisitos y garantías establecidas para esta última situación. En caso de que la prolongación de la internación fuese por problemáticas de orden social, el Juez deberá ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos y la externación a la mayor brevedad posible, comunicando dicha situación al Órgano de Revisión creado por esta ley.

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

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

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

b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento.

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

Art. 21º: La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de diez (10) horas al Juez competente y al órgano de Revisión, debiendo agregarse a las cuarenta y ocho (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20. El Juez en un plazo máximo de tres (3) días corridos de notificado debe:

- a) autorizar, si evalúa que están dadas las causales previstas por esta ley,
- b) requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a evaluar si existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema de la internación involuntaria, y/ó
- c) denegar, en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso debe asegurar la externación de forma inmediata.

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

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

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

Art. 24.- Habiendo autorizado la internación involuntaria, el Juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a treinta (30) días corridos a fin de re-evaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación.

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

Art. 25.- Transcurridos los primeros siete (7) días en el caso de internaciones involuntarias el Juez, dará parte al Órgano de Revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

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

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

Art. 28.- Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el sólo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la Ley 23592.

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

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

CAPÍTULO VIII

DERIVACIONES

Art. 30.- Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar. Los traslados deben efectuarse con acompañante del entorno familiar o afectivo de la persona. Si se trata de derivaciones con internación, debe procederse del modo establecido en el Capítulo VII de la presente Ley. Tanto el servicio o institución de procedencia como el servicio o institución de destino, están obligados a informar dicha derivación al Órgano de Revisión, cuando no hubiese consentimiento de la persona.

CAPÍTULO IX

AUTORIDAD DE APLICACIÓN

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

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

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

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

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

Art. 36.- La autoridad de aplicación, en coordinación con los Ministerios de Educación, Desarrollo Social y Empleo, Trabajo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en Salud Mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental. Dichos planes, así como todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental. Se promoverá que las Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

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

CAPÍTULO X

ÓRGANO DE REVISION

Art. 38.- Créase en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa el Órgano de Revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.

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

Art. 40.- Son funciones del Órgano de Revisión

a) Requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos.

- b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado.
- c) Evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del Juez.
- d) Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30 de la presente ley.
- e) Informar a la autoridad de aplicación periódicamente sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes.
- f) Requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares
- g) Hacer presentaciones ante el Consejo de la Magistratura o el Organismo que en cada jurisdicción evalúe y sancione la conducta de los jueces en las situaciones en que hubiera irregularidades.
- h) Realizar recomendaciones a la autoridad de aplicación.
- i) Realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos
- j) Promover y colaborar para la creación de Órganos de Revisión en cada una de las jurisdicciones, sosteniendo espacios de intercambio, capacitación y coordinación, a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones.
- k) Controlar el cumplimiento de la presente ley, en particular en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental.
- l) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de inhabilidad y durante la vigencia de dichas sentencias.

CAPÍTULO XI

CONVENIOS DE COOPERACIÓN CON LAS PROVINCIAS

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

- a) Cooperación técnica, económica y financiera de la Nación para la implementación de la presente ley.
- b) Cooperación para la realización de programas de capacitación permanente de los equipos de salud, con participación de las universidades.

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

CAPÍTULO XII

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

Art. 42.- Incorporase como art. 152 ser del Código Civil

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

Art. 43.- Sustituyese el art. 482 del Código Civil, el que quedará redactado de la siguiente manera:

"482. No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para si o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo 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 si o para terceros.

A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá previa información sumaria, disponer la evaluación de un equipo 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 inhabilitación."

Art. 44.- Derogase la Ley 22914.

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

Art. 46.- Comuníquese al Poder Ejecutivo

FUNDAMENTOS

Señor presidente:

El presente Proyecto de Ley Nacional de Salud Mental tiene como antecedentes más próximos el Proyecto de Ley que hemos presentado en el año 2007 (Expediente 276-D-07) y el Dictamen conjunto de las Comisiones de Acción Social y Salud Pública,

Legislación General y Justicia de esta Honorable Cámara de Diputados, aprobado con modificaciones el 9 de diciembre de 2008 (incluido en la Orden del Día 1625 del 16 de diciembre de 2008), que recoge gran parte de los aportes, modificaciones y propuestas que surgieron en el proceso de debate del marco normativo con los actores involucrados en el campo de Salud Mental y Derechos Humanos.

