

**DERECHOS HUMANOS EN SALUD
EN EL CAMINO DE
LA IMPLEMENTACIÓN
DE LA LEY NACIONAL
DE SALUD MENTAL**



Este proyecto está financiado
por la Unión Europea



Un proyecto llevado a cabo por ADESAM -
Asociación por los Derechos en Salud Mental

Elaboración:

Carmen Mercedes Cáceres
Guadalupe Granja
Natalia Paola Osella
Nadia Marina Percovich

Agradecimientos:

A Macarena Sabin Paz y Ana Sofía Soberón Rebaza del Equipo de Salud Mental del CELS, por la tarea conjunta en el proyecto en el cual se enmarca esta publicación, y por sus valiosos aportes para su escritura.

A Cintia Ivana Quiroga, Magdalena Elcoro, Denise Pinus, Renata Gómez y Martín Caillava por sus aportes al tema de estrategias clínicas en situaciones críticas.

A Mariana Baresi, Edgardo Sergio Alaniz y Mariana Granja: por la lectura de los textos y sus cuidadosas recomendaciones.

Diseño original:

Lucio Kleiman

Asociación por los Derechos de la Salud Mental - ADESAM.
www.adesam.org.ar
adesam@adesam.org.ar

Derechos humanos en salud: en el camino de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental / Carmen Mercedes Cáceres ... [et al.]. - 1a ed. - Lanús : ADESAM-Asociación por los Derechos en Salud Mental, 2017. Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-46511-2-9

1. Derechos Humanos. 2. Salud Mental. 3. Ley Nacional.
I. Cáceres, Carmen Mercedes
CDD 323

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas 4.0 Internacional



ÍNDICE

- 04 INTRODUCCIÓN
- 08 PARADIGMA DE LOS DERECHOS HUMANOS EN SALUD MENTAL. MODELO SOCIAL DE LA DISCAPACIDAD.
- 14 ¿QUÉ ES LA CAPACIDAD JURÍDICA?
- 24 SALUD MENTAL NO ES COSA DE LOCOS, ES COSA DE TODOS. Modelos y abordajes
- 36 ABORDAJE DE LA URGENCIA EN SALUD MENTAL
- 50 LA RECUPERACIÓN Y LA AUTONOMÍA PERSONAL COMO HORIZONTE DE LA CLÍNICA EN EL PADECIMIENTO SUBJETIVO GRAVE
- 66 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Este documento se ha realizado con la ayuda financiera de la Unión Europea. El contenido de este documento es responsabilidad exclusiva de la Asociación por los Derechos de la Salud Mental - ADESAM y en modo alguno debe considerarse que refleja la posición de la Unión Europea.



INTRODUCCIÓN

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 fue sancionada por la cámara de senadores el 25 de noviembre de 2010 con una sola abstención, después de dos años de discusión parlamentaria, en la cual las organizaciones de la sociedad civil jugaron un rol fundamental participando de los debates, en los que aparecieron posturas encontradas en relación a la ley.

Fue promulgada el 2 de diciembre de 2010, y reglamentada recién el 28 de mayo de 2013, ya que las posiciones críticas de la ley dificultaron el proceso de reglamentación y aún hoy son parte de los obstáculos para su implementación.

Fue explícitamente apoyada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS).

Siendo una ley de orden público, debe ser cumplida en todas las jurisdicciones del país sin requerir adhesión específica.

La Ley Nacional de Salud Mental es la expresión del paradigma de Derechos Humanos en Salud Mental. Su objeto es:

- Asegurar el derecho a la protección de la Salud Mental de todas las personas.
- Asegurar el pleno goce de los Derechos Humanos de aquellas personas con padecimiento mental que se encuentren en el territorio nacional.

El objetivo de este texto¹ es acercar la Ley Nacional de Salud Mental y las implicancias de su implementación a la comunidad; especialmente a quienes integran directamente el campo de la Salud/Salud Mental: trabajadores de los distintos efectores, personas afectadas en su salud mental, usuarios de servicios, familiares. Para ellos y para todos, la ley ratifica que tenemos Derechos Humanos cuyo goce el Estado debe garantizar. El derecho a la vivienda digna, el trabajo, el vestido y el alimento son la base material para el acceso a la salud. **Sin salud no hay salud mental**, y es imprescindible considerar sus determinantes sociales junto a los biológicos y psíquicos.

La implementación de la ley requiere de un cambio en la forma de ver, pensar y abordar al padecimiento mental, es decir, de un cambio de paradigma en la concepción de Salud Mental:

Pensar a las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho, y no como pacientes a rehabilitar o como objetos de tutela o caridad; partir de la presunción de que son personas capaces, de que pueden expresar preferencias y participar en las decisiones acerca de sus vidas y de sus tratamientos; creer en que con los apoyos suficientes son capaces de llegar a tomar correctamente la medicación indicada, sin necesidad de que otra persona se los esté imponiendo ni dosificando; entender que son personas que gozan del derecho a vivir en la comunidad y a participar de la vida social y política en igualdad de condiciones que el resto de los ciudadanos.

Todas estas son cuestiones que contribuyen a que la implementación de la ley sea una realidad, tanto en el hospital monovalente como en el hospital gene-

1 Este texto fue realizado en el marco del proyecto “Violencia institucional: hacia la implementación de políticas de prevención en la Argentina”, ejecutado por: Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), Asociación por los Derechos en Salud Mental (ADESAM), Asociación Pensamiento Penal (APP), Asociación para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos (Xumek), Colectivo de Acción Jurídica (CIAJ) y Coordinadora de Trabajo Carcelario (CTC) y financiado por la Unión Europea. Los objetivos generales del proyecto son contribuir a reforzar el papel de la sociedad civil en la protección de los derechos humanos y la promoción de políticas públicas democráticas e inclusivas; y fortalecer a los organismos estatales responsables por el diseño e implementación de políticas públicas con impacto sobre la prevención y sanción de la violencia.

ral o en la sala del barrio. El manicomio es una institución que habita primero en los pensamientos para plasmarse luego en los muros y en las prácticas.

La implementación de la Ley Nacional de Salud Mental depende de:

- **Los gobiernos** nacional, provinciales y municipales, quienes a través de sus políticas deben favorecer la inclusión de todas las personas en los ámbitos educacionales, laborales y sociales, y sobre todo deben asegurar la creación de los dispositivos necesarios para el sostén de la vida en comunidad de todas las personas.
- **Los trabajadores de salud / salud mental**, quienes entran en contacto con las personas con padecimiento mental, y a través de sus prácticas deben colaborar en el acceso al tratamiento adecuado a las necesidades de las personas y al alivio del malestar.
- **Los trabajadores de las áreas de educación, justicia, cultura y desarrollo social**, quienes a través de sus prácticas deben favorecer la inclusión social de las personas con padecimiento mental.
- **Los usuarios de los servicios de salud en general, y las personas con padecimiento mental en particular**, conociendo sus derechos y participando activamente de sus tratamientos.
- **Las familias y amigos de los usuarios**, acompañando a las personas con padecimiento en lo que necesiten para vivir en comunidad, fomentando la autonomía.
- **La comunidad en general** (que incluye a todos los grupos mencionados), eliminando las prácticas discriminatorias y estigmatizantes, como factor determinante en la inclusión social de las personas con padecimiento mental.

- **Los miembros de la comunidad constituidos como actores sociales**, quienes con su presencia y accionar son capaces de incidir en las políticas, y de poner los derechos de las personas con padecimiento mental en la agenda del Estado.

Por eso, este momento histórico es una invitación para que, desde cada lugar en el cual nos encontramos, podamos trabajar hacia lo inédito posible, en la construcción de la salud mental comunitaria, promoviendo la inclusión y el respeto de los derechos humanos de todas las personas.

—

PARADIGMA DE LOS DERECHOS HUMANOS EN SALUD MENTAL. MODELO SOCIAL DE LA DISCAPACIDAD.

CAPITULO I

La Ley Nacional de Salud Mental parte de la concepción de que las personas con padecimiento mental son sujetos de derecho y deben gozar de todos los Derechos Humanos declarados universalmente. (Ver página 23)

En este sentido, la Ley Nacional de Salud Mental continúa, amplía y profundiza lo planteado en la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo¹, que se basa en los siguientes fundamentos:

- Dignidad inherente por el hecho de ser humanos.
- Igual reconocimiento como persona ante la ley.
- Goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad.
- Autonomía individual e independencia.
- No discriminación por motivos de discapacidad. Respeto a la diferencia y aceptación de la deficiencia como parte de la diversidad y condición humanas.
- Participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad: Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad. Esto se hace posible a través de ajustes razonables* con los apoyos que esto requiera.
- Acceso a la salud, justicia, educación, trabajo remunerado y empleo, participación en la vida política y cultural.*

*

AJUSTES RAZONABLES

Son modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida.

*

ACCESIBILIDAD

La accesibilidad universal es el grado en el que todas las personas pueden utilizar un objeto, visitar un lugar o acceder a un servicio, independientemente de sus capacidades técnicas, cognitivas o físicas. Una barrera de accesibilidad es un obstáculo que impide o dificulta la realización de una determinada tarea o actividad. Pueden ser naturales o creadas por el hombre, las que a su vez pueden ser: psicológicas, culturales, arquitectónicas, urbanísticas, de comunicación e información, etc. Para promover la accesibilidad se hace uso de ciertas facilidades (ayudas técnicas) que ayudan a salvar los obstáculos o barreras de accesibilidad (sobre todo las barreras físicas, ya que las barreras psicológicas o sociales sólo pueden ser eliminadas mediante la educación y la cultura).