Dichos debates y aportes, no solamente han enriquecido la propuesta inicial, sino que cabe considerarlos como una parte constitutiva del proyecto que hoy estamos presentando nuevamente.

Destacamos el continuo acompañamiento y aportes de la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación; de la Organización Panamericana de la Salud; del Centro de Estudios Legales y Sociales; del Consejo General de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires; del Movimiento Social de Desmanicomialización y Transformación Institucional; y de muchos otros referentes latinoamericanos e internacionales; autoridades nacionales, provinciales y municipales en la materia, legisladores y jueces nacionales; otros integrantes de organismos de derechos humanos; autoridades e integrantes de equipos e instituciones de salud; investigadores y docentes de universidades públicas; integrantes de asociaciones de familiares y usuarios de atención en Salud Mental.

Asimismo, entendemos que la activa participación en este proceso, da cuenta de la sentida necesidad de avanzar en una Legislación Nacional que consolide el cuidado en Salud Mental como un derecho humano fundamental para todas las personas, en concordancia con normativas de referencia en Salud Mental y Derechos Humanos a nivel internacional.

Este compromiso compartido, se materializó también en la realización de la Jornada "Hacia Una Ley Nacional de Salud Mental", convocada por la Comisión de Acción Social y Salud Pública de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación y que tuvo lugar el pasado 30 de junio de 2008, en el Auditorio y Salones del Congreso de la Nación Argentina. Dicha Jornada, fue inaugurada por los Dres. Eduardo Luís Duhalde, Secretario de Derechos Humanos de la Nación, Juan H. Sylvestre Begnis, Presidente de la Comisión de Acción Social y Salud Pública de la Cámara de Diputados de la Nación; y mi participación como autor del Proyecto de Ley puesto a consideración y contó en el cierre con la presencia del Dr. Juan Carlos Nadalich, a cargo de la Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios del Ministerio de Salud de la Nación. Participaron en carácter de panelistas los Dres. Hugo Cohen, Asesor Sub-Regional de Salud Mental, América del Sur (OMS-OPS); Itzhak Levav, Representante de la Organización Mundial

de la Salud; Antonio Eduardo Di Nanno, Coordinador de Unidad Coordinadora, Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación; Vicente Galli, Ex - Director de Salud Mental de la Nación; José Luis Galmarini, Juez de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil. Nacional en lo Civil; los Lic. Victoria Martínez, Directora Nacional de Asistencia Directa a Personas y Grupos Vulnerables de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, Dr. Antonio Eduardo Di Nanno, Coordinador de Unidad Coordinadora, Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación; Ángel Barraco, referente del consejo General de Salud Mental de la ciudad de Buenos aires y Co-coordinador del Movimiento Social de Desmanicomialización y Transformación Institucional y Roxana Amendolaro, en representación del Centro de Estudios Legales y Sociales.

En dicha Jornada se analizaron en profundidad algunos de los ejes que debe necesariamente incluir una Ley Nacional de Salud Mental, para apuntarlas las transformaciones de instituciones y prácticas que son necesarias. Así, se trabajó conjuntamente con referentes académicos, autoridades sanitarias e institucionales, profesionales y otros trabajadores del sector, usuarios y familiares de personas con padecimiento mental, sobre la problemática de las internaciones involuntarias, la situación y declaración de incapacidad de personas con padecimiento mental, la situación de las instituciones monovalentes y el abordaje interdisciplinario que debe atravesar las diferentes intervenciones en este campo.