1 ONU, 2006, recogida en nuestra legislación bajo la Ley Nacional N° 26378/08, y que por Ley Nacional N° 27044/14 tiene jerarquía constitucional. Se refiere con Personas con Discapacidad a “aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

Esto implica un **cambio de paradigma** del cual es responsable toda la ciudadanía: **la discapacidad es entendida como una característica más dentro de la diversidad de los seres humanos, y no como la característica que debe definir la vida de una persona**, o que totaliza su destino en un marco de discriminación y exclusión.

Concepciones sobre la Discapacidad

MODELO	Modelo de la Prescendencia (Edad Media al S. XIX)	Modelo Médico o Rehabilitador (Siglo XX a la actualidad)	Modelo Social (Desde los años 60)
PALABRA CLAVE	Exclusión / Segregación.	Rehabilitación / Tutela.	Ciudadanía / Autonomía.
CONCEPCIÓN	Explicación religiosa de la locura.	La causa de la discapacidad se consideraba individual. La persona con discapacidad debería rehabilitarse para poder cumplir con su lugar en la sociedad. Basado en las limitaciones y no en las capacidades presentes y a desarrollar	Pensar a la persona con discapacidad como sujeto de derechos. La discapacidad se considera resultante de la interacción entre las características de la persona y las barreras presentes en la sociedad.
ABORDAJE	Asilos y hospicios, generalmente a cargo de instituciones religiosas o de beneficencia. La persona con discapacidad era considerada como una carga para la familia.	Tratamiento y asistencia de por vida, sin considerar el desarrollo del autovalimiento y la autonomía en los mayores niveles posibles.	Sistema de apoyos que permita superar las barreras sociales que limitan la posibilidad de inclusión de la persona con discapacidad

Modelo social de la discapacidad

- Ubica a las personas con discapacidad como **sujetos de derecho**, y no como objetos de lástima y caridad (modelo de la prescindencia) o como paciente y objeto de rehabilitación (modelo médico - rehabilitador - tutelar).
- Considera a la discapacidad como producto social del encuentro entre características personales que limitan el desempeño en algún área del hacer humano -motriz, sensorial, psicosocial, intelectual- y las barreras que existen en cada sociedad profundizando y consolidando esas limitaciones.
- Los problemas que enfrentan cada día las personas con discapacidad no son resultado aislado de la deficiencia de la persona sino consecuencia de las **barreras** en la sociedad*, las cuales pueden ser físicas, actitudinales, jurídicas, informativas, o de cualquier otro tipo, que provienen de las falencias de una sociedad o cultura para hacer lugar y brindar los apoyos necesarios a todos sus miembros.
- El Estado tiene la obligación de hacer frente a los obstáculos creados socialmente con el fin de promover y garantizar el pleno respeto de la dignidad y la igualdad de derechos de todas las personas.

* COMUNIDAD INCLUSIVA

Las comunidades adaptan sus estructuras y procedimientos para facilitar la inclusión de las personas con discapacidad, en lugar de esperar a que sean ellas las que cambien para encajar en los ordenamientos existentes. Centra su atención en todos los ciudadanos y en su derecho a un tratamiento igualitario, reforzando así la noción de que deben respetarse los derechos de todas las personas, incluidas aquellas con discapacidad. La comunidad se observa a sí misma y estudia cómo afectan las políticas, las leyes y las prácticas habituales a todos los miembros de la comunidad, y asume la responsabilidad de hacer frente a las barreras a la participación.

*

CIERRE DE LOS HOSPITALES MONOVALENTES

Existen múltiples estudios (entre los más actuales ver: CELS/MDRI: “Vidas Arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos” y CELS: “Cruzar el muro: Desafíos y propuestas para la externación del manicomio”) acerca de cómo los hospitales monovalentes propician la vulneración de los derechos humanos de las personas internadas en ellos, analizando algunos de los dispositivos existentes en la actualidad para su sustitución. Incluso la Declaración de Caracas (OPS/OMS, 1990) enuncia ya desde hace 27 años que el hospital psiquiátrico “crea condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo”, y propone “la Reestructuración de la Atención en Salud Mental hacia la Atención Primaria de Salud” para la “promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales”.

En concordancia con el modelo social de la discapacidad, para la promoción de la vida en la comunidad de las personas con padecimiento psíquico y/o con discapacidad psicosocial, la Ley Nacional de Salud Mental y su Decreto Reglamentario disponen

- El respeto de la capacidad jurídica de las personas
- El abordaje comunitario
- La internación en crisis en hospitales generales
- El cierre de los hospitales monovalentes (neuropsiquiátricos) y su sustitución definitiva por dispositivos insertos en la comunidad².*

En los siguientes capítulos profundizaremos cada uno de estos temas.

Las redefiniciones en salud mental en cumplimiento de la normativa vigente

- Partir del concepto de padecimiento mental, y no del de enfermedad mental, considerando que el primero puede representar diversos niveles de gravedad.
- Desechar el supuesto o representación de peligrosidad asociado a la justificación de la reclusión prolongada.

2 Para más información acerca de experiencias de desinstitutionalización y modelos de atención comunitaria para personas con padecimiento mental consultar:

Amarante, P. (2009) *Superar el manicomio*. Buenos Aires: Topía editorial; Cohen, H. & Natella, G. (2013) *La Desmanicomialización: Crónica de la Reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar editorial. Pasquale, E. (2000). *Psiquiatría y Salud Mental*. Trieste: Asterios Editore.

Rotelli, F. (2014) *Vivir sin manicomios*. Buenos Aires: TOPIA editorial.

Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos- compilador (2015) *Prácticas Inclusivas en Salud Mental y Adicciones con enfoque de Derechos Humanos*.

Buenos Aires: Inadi. Disponible en: <http://adesam.org.ar/materiales/>

La Ley Nacional de Salud Mental y el Código Civil definen las condiciones en las cuales es posible recurrir a la internación como medida terapéutica.

- Entender los determinantes sociales del padecimiento subjetivo para una efectiva promoción y prevención en Salud Mental.
- Incorporar las conceptualizaciones de ciudadanía y derechos como componentes de la práctica preventiva y asistencial cotidiana.

—

¿QUÉ ES LA CAPACIDAD JURÍDICA?

CAPITULO 2

El paradigma de la Tutela: Sustitución de la voluntad

El antiguo Código Civil y Comercial de la Nación (CC) vigente en Argentina entre 1871 y 2015 definía a la Capacidad Jurídica como la capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones, y estaban excluidos de ella aquellos declarados incapaces: las personas por nacer, los menores impúberes, los dementes declarados tales en juicio y los sordomudos que no saben darse a entender por escrito, e incapaces de hecho relativos, los menores adultos.

Quien era declarado incapaz pasaba a ser considerado objeto de tutela y protección por parte del Estado, se le designaba un representante legal para que actuara en su nombre y por su cuenta, sustituyendo su voluntad (art. 58 del antiguo CC). En este sentido la regulación del Código concebía al incapaz como un objeto de protección, restringiéndole la autonomía en el ejercicio de sus derechos.

En 1968 se flexibiliza esta rígida división entre capaces e incapaces, al plantear en el art. 152 bis del CC a los “inhabilitados” (alcohólicos, toxicómanos, adictos a estupefacientes, disminuidos en sus facultades, pródigos), estableciendo para ellos un régimen especial: se consideraba al inhabilitado una persona capaz, pero con las limitaciones impuestas en el Código Civil y en la sentencia judicial de declaración de inhabilitación (en general referida a la disposición sobre los bienes propios).

* PARADIGMA DE LA TUTELA

Se realizaba la declaración de incapacidad de los “dementes” a través de un juicio.

Se convertían en objeto de tutela y protección por parte del Estado

El representante legal sustituía la voluntad del incapaz

No se respetaba la autonomía en el ejercicio de sus derechos

El Paradigma de los Derechos Humanos: Presunción de capacidad. Promoción de la autonomía y apoyo en la toma de decisiones de acuerdo a la preferencia de la persona con capacidad restringida.

*

PARADIGMA DE DERECHOS HUMANOS

Se parte de la presunción de capacidad de todas las personas: todas las personas son capaces de derecho.

Las restricciones a la capacidad de ejercicio de derechos son de carácter excepcional y se imponen siempre en beneficio de la persona.

El juez puede restringir la capacidad para determinados actos de una persona mayor de 13 años que padece una adicción o alteración mental permanente o prolongada, si se estima que del ejercicio de su plena capacidad puede resultar un daño a su persona o a sus bienes.

->

En 2010, la Ley Nacional de Salud Mental incorpora el art. 152 ter al Código Civil: “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” (Art. 42 LNSM).

Y dispone en su artículo 5 que: “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. **Se parte de la presunción de capacidad de todas las personas**”.

Finalmente desde agosto de 2015 rige en nuestro país el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación, que diferencia **Capacidad de Derecho**: “Toda persona humana goza de la aptitud para ser titular de derechos y deberes jurídicos” de **Capacidad de ejercicio**: “Toda persona humana puede ejercer por sí misma sus derechos”, y define como **incapaces de ejercicio** a:

- a) la persona por nacer;
- b) la persona que no cuenta con la edad y grado de madurez suficiente (ver abajo: Niños y Adolescentes);
- c) la persona declarada incapaz por sentencia judicial, en

la extensión dispuesta en esa decisión.

En relación al último punto, se establecen los siguientes principios generales en cuanto a la **restricción a la Capacidad Jurídica**:

- a) la capacidad general de ejercicio de la persona humana se presume, aun cuando se encuentre internada en un establecimiento asistencial;
- b) las limitaciones a la capacidad son de carácter excepcional y se imponen siempre en beneficio de la persona;
- c) la intervención estatal tiene siempre carácter interdisciplinario, tanto en el tratamiento como en el proceso judicial;
- d) la persona tiene derecho a recibir información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión;
- e) la persona tiene derecho a participar en el proceso judicial con asistencia letrada, que debe ser proporcionada por el Estado si carece de medios;
- f) deben priorizarse las alternativas terapéuticas menos restrictivas de los derechos y libertades

Según el Artículo 32 del actual Código Civil, **“el juez puede restringir la capacidad para determinados actos de una persona mayor de trece años que padece una adicción o una alteración mental permanente o prolongada, de suficiente gravedad, siempre que estime que del ejercicio de su plena capacidad puede resultar un daño a su persona o a sus bienes”**.

En relación con dichos actos, el juez debe designar el o los apoyos necesarios que prevé el artículo 43, especificando las funciones con los ajustes razonables en función de las necesidades y circunstancias de la persona. **El o los apoyos designados deben promover la autonomía y favorecer las decisiones que respondan a las preferencias de la persona.** (Ver cuadro página 18)



La evaluación es siempre interdisciplinaria

La persona tiene derecho a recibir información en forma adecuada para su comprensión, a recibir asistencia letrada en el juicio, y debe mantener (al menos) una entrevista personal con el juez.

La sentencia debe enunciar para qué actos restringe la capacidad y designar a los apoyos necesarios

Se favorece la autonomía, y que las decisiones respondan a las preferencias de la persona.

La restricción a la capacidad jurídica se revisa a pedido del interesado o cada 3 años como máximo.

*

¿QUÉ SON LOS APOYOS?

Se entiende por apoyo cualquier medida de carácter judicial o extrajudicial que facilite a la persona que lo necesite la toma de decisiones para dirigir su persona, administrar sus bienes y celebrar actos jurídicos en general.

Las medidas de apoyo tienen como función la de promover la autonomía y facilitar la comunicación, la comprensión y la manifestación de voluntad de la persona para el ejercicio de sus derechos.

El interesado puede proponer al juez la designación de una o más personas de su confianza para que le presten apoyo. El juez debe evaluar los alcances de la designación y procurar la protección de la persona respecto de eventuales conflictos de intereses o influencia indebida. La resolución debe establecer la condición y la calidad de las medidas de apoyo y, de ser necesario, ser inscrita en el Registro de Estado Civil y Capacidad de las Personas. (ART. 43 CC)

Por excepción, cuando la persona se encuentre absolutamente imposibilitada de interactuar con su entorno y expresar su voluntad por cualquier modo, medio o formato adecuado y el sistema de apoyos resulte ineficaz, el juez puede declarar la incapacidad y designar un curador (podemos pensar en el caso de una persona en estado de coma o con muerte cerebral).

El Código Civil en sus artículos 33 al 40 describe cómo debe ser el proceso judicial para la restricción de la capacidad jurídica: con evaluación interdisciplinaria, con participación del interesado (quien debe mantener una entrevista con el juez), y con asistencia letrada del interesado (que será provista por el Estado a través del Ministerio Público de la Defensa si la persona no dispone de recursos económicos para pagarlo). Dispone también quiénes pueden solicitar este proceso y qué debe especificar la sentencia.

La restricción a la capacidad jurídica debe revisarse cada vez que el interesado lo requiera, o cada 3 años como máximo. Esto significa que no se “declara incapaz” a una persona, de una vez y para siempre, como ocurría antes, sino que esta restricción de la capacidad jurídica siempre es transitoria, ligada a una evaluación profesional interdisciplinaria que en el momento de la evaluación determina la necesidad de apoyos para la toma de decisiones, pero que puede y debe revisarse periódicamente¹.

¹ En esta línea se cumple también con el derecho expresado en la Ley 26657, Art 7 inc n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable.

Aún en la actualidad encontramos a muchas personas que en un momento de crisis fueron declaradas incapaces y hoy continúan viviendo como excluidos sociales, sin la posibilidad de tomar decisiones, de dirigir sus personas ni de administrar sus bienes, a pesar de que en muchas ocasiones ese estado de crisis fue superado y ya se encuentran en condiciones de hacerlo.

La declaración de incapacidad según el antiguo Código Civil mantenía a las personas en un estado de dependencia de otros que les impedía la autonomía y la vida en libertad. A partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental ha ocurrido que en algunos casos, afortunadamente, **se ha logrado revisar y revertir las declaraciones de incapacidad de personas que hoy pueden vivir nuevamente con plena capacidad de ejercicio de sus derechos.**

A su vez, el Código Civil reformado especifica **que la restricción de la capacidad es siempre limitada a ciertos actos, que deben ser explicitados en la sentencia:** Se parte de que toda persona es capaz para todo menos para lo que especifica la sentencia judicial. Las restricciones deben ser explicitadas y fundamentadas. Por ejemplo, puede ser que alguien requiera de apoyo para administrar bienes patrimoniales, pero no para contraer matrimonio o divorciarse, contratar, trabajar, etc, acciones que podrá llevar adelante sin necesidad de consulta ni de “autorización” judicial ².

2 Para ampliar este tema, recomendamos: Wolkowicz, A (2015). *Capacidad jurídica como derecho humano. Nuevo paradigma. Vinculación con la eficacia de los actos jurídicos en el Código Civil y Comercial de la Nación*, disponible en: <http://www.pensamientocivil.com.ar/system/files/2015/10/Doctrina2132.pdf>

Los niños y adolescentes

* NIÑOS Y ADOLESCENTES

Menor de edad: De 0 a 17 años cumplidos

Adolescente: De 13 a 17 años cumplidos

Ejercen sus derechos a través de sus representantes legales.

Tienen derecho a ser oídos en todo proceso judicial que les concierne.

Tienen derecho a participar en las decisiones sobre su persona.

Entre 13 y 15 años cumplidos pueden decidir por sí respecto de tratamientos no invasivos, que comprometen su estado de salud o provocan riesgo grave en su vida.

Mayores de 16 años se consideran como adultos en las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo.

Según el Código Civil, se considera **menor de edad a la persona que no ha cumplido dieciocho años y adolescente a la persona menor de edad que cumplió trece años.**

La persona menor de edad ejerce sus derechos a través de sus representantes legales. No obstante, la que cuenta con edad y grado de madurez suficiente puede ejercer por sí los actos que le son permitidos por el ordenamiento jurídico. En situaciones de conflicto de intereses con sus representantes legales, puede intervenir con asistencia letrada. La persona menor de edad tiene derecho a ser oída en todo proceso judicial que le concierne así como a participar en las decisiones sobre su persona.

Se presume que el adolescente entre trece y dieciséis años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física. Si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico.

A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo.

Consentimiento informado y directivas anticipadas

Entre las decisiones que las personas con padecimiento mental pueden tomar (con o sin apoyo, según tengan o no sentencia en juicio de restricción a la capacidad jurídica), se encuentran aquellas relativas a su atención y el tratamiento del padecimiento mental.

La Ley Nacional de Salud Mental en su Art 7 afirma el 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; y el **derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades.**

El Decreto Reglamentario 603/13 agrega que:

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

*

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

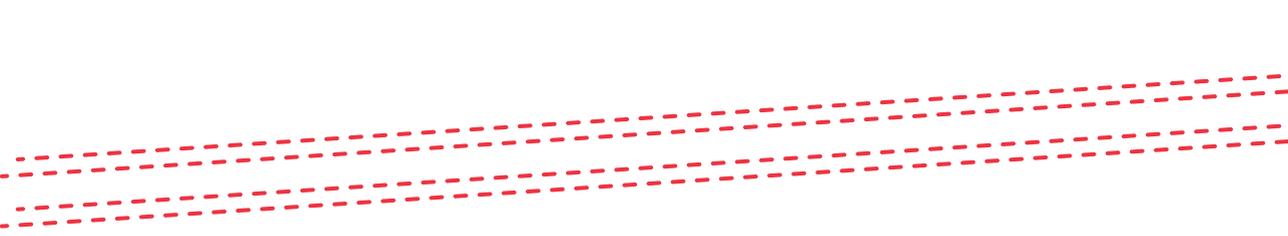
Dichas decisiones deberán asentarse en la historia clínica. Asimismo, las decisiones del paciente o sus representantes legales, según sea el caso, podrán ser revocadas.

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

*

DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Artículo 60 CC:
Directivas médicas anticipadas
La persona plenamente capaz puede anticipar directivas y conferir mandato respecto de su salud y en previsión de su propia incapacidad. Puede también designar a la persona o personas que han de expresar el consentimiento para los actos médicos y para ejercer su curatela. Las directivas que impliquen desarrollar prácticas eutanasicas se tienen por no escritas. Esta declaración de voluntad puede ser libremente revocada en todo momento.



Derechos Humanos

TODA PERSONA TIENE DERECHO:

A la vida.

A la integridad personal
-física, psíquica y moral.

A la libertad personal.

A la igualdad.

A la libertad de expresión y
opinión de ideas/culto.

A la seguridad jurídica.

A peticionar ante las
autoridades.

A no estar sometido a
esclavitud o servidumbre.

A no ser sometido a torturas
ni a penas o tratos crueles,
inhumanos o degradantes.