En estos años, el Proyecto de Ley Nacional de salud Mental, también fue puesto a consideración en numerosos encuentros en distintas instituciones y jurisdicciones del país, recibiendo sugerencias, aportes y el valioso estímulo para continuar adelante en la concreción de este marco normativo. Dentro de estos encuentros, recordamos las presentaciones y debates en los Congresos de Salud Mental y Derechos Humanos convocados por la Asociación de Madres de Plaza de Mayo, en las reuniones de la Mesa Nacional de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos, en la reunión de la Mesa Federal de Derechos Humanos en la Provincia de Neuquén, en las Jornadas Institucional con motivo del centenario de la Colonia Nacional Montes de Oca en la provincia de Buenos Aires, en diversas Asociaciones de Profesionales de Salud Mental, en ámbitos académicos, con organizaciones de usuarios y familiares de personas con padecimiento mental.

Esta historia reciente no nos exime de recordar y repasar la extensa historia de desarrollos conceptuales, políticas y prácticas en el campo de la salud mental en

nuestro país, con la producción de experiencias alternativas al manicomio, pioneras en el ámbito latinoamericano, acompañadas por "movimientos reivindicados" de los derechos de los enfermos mentales internados. En la segunda mitad del siglo XX, Enrique Pichón Riviere desarrolló los fundamentos de la psicología social en nuestro país. La creación de servicios de psicopatología en hospitales generales fue, en los años 70, un avance técnico-político para el área de la salud mental y significó una aceptación de la insuficiencia del modelo asilar tal como se la desarrollaba en los hospitales monovalentes. Una experiencia relevante en este sentido fue la que se desarrolló en el "Hospital Gregorio Aráoz Alfaro" de Lanús, con la Dirección del Dr. Mauricio Goldemberg. Las transformaciones allí realizadas y las concepciones innovadoras en lo relativo al tratamiento del problema de la salud mental, permitieron la constitución de un marco teórico-técnico y político-sanitario que trascendió el ámbito médico para incorporar y legitimar, por primera vez, la presencia de otras disciplinas, y por tanto de otros encuadres terapéuticos. La dictadura militar - como en todas las áreas de la vida social y política de nuestro país - produjo un abismo que desarticuló estos procesos, junto con el saldo en víctimas de trabajadores de esas y otras instituciones.

A partir de la apertura democrática que viviera nuestro país desde 1983, la salud mental fue caracterizada como una de las prioridades del sector salud. En este período se puso en marcha rápidamente un proyecto de organización nacional del área. Así fue como se crearon los denominados "programas participativos nacionales", que instalaron la cuestión de la desinstitucionalización. La propuesta fue acompañada por grupos de profesionales que intentaban poner en el primer plano del escenario político sanitario la discusión acerca de la institución manicomial. Se planteó la democratización de las relaciones de poder institucional, a través de la generación de cambios sustantivos en los modelos de abordaje. Esta iniciativa posibilitó la creación de propuestas alternativas en los servicios y una fuerte tendencia a la disminución de las internaciones en los manicomios. En distintos lugares se iniciaron experiencias puntuales de modificaciones en las prácticas asistenciales, principalmente en salas de pacientes crónicos, intentándose modelos más abiertos en el seno de la institución (asambleas, trabajos grupales, talleres, etc.) e implementando estrategias extramuros (trabajo con familias, articulación interinstitucional). Los avances que se lograron en ese contexto fueron significativos. En primer lugar, se consolidó un "acuerdo político-técnico" que posibilitó la creación de direcciones y/o programas de salud mental en el 90% de las jurisdicciones, además de la construcción de un "foro federal inter

partidario, interdisciplinario e intersectorial" y la organización de una "red de servicios asistenciales estatales". Asimismo se avanzó en la capacitación de "equipos de conducción" de las direcciones y/o programas provinciales y en la capacitación de funcionarios del área Metropolitana y provincia de Buenos Aires. También se desarrollaron seminarios para los trabajadores (profesionales y no profesionales) tanto desde la Nación, como desde las provincias y/o regiones. Un hecho importante en la capacitación lo constituyó la creación de la "Residencia Nacional Interdisciplinaria en Salud Mental", dirigida a médicos, psicólogos, trabajadores sociales, trapistas ocupacionales y enfermeros con inserción en los centros de salud y los hospitales generales.