A la protección de la
libertad de conciencia y de
religión.

A la privacidad

Al honor

A reunirse libremente y a
asociarse.

A la identidad

A la nacionalidad

A la propiedad privada

A buscar asilo y a disfrutar
de él en cualquier país, en
caso de persecución política

A circular libremente,
a migrar y a elegir su
residencia

A un juicio justo en un plazo
razonable ante un tribunal
objetivo, independiente
e imparcial y a la doble
instancia judicial.

A la presunción de
inocencia.

A la defensa.

A no ser discriminado.

A trabajar en condiciones
equitativas y satisfactorias.

A la huelga.

A la salud física y mental.

A la cultura.

A la protección y asistencia
familiar.

A la asistencia de niños y
adolescentes.

A recibir protección y
asistencia durante el
embarazo y parto.

A una alimentación, vestido
y vivienda adecuadas.

A la educación pública y
gratuita en todos los niveles
de enseñanza.

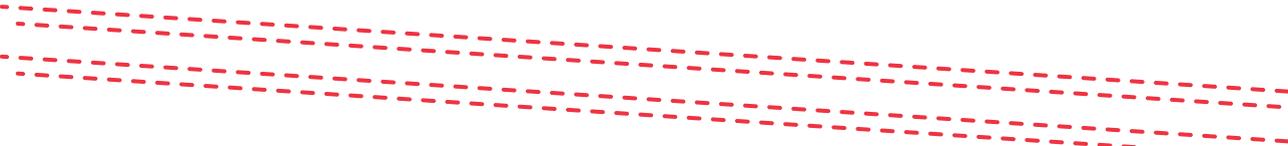
A un medio ambiente sano y
equilibrado.

A la autodeterminación de
los pueblos.

A la seguridad social.

Al desarrollo humano
económico y social
sostenible.

A vivir en paz.



—

SALUD MENTAL NO ES COSA DE LOCOS, ES COSA DE TODOS

**MODELOS Y
ABORDAJES**

CAPITULO 3

Hasta aquí hemos hablado de personas con discapacidad, personas con padecimiento mental grave, personas que reciben sentencia en procesos relativos al ejercicio de la capacidad jurídica o a los apoyos y salvaguardias; en relación al objeto de la Ley Nacional de Salud Mental de asegurar el pleno goce de los Derechos Humanos de aquellas personas con padecimiento mental que se encuentren en el territorio nacional.

Pero la Ley también se propone asegurar el derecho a la protección de la Salud Mental de todas las personas.

| ¿Qué es Salud Mental?

La Ley Nacional de Salud Mental define en su artículo 3 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”**.

Esta definición de salud mental es en sí un posicionamiento que implica superar los modos de pensamiento hegemónicos en relación a la salud y a la enfermedad:

- Deja de pensar a la salud como lo opuesto a la enfermedad, para incluirla en un continuo, el proceso de salud-enfermedad-cuidados¹.
- Rompe con la disociación entre lo individual y lo social,

1 Para más información sobre el modo de conceptualizar este proceso, sugerimos consultar: Pierri, C.; Ardila-Gómez, S.; Michalewicz, A. (2014) *Del proceso de Salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización*. Anuario de Investigaciones, XXI: 1. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139994021>> ISSN 0329-5885

o lo biológico y lo mental, intentando dar cuenta de la complejidad del fenómeno.

- Ubica los fenómenos de salud y enfermedad en una perspectiva histórica.
- Propone la consideración acerca de las significaciones culturales atribuidas al padecimiento.

El desplazamiento del eje desde la enfermedad hacia el sujeto ha llevado a introducir el concepto de “padecimiento mental”. El decreto reglamentario de la Ley Nacional de Salud Mental lo define como: **Todo tipo de sufrimiento psíquico² de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis (previsibles o imprevistas), así como a situaciones más prolongadas de padecimientos (trastornos y/o enfermedades), proceso complejo determinado por múltiples componentes.** (Dec. 603/13 art 1)

De esta manera queda incluida la dimensión subjetiva: el relato y la experiencia de quien padece, más allá de la objetividad con que se definen las “enfermedades mentales” desde una perspectiva positivista.

Una persona puede sufrir un padecimiento mental en un determinado momento de su vida, sin embargo

² Para profundizar el concepto de sufrimiento psíquico, sugerimos consultar los siguientes textos:

Augsburger, A.C (2002). *De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en Salud Mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave*. Cuadernos Médico Sociales 81: 61-75.

Augsburger, A.C.(2004) *La inclusión del sufrimiento psíquico: Un desafío para la epidemiología*. Psicología & Sociedade 16 (2): 71-80.

el diagnóstico³ -necesario para iniciar un proceso de cuidado- debe ser siempre situacional, no debe convertirse en una etiqueta identificadora de por vida. La Ley Nacional de Salud Mental proclama el derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado; y a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable (Art. 7). Esto marca un posicionamiento claro de la misma en contra del estigma y la discriminación, los cuales constituyen juicios de orden moral y varían según el tiempo y la cultura. Las actitudes sociales negativas hacia las personas con padecimiento mental traen aparejadas repercusiones dañinas y complejas, y constituyen una barrera para el acceso al ejercicio de sus derechos.

La ley incluye dentro de la salud mental a las adicciones, asegurando a las personas con consumo problemático de drogas (legales e ilegales) todos los derechos y garantías establecidos en ella en su relación con los servicios de salud (Art. 4). Esto implica un pasaje de la concepción de las adicciones como un problema legal-penal a considerarlas como un aspecto más dentro de las problemáticas de salud/ salud mental, un cambio de paradigma desde las estrategias abstencionistas/prohibicionistas (probablemente in-

3 La ley 26657 ordena en su artículo 3 que “en ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

- a) Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso;
- b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona;
- c) Elección o identidad sexual;
- d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización”.

eficaces) hacia un abordaje integral de la problemática del consumo, incluyendo la perspectiva de la reducción de daños⁴.

EL ABORDAJE DE PROBLEMÁTICAS COMPLEJAS

*

PRINCIPIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

(Decreto 603/13 art. 9)

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

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

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

->

A partir de la definición presente en la Ley, podemos entender a la Salud Mental como un sistema complejo⁵, no abarcable por cada disciplina o saber en forma independiente o fragmentaria, en el que los procesos de salud-enfermedad-cuidados deben ser abordados desde la intersectorialidad y la interdisciplina.

La Ley Nacional de Salud Mental dispone que “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. 9). *

Respecto del equipo interdisciplinario, la Ley afirma que “Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario inte-

4 Para más información sobre el enfoque de reducción de daños recomendamos: Galante A., Rossi D., Goltzman P., Pawlowicz M.P. (2009) *Programas de Reducción de Daños en el Escenario Actual. Un cambio de perspectiva*. Escenarios. N°14:113-121. Universidad Nacional de La Plata.

También sugerimos consultar la página web: <http://intercambios.org.ar/es/>

5 Tomamos la definición de sistema complejo propuesta por Rolando García en la ponencia: “Dialéctica de la Integración en la Investigación Interdisciplinaria”: Sistema compuesto por elementos que pertenecen al dominio de distintas disciplinas, pero que interactúan entre sí de tal manera que ninguno de ellos se puede definir de manera independiente, sino en función del contexto en el que están inmersos y en interacción con los otros componentes.

grado 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 8). “Los integrantes del equipo interdisciplinario asumen las responsabilidades que derivan de sus propias incumbencias profesionales en el marco del trabajo conjunto. (Art 8 Decreto 603/13).

La visión fragmentaria sólo es posible de ser superada desde una concepción compleja del proceso salud-enfermedad-cuidados. Los cuidados deben basarse en el **saber compartido** de los trabajadores, en un **trabajo en equipo interdisciplinario** que incluya la mirada y la palabra de los usuarios y que se oriente a abordar la **integralidad** del ser humano.

¿Qué se necesita para hacer interdisciplina y para incluir otros saberes?

El primer lugar, una actitud de disposición a escuchar a los otros: la interdisciplina es un posicionamiento que reconoce los límites de las herramientas de cada disciplina que interviene en el campo complejo de la salud mental, y valora los aportes que otros saberes pueden hacer a la situación⁶. Un equipo interdisciplinario puede estar conformado por miembros que sostienen saberes

<-

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

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

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

6 Para profundizar en los requisitos para la Interdisciplina, consultar: Stolkner, A. (2005) *Interdisciplina y salud mental*. Trabajo presentado en las IX jornadas nacionales de salud mental y I jornadas provinciales de salud mental. Posadas, Misiones

no disciplinares, como por ejemplo los promotores de salud, artistas, los “pares” (personas que participan desde su experiencia adquirida al atravesar situaciones similares de padecimiento mental), y otros.

También se requiere de un **contexto institucional favorable al trabajo grupal**, es decir, que exista tiempo y espacio para desarrollar las reuniones de equipo periódicamente, las cuales serán vinculantes para la elaboración de estrategias adecuadas para cada situación, y donde la importancia relativa de cada saber se defina en relación al problema y no por el peso o tradición de cada profesión.*

*

Según la Ley 26657, 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.

La interdisciplina requiere partir de un marco referencial común que implica **acuerdos ideológicos básicos**, necesarios para definir al problema y sus actores, considerando al equipo como uno de estos.

¿Qué significa “abordaje intersectorial”?

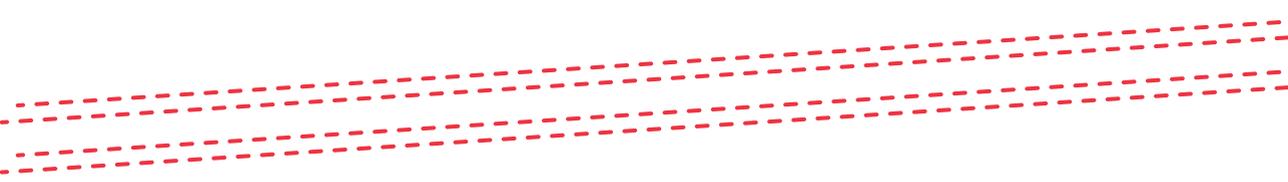
Se refiere a que el trabajo por el derecho a la salud debe ser necesariamente encarado por diversos sectores, articuladamente con el sanitario. Si vinculamos la preservación y el mejoramiento de la salud mental al ejercicio de los derechos humanos de todas las personas, y los pensamos como interdependientes, entonces entendemos que a todos los sectores del Estado⁷ -Trabajo, Educación, Justicia, Economía, Desarrollo Social, Cultura- son responsables del acceso a la salud/salud mental de la población, en tanto garantes del acceso a los derechos.

El abordaje intersectorial implica que **las autoridades de Salud de cada jurisdicción en coordinación con las áreas de Educación, Desarrollo Social, Trabajo, Justicia y otras que correspondan**, implementen acciones articuladas de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. En este sentido la Ley Nacional de Salud Mental dispone que 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 con distintos niveles de apoyo, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros

⁷ El Decreto Reglamentario 603/13 en el artículo 2 crea la Comisión Nacional Interministerial de Salud Mental y Adicciones para concretar el trabajo intersectorial.

de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas (Art. 11).

El artículo 9 del Decreto Reglamentario de la Ley Nacional de Salud Mental sostiene que las políticas de abordaje intersectorial deberán incluir la adaptación necesaria de programas que garanticen a las personas con padecimientos mentales la accesibilidad al trabajo, a la educación, a la cultura, al deporte, a la vivienda y a todo aquello que fuere necesario para su plena inclusión social.



ALGUNAS EXPERIENCIAS DE TRABAJO INTERDISCIPLINARIO, INTERSECTORIAL E INTERJURISDICCIONAL

EL CENTRO COMUNITARIO LIBREMENTE, DEPENDIENTE DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN Y EXTERNACIÓN ASISTIDA DEL HOSPITAL ESTEVES DE TEMPERLEY, PROVINCIA DE BUENOS AIRES - P.R.E.A.

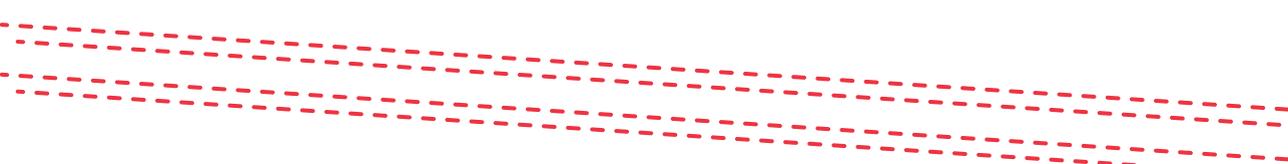
Se trata de un dispositivo comunitario creado con el propósito de generar lazos saludables y redes de sostén en la comunidad, cuya modalidad de trabajo actual es el fruto de una construcción colectiva de más de 18 años de trabajo interdisciplinario e intersectorial. Es una propuesta para la participación comunitaria: no se trata de apelar a la “solidaridad” de los vecinos para con las personas con padecimiento mental sino de convocar a espacios que resultan afines a sus propios intereses¹. Desde su inicio tuvo el interés particular de que pudieran apropiarse de estos espacios los sectores de población en situación más vulnerable, aquellas

personas que no encuentran cabida en otros espacios sociales, entre ellas las personas externadas del hospital psiquiátrico. Esto conforma un **entramado interinstitucional** que se suma al que se produce a través del espontáneo acercamiento de los vecinos.

De esta manera aporta a la conformación de un imaginario social no discriminatorio, favorecedor de la reinserción de las personas internadas en los hospitales psiquiátricos en la vida comunitaria.

La **articulación intra e interinstitucional** de Libremente se produce a nivel local del Municipio de Lomas de Zamora con las áreas de Desarrollo Social, Discapacidad, Salud Mental, Trabajo, Cultura, Educación, Género, Derechos Humanos y Tercera Edad. Desde estos sectores provie-

1 Espacios culturales, educativos, de formación e inclusión laboral, empresas sociales, salidas comunitarias, eventos artísticos, son parte de la propuesta de este Centro ubicado en Av. Meeks 1044, Temperley.



ALGUNAS EXPERIENCIAS DE TRABAJO INTERDISCIPLINARIO, INTERSECTORIAL E INTERJURISDICCIONAL

EL CENTRO COMUNITARIO LIBREMENTE, DEPENDIENTE DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN Y EXTERNACIÓN ASISTIDA DEL HOSPITAL ESTEVES DE TEMPERLEY, PROVINCIA DE BUENOS AIRES - P.R.E.A.

nen personas que asisten al Centro con distintas necesidades, con quienes se elaboran proyectos en función de sus capacidades y de los recursos disponibles. Además, algunos talleres sostenidos por el Municipio se llevan a cabo en el Centro.

A nivel provincial con distintos ministerios:

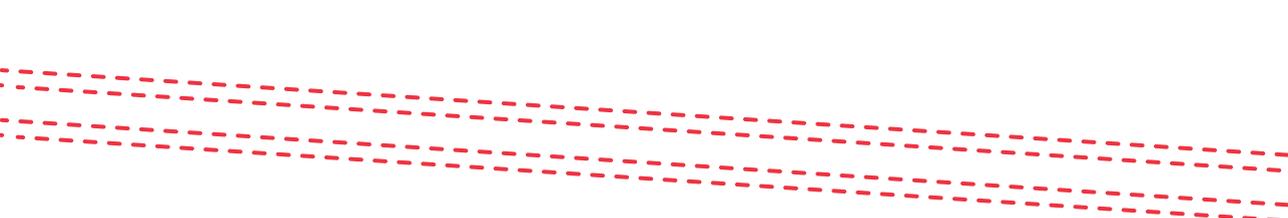
- Trabajo: planes de empleo, asesoramiento
- Cultura: gestión de entradas para las salidas comunitarias, docentes para talleres.
- Educación: El Centro es sede de cursos de formación profesional con título oficial validado por ese Ministerio.

A **nivel nacional** con los Ministerios de Desarrollo Social, Salud, Justicia y DDHH, Cultura, Trabajo, INADI, a través de diferentes pro-

gramas conveniados desde la creación del Centro.

Con la **sociedad civil**, con ONGs como CELS, CISP, APUSSAM, Movida de Locos y ADESAM, se han articulado, en diferentes momentos, acciones a través de proyectos de difusión, reconocimiento y restitución de derechos.

En relación a las **redes dentro del sector salud**, existe una articulación con distintos sectores del Hospital Esteves -del cual depende el Centro-, con las Unidades Sanitarias del Municipio de Lomas de Zamora y con otros otros Hospitales Provinciales de la Región.

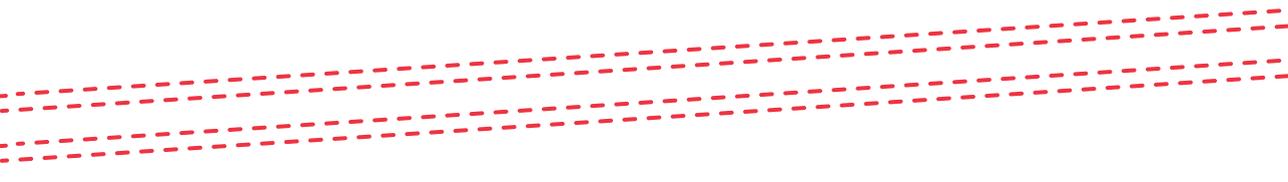


ALGUNAS EXPERIENCIAS DE TRABAJO INTERDISCIPLINARIO, INTERSECTORIAL E INTERJURISDICCIONAL

EL PROGRAMA PROMOVER

Como ejemplo de una acción intersectorial podemos nombrar al **Programa Promover**, creado por el Ministerio de Trabajo de la Nación, aplicado en las distintas jurisdicciones a través de organismos dependientes de otros sectores. Se trata de un programa de inclusión laboral de personas con discapacidad en actividades de fortalecimiento de competencias laborales. A nivel territorial, se ejecuta a través de las filiales de la Gerencia de Empleo del Ministerio de Trabajo de la Nación que realizan el asesoramiento para llevar a cabo distintos proyectos en experiencias formativas y de entrenamiento laboral dentro de otros sectores del Estado y Organizaciones de la Sociedad Civil. De este modo, con características particulares de cada espacio de implementación, se trabaja articuladamente entre distintos sectores, brindando acompañamiento y apo-

yos necesarios para la inserción laboral de personas con padecimiento. Las beneficiarias realizan sus prácticas laborales en escuelas, centros culturales y hospitales. Este programa es un ejemplo de interjurisdiccionalidad, en el que se realizan acciones articuladas de Nación, Provincia y Municipio.