A partir de la década de los 90s este proceso comenzó a desarticularse. La Dirección Nacional vio relegada su injerencia en la generación de políticas en el área y los programas pasaron a ser responsabilidad de cada provincia. En ese contexto en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, esa Dirección pasó a ser Instituto de Salud Mental, para posteriormente convertirse en Unidad Coordinadora y Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable.

A pesar de ello, en las distintas jurisdicciones se continuaron desarrollando experiencias -algunas muy incipientes, otras con mayor grado de consolidación- que implementaron prácticas alternativas a la internación psiquiátrica, de los cuales los ejemplos más acabados de este modelo son la provincia de Río Negro y la de San Luis. También la Provincia de Tierra del Fuego ha sostenido un modelo de atención no manicomial, en base a servicios de salud mental en los Hospitales Generales con un dispositivo de internación compartido y de carácter breve. La muy escasa tasa de derivaciones que se generan desde el Hospital Regional de Ushuaia demuestra como, en un contexto de relativo buen funcionamiento de los distintos dispositivos estatales, es posible sostener un modelo sin instituciones cerradas.

En nuestros días, la problemática de la salud-enfermedad atención mental se visibiliza como un problema relevante para la salud pública y requiere ser abordado tanto en su especificidad como en forma integral como parte indisoluble del Derecho a la Salud y los Derechos Humanos en general de todas las personas.

Para dar contenido a esta urgencia sólo basta mirar algunos datos de estudios de referencia internacional. Según el Informe de la Salud en el mundo de la Organización Mundial de Salud (OMS) del año 2001, se estima que el 25% de la población mundial padece uno o más trastornos mentales o de comportamiento a lo largo de su vida; que una de cuatro familias tiene al menos uno de sus miembros con padecimientos

mentales (OMS, 2001); que la carga que representa el familiar enfermo no es sólo emocional sino económica y que el impacto de la enfermedad mental es además de negativa, prolongada (UK 700 Group, 1999).

Según datos preliminares PROSAM- MSN, en la Argentina existen 54 instituciones con internamiento crónico: 1 colonia nacional; 11 colonias y 42 hospitales psiquiátricos provinciales. La cantidad de personas internadas en instituciones públicas estatales es de alrededor de 21.000 (14.000 en colonias y 7.000 en hospitales psiquiátricos)

El Informe "Vidas Arrasadas - La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos - Un Informe sobre Derechos Humanos y Salud Mental en Argentina" producto de una investigación llevada a cabo en nuestro país por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y Mental Disability Rights International (MDRI) durante los años 2004-2007, denuncia la persistencia de situaciones de negligencia, abuso y privación de libertad de personas por causa de su padecimiento mental.

Al mismo tiempo, investigaciones en nuestro país y en el mundo alertan sobre el uso y abuso de psicofármacos para tratar situaciones o problemáticas conflictivas, que profundizan la "medicalización" de la vida cotidiana, a partir de edades cada vez más tempranas. Es así, como en tiempos históricos de profunda desigualdad en condiciones materiales de vida de la población en el mundo y marcadas inequidades en el acceso a derechos básicos como la alimentación, el cuidado de la salud, el trabajo, se procura reducir el malestar y encuadrarlos bajo rótulos psicopatológicos, mayoritariamente funcionales al orden social hegemónico y a los intereses de la industria farmacéutica.

Lo hasta aquí reseñado, son sólo algunas miradas posibles de la problemática salud-enfermedad-atención mental, que requiere en forma imprescindible ser reconocido en su complejidad y abordado interdisciplinariamente.

Continuar, promover y afianzar políticas, acciones, investigación, a nivel nacional es una deuda que aún tiene el Estado Nacional en el marco de la defensa de los Derechos Humanos de las personas con padecimiento mental.

Como señalara el Dr. Eduardo Luis Duhalde en la Apertura de la Jornada del 30 de junio del año pasado "...Si bien nadie hoy teoriza a favor del status-quo, este se impone por fuerza de la inercia, pese a los esfuerzos y reclamos de los profesionales y auxiliares de las distintas áreas de la salud mental, y de las organizaciones no gubernamentales específicas. Lo cierto es que la falta de una Ley sobre la Salud Mental, es una de las grandes deudas del Parlamento argentino, que es hora de saldar positivamente..."