—

ABORDAJE DE LA URGENCIA EN SALUD MENTAL

CAPITULO 4

Urgencia en salud mental es “toda situación transitoria que irrumpe y altera las funciones psíquicas, el desempeño habitual y que supone un alto nivel de padecimiento, de tal manera que la persona, el entorno y/o el personal sanitario, consideran que requiere atención inmediata. Implica una crisis que puede tener causas orgánicas, psíquicas y/o sociales y constituye una ruptura del equilibrio vital.

La urgencia es un emergente del estado de malestar. No es un acontecimiento aislado sino parte del proceso de salud-enfermedad, en el que la persona debe ser asistida de manera integral (bio-psico-social) en el ámbito socio-sanitario y requiere de un seguimiento para evitar la recurrencia.”¹

El equipo profesional deberá evaluar en cada caso qué factores intervienen en el desencadenamiento de la situación de crisis, y si la persona afectada visualiza o no alguna red a la cual recurrir, asociándose a ella en la búsqueda de caminos y recursos alternativos a los que la persona haya utilizado previamente.

Tan variables como los factores que intervienen en la situación pueden ser las medidas a adoptar frente a la crisis: espacio terapéutico, asistencia social, acompañamiento terapéutico, la evaluación clínica de la necesidad de tratamiento farmacológico, son sólo algunos de los recursos que los profesionales pueden ofrecer. Siempre que sea posible, la situación crítica impone trabajar en

1 Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2013) *Líneamientos para la atención de la urgencia en Salud Mental*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

conjunto con los familiares y/o con otros miembros del entorno de la persona con padecimiento para descubrir opciones y fortalecer la red de contención.

La Ley Nacional de Salud Mental indica que “la prescripción de medicación, (o de cualquier otra medida terapéutica, según el Decreto Reglamentario), 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” (Art. 12 LEY NACIONAL N° 26657). De aquí se deduce **que la primer opción terapéutica debe ser el acompañamiento y los cuidados especiales en función de las circunstancias.**

La Ley Nacional de Salud Mental dispone además (art. 12) que **la indicación y renovación de prescripción de medicamentos u otras medidas terapéuticas sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática.** Esta evaluación profesional periódica permitirá adaptar el tratamiento propuesto a la situación, intentando distintas alternativas terapéuticas y minimizando la irrupción de situaciones de crisis no previstas.

¿Qué pasa cuando una persona está en situación de riesgo pero no quiere hacer tratamiento?

Hasta la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental bastaba con una orden judicial para que una persona fuera internada de forma involuntaria. En la actualidad, para

que esto suceda debe ser evaluada por el equipo interdisciplinario del servicio que realizaría la internación.

El Código Civil y Comercial de la Nación vigente desde 2015 establece en el artículo 42 que “La autoridad pública puede disponer el traslado de una persona cuyo estado no admita dilaciones y se encuentre en riesgo cierto e inminente de daño para sí o para terceros, a un centro de salud para su evaluación. En este caso, si fuese admitida la internación, debe cumplirse con los plazos y modalidades establecidos en la legislación especial. Las fuerzas de seguridad y servicios públicos de salud deben prestar auxilio inmediato”.

La Ley Nacional de Salud Mental no prohíbe internar

Entre los “mitos y leyendas” que circulan en relación a lo que ha resultado ser una lenta y difícil implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, se encuentra la idea de que “la ley no permite internar”. Creemos necesario copiar aquí los textos de la Ley y el decreto reglamentario para despejar estos equívocos, ya que, por el contrario, **la ley contempla dos tipos de internaciones, bajo determinadas circunstancias.**

INTERNACIONES VOLUNTARIAS: La persona presta consentimiento para la internación y podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la misma, salvo que el equipo tratante considere que existe riesgo cierto o inminente para sí o para terceros.

INTERNACIONES INVOLUNTARIAS: Cuando la persona no presta consentimiento para la internación.

Únicamente pueden llevarse adelante ante riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, y bajo estrictas condiciones.

*

MANTENIMIENTO DE VÍNCULOS

Decreto reglamentario ARTÍCULO 14.- Las normas de internación o tratamiento que motiven el aislamiento de las personas con padecimientos mentales, ya sea limitando visitas, llamados, correspondencia o cualquier otro contacto con el exterior, son contrarias al deber de promover el mantenimiento de vínculos.

Las restricciones deben ser excepcionales, debidamente fundadas por el equipo interdisciplinario, y deberán ser informadas al juez competente.

Cuando existan restricciones precisas de carácter terapéutico que recaigan sobre algún familiar o referente afectivo, deberá asegurarse el acompañamiento a través de otras personas teniendo en cuenta la voluntad del interesado. Nunca alcanzarán al abogado defensor, y podrán ser revisadas judicialmente.

->

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 (LEY NACIONAL N° 26657 Art. 14).

En el pasado, la internación podía ser la primera respuesta a la situación de crisis, o a veces incluso la primer opción terapéutica ante la sospecha o confirmación de un determinado diagnóstico psiquiátrico.

La normativa vigente plantea **que 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 (LEY NACIONAL N° 26657 Art 14).

La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios (LEY NACIONAL N° 26657 art. 15). Antes de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, las personas podían pasar decenas de años en situación de internación, dejando de ser un recurso terapéutico ante una situación de crisis para pasar a ser su hábitat. Muchas quedaban viviendo dentro de los hospitales neuropsiquiátricos por no tener otro lugar a dónde ir a vivir, situación que ilegalmente persiste en la actualidad. La Ley Nacional de Salud Mental establece que **en ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáti-**

cas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes (art. 15). En el capítulo 5 ampliaremos el tema de los dispositivos necesarios para la externación sustentable.

También dispone en su artículo 28 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 de Actos Discriminatorios N° 23.592. En este punto cumple con lo proclamado en la Declaración de Caracas, tal como fue estudiado en el capítulo 1.

A continuación estudiaremos las condiciones que deben cumplir cada uno de los tipos de internaciones.

Condiciones generales que deben cumplir todas las internaciones (voluntarias e involuntarias)

Toda disposición de internación, dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas, debe cumplir, según el artículo 16 de la Ley Nacional de Salud Mental, 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.

<-

Las restricciones referidas no son en desmedro de la obligación de la institución de brindar información, incorporar a la familia y referentes afectivos a las instancias terapéuticas e informar sobre las prestaciones que brinda, facilitando el acceso al conocimiento de las instalaciones e insumos que se le ofrecen a la persona.

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

No será admitida la utilización de salas de aislamiento.

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

b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar².

c) Consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda³.

Condiciones de las internaciones involuntarias

*

RIESGO CIERTO E INMINENTE

Aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros.

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

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

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. (LEY NACIONAL N° 26657 Art. 20)

El Decreto Reglamentario 603/13 de la ley 26657 define como riesgo cierto e inminente* a “aquella contingen-

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

3 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. (LNSM Art. 16)

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

En el caso de personas con discapacidad, pueden utilizarse medios y tecnologías especiales para la comunicación (por ejemplo, el lenguaje de señas para personas con discapacidad auditiva, o el lenguaje simple y concreto para personas con discapacidad intelectual). Si el consentimiento informado ha sido brindado utilizando estos medios y tecnologías especiales, deberá dejarse constancia fehaciente de ello en la historia clínica del paciente, aclarando cuáles han sido los utilizados para darse a entender. (DR Art. 10)

cia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros.

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

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

La internación involuntaria:

- debe estar fundada en una evaluación de un equipo interdisciplinario⁴ que señale los motivos que la justifiquen y la ausencia de una alternativa eficaz menos restrictiva de su libertad;
- debe ser supervisada periódicamente;
- debe garantizarse el debido proceso, el control judicial inmediato y el derecho de defensa mediante asistencia jurídica;
- la sentencia que aprueba la internación debe especificar su finalidad, duración y periodicidad de la revisión.

Toda persona con padecimientos mentales, se encuentre o no internada, goza de los derechos fundamentales y sus extensiones.

4 Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente 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 (LNSM Art. 20)

Aún en el marco de una internación involuntaria, deberá procurarse que la persona participe de las decisiones que se tomen en relación a su tratamiento (DR Art. 20).

El juez sólo puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria cuando, cumplidos los requisitos anteriores, el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla (LEY NACIONAL N° 26657 Art. 21).

¿Cómo se produce el alta de la internación?

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. (LEY NACIONAL N° 26657 Art. 23)

El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria (con la firma del consentimiento informado por parte de la persona) apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente⁵.

Que haya cesado la situación de riesgo cierto e inminente no necesariamente implica que se haya resuelto la situación de crisis.

La importancia del mantenimiento de los vínculos familiares, sociales y laborales durante el tiempo de la internación muestran toda su importancia al momento

⁵ A excepción de las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal (LNSM Art 23).

del alta, y la necesidad de acompañamiento puede estar incrementada respecto de una persona que no está atravesando una situación de crisis.

Algunas veces, aislar a la persona internada de su entorno familiar o social durante la internación por considerarlo “perjudicial” para su situación puede llevar al resultado de una inmediata nueva crisis al momento del alta. Por ese motivo es conveniente trabajar con toda la situación del padeciente durante la internación, para evitar “recaídas” innecesarias. El alta no debe ser competencia de un servicio especial, sino que debe estar en la mente del equipo de guardia y del equipo a cargo del tratamiento desde el momento mismo de la internación.

En el próximo capítulo estudiaremos los requisitos para una externación sustentable.



ALGUNOS EJEMPLOS DE CÓMO SE ABORDÓ LA URGENCIA EN SALUD MENTAL DESDE DISTINTOS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES.