En el contexto internacional, si bien no existen instrumentos internacionales específicos de Salud Mental vinculantes para nuestro país, reconocemos como marcos de referencia muy valiosos los "Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental", adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año 1991 y la "Declaración de Caracas", en el marco de la OEA., adoptada por aclamación por la Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, entre otros.

En nuestro país, contamos con antecedentes de varias legislaciones jurisdiccionales. A título de ejemplo, la ley 2440 del año 1991 de la provincia de Río Negro, la ley 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sancionada en el año 2000, constituyen modelos de avance en términos de reconocimiento del derecho de acceso a la salud y la defensa de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental. Asimismo, se han presentado y están siendo discutidos proyectos de Ley de Salud Mental en varias provincias de nuestro país, como en la provincia de Buenos Aires, Chubut, entre otros, con gran coincidencia de ideas y propuestas.

También queremos precisar, un capítulo que consideramos relevante al momento de establecer un nuevo régimen en base al derecho a la salud mental de las personas, y que contiene la modificación de algunos artículos del Código Civil que tratan sobre la declaración judicial de inhabilitación e incapacidad. Por un lado, porque contiene términos anacrónicos y discriminatorios para designar a las personas con diferentes padecimientos psicológicos. Por otro lado, porque restringe las evaluaciones profesionales al campo de la medicina, eludiendo la interdisciplinariedad indispensable para una toma de decisión adecuada en un terreno tan complejo como la restricción de la libertad y autonomía de las personas. A su vez la redacción actual desconoce la particularidad de cada caso y peca de establecer el mismo remedio para situaciones diferentes. En suma, esta modificación propuesta del Código Civil tiende a considerar a las personas que deban ser declaradas incapaces como sujetos de derecho, cuya singularidad es necesaria considerar y atender, y a restringir su autonomía lo menos posible y por plazos también breves sujetos a revisión.

Por lo expuesto y con la vocación de afianzar los avances realizados en la historia de nuestro país, consolidando a la Salud Mental como un valor humano fundamental, y reconociendo que la protección de los derechos sociales y humanos de las personas con trastornos mentales es una obligación del Estado, pedimos a nuestros pares que nos acompañen en la sanción del presente proyecto de ley.

- **El nuevo marco regulatorio de los derechos de las "personas con padecimiento mental"**

La ley 26.657 fue publicada en el Boletín Oficial del pasado 3 de diciembre, es de orden público (art. 45) y rige en todo el país.

Concepto de ley de orden público.

Existen dos teorías respecto de qué es una ley de orden público.

Punto de vista clásico:

Entiende que las leyes de orden público son aquellas en las que están interesadas de una manera muy inmediata y directa, la paz y la seguridad sociales, las buenas costumbres, un sentido primario de la justicia y la moral. Dicho en otras palabras, las leyes fundamentales y básicas que forman el núcleo sobre el que está estructurada la organización social.

Esta postura entiende que:

- a) estas leyes no pueden ser dejadas sin efecto por acuerdo de las partes en sus contratos.
- b) el principio de que las leyes no tienen carácter retroactivo no juega en materia de estas leyes de orden público.
- c) en el caso que los jueces deben aplicar una ley extranjera, estas leyes no deberán aplicarse si esa aplicación importa desplazar una ley nacional de orden público.
- d) nadie puede invocar un error de derecho para eludir la aplicación de una ley de orden público, dado que el error de derecho no puede jamás ser invocado para eludir la aplicación de ninguna ley (art. 923 a.C.)

Teoría que identifica las leyes de orden público con las leyes imperativas: entiende que una cuestión se llama de orden público cuando responde a un interés general, colectivo, por oposición a las cuestiones de orden privado, en las que sólo juega un interés particular. Por eso las leyes de orden público son irrenunciables, imperativas: por el contrario las de orden privado son renunciables, permisivas y confieren a los interesados la posibilidad de apartarse de sus disposiciones y sustituirlas por otras.

Por ello debemos repetir que leyes imperativas y de orden público son sinónimos. Actualmente es el concepto que prevalece: si una ley es de orden público, las partes no pueden dejarla sin efecto en sus contratos. Además, se piensa que no tiene ninguno de los otros efectos que se le atribuyen:

- a) Con relación al problema de la retroactividad de la ley, la idea de la ley de orden público no juega el más mínimo papel.
- b) Con relación al error de derecho, la cuestión no existe en nuestro derecho positivo.
- c) Queda subsistente el problema de la ley de orden público como valla de la aplicación de una ley extranjera. El Instituto de Droit International aconsejó que toda legislación determine, con la mayor precisión posible, cuáles son aquellas de sus leyes que no podrán ser descartadas por una ley extranjera. Es lo que muchos años antes había hecho nuestro codificador en el artículo 14 donde se enumeraban las leyes que por ningún concepto podían ser descartadas por las extranjeras. Ninguna disposición del C.C. habla de ley de orden público con relación a esta materia.

Orden público y validez de los actos jurídicos

El art. 21 establece "las convenciones de los particulares no pueden dejar sin efecto las leyes, en cuya observancia estén interesados el orden público y las buenas costumbres".

No cabe duda que este precepto sirve de clara apoyatura a la doctrina que, para superar las dificultades de las definiciones de orden público, las identifican con las leyes imperativas.

El Art. 3º establece: "las leyes no tienen efecto retroactivo, sean o no de orden público, salvo disposición en contrario".

El art. 14 establece que el orden público interno impide la aplicación de una ley extranjera. Ello no está ponderado así expresamente en este artículo que establece los supuestos en los cuales la ley extranjera no puede ser ponderada por un juez nacional para resolver un caso, pero de la consideración de sus incisos, especialmente el 1º y el 2º aparece claro que lo que impide o veda la aplicación de una ley extranjera es que ella se oponga a un precepto o norma de orden público nacional.

1º). La norma deroga (art. 44) a la ley 22.914, referida a internación y egreso de establecimientos de salud mental.

"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.”(Art. 2º) El art. 6º establece que “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.”

Según el art. 31, el Ministerio de Salud de la Nación es la Autoridad de Aplicación.

La nueva norma prescribe lo que algunos llaman “desmanicomialización de la salud mental”.

Concretamente, se establece el carácter restrictivo de las internaciones (conf. Art. 9º, 14, 15 y 30, entre otros, los que sientan el principio de que solo debe internarse cuando esto redunde en mayor beneficio del paciente) y el artículo 28 dispone que “Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592.”

En la misma línea, la norma prohíbe “la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados”, indicando que “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”.

Desde otro punto de vista, como principio general, el art. 3º parte “de la presunción de capacidad de todas las personas”.

Como derechos de las personas con padecimiento mental, el art. 7º reconoce los siguientes:

“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.”

En ese sentido, “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.”

La ley crea el "Órgano de Revisión", en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa, "con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental" (conf. art. 38).

El Órgano de Revisión debe ser multidisciplinario, y estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos, conforme lo dispone el art. 39.

Sus funciones, según establece el art. 40, son:

- "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.”(La negrita es nuestra)

Por nuestra parte, agregamos que esta norma debe complementarse con la ley 26.529, de “Derechos del Paciente”, la que, con carácter general, establece principios similares en materia de consentimiento informado, trato digno y acceso a información sanitaria. Volviendo a la nueva ley, respecto de las internaciones involuntarias, es decir, sin consentimiento del paciente, el art. 20 dispone que “sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.”

En tal caso, el art. 21 establece que “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.”(La negrita es nuestra)

“El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez”, (conf. art. 23)

Modificaciones al Código Civil:

Se incorpora el artículo 152 ter:

“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.”(La negrita y el subrayado es nuestro)

Además, se sustituye el artículo 482:

“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.”

PROYECTO DE LEY DE SALUD MENTAL DE LA PROVINCIA DE CORRIENTES

Presentada en Cámara de Diputados, aun no fue tratada, en lineamientos generales es similar a la Ley Nacional, pero es importante destacar la no inclusión del capítulo respecto al presupuesto que debe acompañar a esta ley para hacerla sustentable