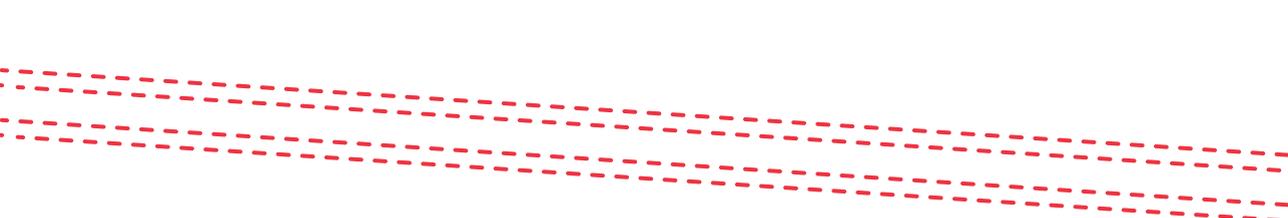
*En un dispositivo en el que las personas transitan por diversos talleres y mantienen entrevistas con un profesional (denominado "referente", el cual busca promover un vínculo a partir del cual acompañar el proceso de recuperación) se utiliza una "Hoja de Ruta", en la cual se registra por escrito la voluntad del usuario en relación al modo de ser ayudado.

Una joven de 22 años relata que en ocasiones de mucho malestar sufre la presencia de ideas intensas que en reiteradas ocasiones culminaron en conductas autolesivas, luego de las cuales en la mayoría de los casos suele recurrir a su red de amistades en forma telefónica.

En el marco de dicho dispositivo, la joven y su referente buscaron en conjunto una estrategia para afron-

tar dichas situaciones de "crisis".

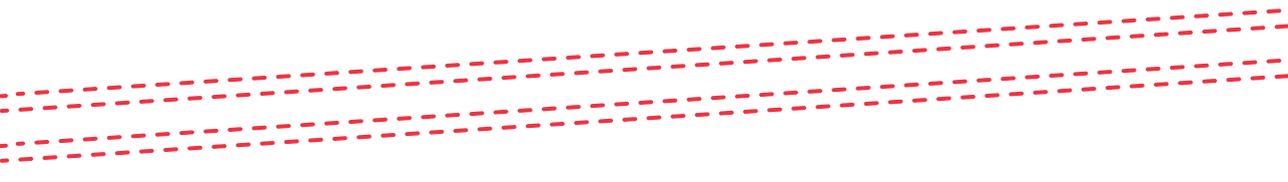
Se conversó con su equipo tratante y se acordó la posibilidad de contactar telefónicamente a su referente y/o a los miembros de dicho equipo ante la situación de intensa carga emocional que ella identifica como la que facilita el camino a producirse heridas. El recurso de estos llamados telefónicos previos a la acción la ayudaron a organizarse y a poder esperar de un modo más aliviado el encuentro con quienes forman parte de su círculo cercano. Durante un año este dispositivo de ayuda planeada anticipadamente ha colaborado para evitar internaciones, que en otros momentos habían tenido lugar recurrentemente como respuesta ante las crisis.



*A. tiene 46 años, migró a la Argentina desde Paraguay junto con su pareja, con quien vive en una villa de emergencia de la Ciudad de Buenos Aires. Allí nació su tercer hijo. Mantiene poco contacto con dos hijos mayores que viven en su país natal. A los 19 años tuvo su primera internación en Paraguay, a la que siguieron otras que siempre ocurrieron contra de su voluntad.

Vive en situación de vulnerabilidad social, con escasos y dificultosos vínculos, en pareja con un hombre con discapacidad física inhabilitado para trabajar. Ella sostiene a su familia, realiza actividades de limpieza en un comedor comunitario de su barrio a cambio de bolsones de comida. En este contexto presentó una descompensación psiquiátrica, abandonando su tratamiento ambulatorio en Salud Mental. Su hijo

fue trasladado a un hogar para niños durante algunos meses, y ella fue internada en el Servicio de Salud Mental de un hospital general de la C.A.B.A. Finalizada la crisis, continuó su tratamiento ambulatorio en dicho servicio, produciéndose un cambio profundo en el modo de asistirla. Comenzó a abordarse el caso de A. de forma integral, considerando no solamente su situación personal sino también la de su familia en términos médicos, psicológicos, sociales y culturales. Cobró importancia el trabajo de articulación intersectorial promovido desde el equipo con las instituciones con las cuales ella se vinculaba –la parroquia del barrio, el comedor comunitario, el hospital, el centro de salud y la defensoría de menores-. De esta manera, A. pudo sostener un tratamiento para ella y encontró acompañamiento para





ALGUNOS EJEMPLOS DE CÓMO SE ABORDÓ LA URGENCIA EN SALUD MENTAL DESDE DISTINTOS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES.

poder hacerse cargo de la crianza de su hijo, cumpliendo tanto con la escolaridad como con los controles pediátricos.

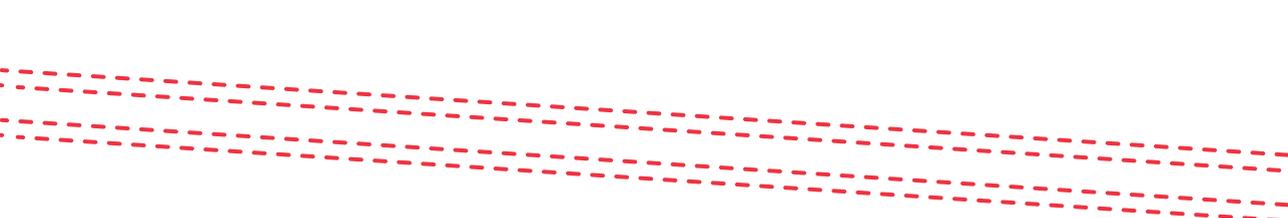
En el mes de enero de este año, la pareja de A. falleció producto de una enfermedad crónica. Ella comenzó a mostrar signos de desestabilización desde el punto de vista psiquiátrico. Gracias al trabajo común entre las instituciones ya mencionadas y la red conformada -que incluyó a la familia de su pareja-, esta vez pudo evitarse la internación de A.

*M. tiene 52 años, asiste al Hospital de Día hace 5 años. Había estado alejado de su casa y su lugar de origen durante 42 años de internación, en reformatorios e instituciones neuropsiquiátricas.

El equipo trabaja con él en la construcción y recuperación de lazos, en retomar sus afectos, “su lugar de pertenencia”. Se comienza por el vínculo con dos hermanos y luego con su hermana, que lo acepta en su casa, constituyéndose en referente para el equipo y en vínculo vital para él.

Logra tejer una red de relaciones saludables, trabaja esporádicamente y emprende la construcción de su casa, retoma sus estudios, desea -y hace por tener- una vida autónoma.

En medio de este proceso la hermana de M. fallece y a los pocos meses

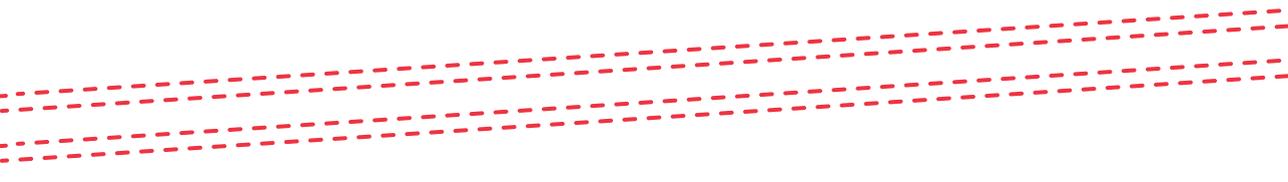


también otro hermano. Estas pérdidas lo desestabilizan, comienza a perder el interés por los espacios conquistados (red de amigos, escuela, trabajo, hospital de día, terapia individual, comedor del barrio) y discontinúa el tratamiento farmacológico.

Desde el equipo se refuerza la cercanía y el espacio que le permita poner en palabras el dolor actual que reactualiza pérdidas anteriores devastadoras (madre, hermanas e hijo). Comienza a manifestar el deseo de volver con la “única familia” que le queda: “los compañeros del neuropsiquiátrico”, donde imagina lograr una estabilidad hoy perdida.

Una acción coordinada entre los equipos intervinientes del Hospital de Día y de la escuela, del comedor, su terapeuta, el grupo de

pares y familiares (cuñado y sobrinos), reafirma ante M. sus logros, los vínculos entablados, el lugar específico ganado en cada espacio donde es esperado y reconocido. Este refuerzo de la articulación de los recursos existentes ayuda a que él comience a dejar de lado la idea de la internación, a visualizar los logros de autonomía y los derechos conquistados desde el momento en que recuperó su vida en la comunidad.



—

LA RECUPERACIÓN Y LA AUTONOMÍA PERSONAL COMO HORIZONTE DE LA CLÍNICA EN EL PADECIMIENTO SUBJETIVO GRAVE

CAPITULO 5

De acuerdo con la Ley Nacional de Salud Mental, los cuidados necesarios para las personas con padecimiento subjetivo grave, deben ser sostenidos en dispositivos con base en la comunidad, terminando con la segregación que durante siglos viene siendo la respuesta social a estas personas. El paradigma en que se basa la Ley se encuadra en la Salud Mental Comunitaria, con enfoque en Derechos, e implica el desarrollo de una clínica ampliada capaz de responder a la complejidad de la problemática en salud mental en general y particularmente en lo que hace al sufrimiento mental grave. Esto es imprescindible para sostener el cuidado de las personas a quienes el padecimiento mental y la internación prolongada han privado de las redes familiares y comunitarias que pudieran sostener su recuperación e inclusión en la comunidad como sujetos de pleno derecho.

La Clínica Ampliada como modelo para la Externación Sustentable

El desafío y la tarea planteada en ese sentido a los equipos de Salud, confluyen en el intento de lograr una externación sustentable para estas personas, y para ello es necesario desarrollar un modelo de trabajo orientado en la propuesta de una **clínica de la complejidad o clínica ampliada** (según el modelo desarrollado por Gastao De Sousa Campos¹). Esto implica incluir en el tratamiento las demandas y problemas propios de la vida cotidiana, y que van más allá de lo que tradicionalmente se entiende como “tratamiento” del padecimiento mental: lo que

1 De Sousa Campos Wagner, G. (2001) *Gestión en salud. En defensa de la vida*, Buenos Aires: Lugar editorial.

CLÍNICA
AMPLIADA:**

Incluir en el tratamiento las demandas y problemas propios de la vida cotidiana.

Las intervenciones son orientadas por el cuadro de situación

No se reduce al tradicional "tratamiento" del padecimiento mental, ni a la descripción e incidencia de la enfermedad.

Asistencia que nace de una evaluación precisa de necesidades, discapacidades y capacidades presentes y a desarrollar.

Tiende al logro de la mayor autonomía y el mayor autovalimiento posible para cada sujeto en el curso de su vida, con los apoyos necesarios.

Abordajes estrictamente singulares

Se evitan tanto la falta de apoyos necesarios como la sobreasistencia o sobreprotección.

orienta toda intervención debe ser el cuadro de situación que atraviesa ese sujeto y no solamente la descripción e incidencia de su enfermedad. Así se trate de la asesoría legal o del apoyo para afrontar la vida cotidiana, desde las tareas más simples hasta las más complejas, esa asistencia que nace de una evaluación precisa de necesidades, discapacidades y capacidades presentes y a desarrollar, deberá tender incesantemente al logro de la mayor autonomía y el mayor autovalimiento a los que sea posible arribar para cada sujeto en el curso de su vida, con los apoyos necesarios para ello.

El abordaje de la complejidad requiere de equipos interdisciplinarios, cuyas tareas trasciendan lo estrictamente clínico individual para dar lugar a la inclusión de las condiciones en que se desarrollan las vidas de los sujetos tratados. Justamente por tomar en cuenta esas condiciones en cada consideración, evaluación e intervención, resultan **abordajes estrictamente singulares** entendiendo las diferentes necesidades de soporte y acompañamiento en cada momento. Estas diferencias deben ser consideradas por el equipo, **evitando tanto la falta de apoyos necesarios como la sobreasistencia o sobreprotección, ambas invalidantes en el proceso de recuperación² de cada sujeto.**

En ese sentido, para trabajar junto a las personas con padecimiento mental, en la perspectiva de la recuperación y la progresiva autonomía como horizonte que orienta

² Para ampliar en el concepto de Recuperación sugerimos consultar: Agrest, M & Druetta, I. (2011). *El concepto de Recuperación: la importancia de la perspectiva y la participación de los usuarios*. Vertex Rev. Arg. de Psiquiat. Vol. XXII: 56 - 64. Disponible en: <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex95.pdf>

las prácticas, **el acceso al piso de derechos que marca la Ley debe ser la base de las mismas**. Esto contribuirá a que las prácticas no operen consolidando dependencia y aislamiento, discapacidades y cronicidades³.

Diversas experiencias locales y de otras partes del mundo muestran lo factible del proceso de recuperación de grados de autonomía, cuando está en el horizonte que orienta el accionar clínico. Evocamos uno de los lemas fundantes del movimiento antimanicomial italiano, “**la libertad es terapéutica**”. No creemos que constituya una receta del bien hacer en la clínica, pero sí un pensamiento necesariamente presente para trabajar en la perspectiva de los derechos en Salud/Salud Mental.

“
**LA LIBERTAD ES
TERAPÉUTICA**
”

Trabajar hacia la autonomía creciente implica una corresponsabilidad a ser construída entre el equipo tratante y cada usuario, protagonista necesario e insustituible. En este sentido recordamos otro lema, nacido del movimiento de las personas con discapacidad que fue impulsor de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, y dice: “**Nada sobre nosotros sin nosotros**”. Tampoco es receta, es guía para el camino de la plena implementación de derechos que consagran las leyes de nuestro país.

“
**NADA SOBRE
NOSOTROS SIN
NOSOTROS**
”

3 Amendolaro, R. (2012) *¿Existe la cronicidad? Revisión desde la perspectiva de Derechos Humanos*. Extracto de la ponencia presentada en el simposio nacional “Del padecimiento a la agencia social en salud colectiva- Personas que viven con enfermedades crónicas y vida cotidiana”. Buenos Aires, Página 12.

La ayuda entre pares

La progresiva instalación del modelo social de la discapacidad en las prácticas de los efectores de Salud/Salud Mental, implicará un cambio de prácticas profesionales orientado por el respeto de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad que establece la normativa vigente.

Como parte del sistema de apoyo, en relación al acompañamiento en el camino de la autonomía, uno de los recursos existentes y necesarios de ser valorados entre las condiciones que favorecen la implementación de la Ley, es la **ayuda mutua entre quienes padecen o han padecido gravemente**. Esto implica el genuino deseo de ayudar a sus pares que experimentan muchas personas en esa condición. El reconocimiento social de su capacidad de ayudar con recursos propios de la experiencia vivida, necesariamente comienza por los profesionales del campo de la Salud Mental y su transmisión a las familias y a la comunidad. Es en ese sentido que la ayuda entre pares, integrada en la tarea de los equipos de Salud, hoy puede ser parte del diseño de los nuevos dispositivos necesarios de ser creados a partir del cuerpo jurídico vigente y su reglamentación, siendo que se trata de una legislación que promueve y propicia la participación de usuarios y familiares como sujetos de la transformación.

Eduardo Basz en su texto “**Dignidad del riesgo- La autonomía del usuario**” plantea que “se trata de crear sólidos modelos alternativos para una respuesta social a las personas que vivencian locura, problemas de salud mental y trauma. Estos modelos hacen hincapié en la experiencia en primera persona, honrando pensamientos y sentimientos,

*

AYUDA ENTRE PARES:

Nace del deseo de ayudar a otras personas que padecen, por parte de aquellos que padecen o han padecido gravemente.

Implica el reconocimiento social de su capacidad de ayudar con recursos propios de la experiencia vivida.

cumpliendo con necesidades prácticas, tomando el tiempo suficiente para la solución o la curación y **creyendo en la capacidad de cada persona de transformar su vida**⁴.

La externación sustentable desde la perspectiva de una clínica ampliada

La noción de sustentabilidad o sostenibilidad tiene que ver con que algo se pueda mantener en el tiempo sin agotar los recursos disponibles. Hablar de externación sustentable no significa que una persona externada bajo este modelo no vaya a sufrir una nueva crisis en algún momento de su vida. Pero está comprobado que el índice de reinternaciones de las personas externadas contemplando los apoyos, recursos o tratamientos necesarios es mucho menor que el de aquellas personas externadas sin los mismos⁵. Un ejemplo de ello es el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (P.R.E.A.) del Hospital Esteves en Temperley, provincia de Buenos Aires⁶.

Por este motivo, estudiaremos a continuación los 3 ejes de trabajo para lograr una externación sustentable: Recursos habitacionales, económicos y asistenciales.

* EJES DE TRABAJO PARA UNA EXTERNACIÓN SUSTENTABLE

Recursos habitacionales- Vivienda

Recursos económicos - ingresos por pensiones, subsidios, remuneración por trabajo-

Recursos asistenciales- tratamiento, continuidad de cuidados

4 Basz, E. (2011) *Dignidad del riesgo, la autonomía del usuario* en Panorámicas de Salud Mental, a un año de la sanción de la Ley N°26657. Buenos Aires: EUDEBA

5 Para más información sobre externaciones sustentables puede consultarse: Asociación Civil Centro de Estudios Legales y Sociales (2015). Cruzar el muro: *Desafíos y propuestas para la externación del manicomio*. Buenos Aires: CELS. Disponible en: http://www.cels.org.ar/especiales/cruzarelmuro/wp-content/uploads/sites/2/2015/12/Cruzar_el_muro_Web.pdf

6 Para más información sobre el P.R.E.A. y otros dispositivos que cumplen con la normativa vigente, ver: Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos- compilador (2015) *Prácticas Inclusivas en Salud Mental y Adicciones con enfoque de Derechos Humanos*. Buenos Aires: Inadi. Disponible en: <http://adesam.org.ar/materiales/>

Recursos habitacionales: Vivienda

Uno de los ejes a abordar para lograr una externación es el referido al acceso a una vivienda digna. Cuando la persona no está en condiciones de acceder a la misma por sus propios medios es el Estado el que debe garantizar ese derecho, tal como queda explicitado en el plexo jurídico que en nuestro país forman básicamente la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Ley Nacional de Salud Mental.

Considerando que una de las situaciones desubjetivantes que afectan recurrentemente a las personas que sufrieron internaciones prolongadas es la pérdida de la vivienda, **tener lugar donde vivir queda claramente en el campo de lo que la clínica ampliada deberá abordar**. La pérdida suele producirse como consecuencia de algún momento crítico dentro del proceso de la enfermedad que condujo a una internación, a lo cual se agrega la indebida prolongación de la misma por falta de dispositivos que permitan la continuidad de cuidados cuando deja de justificarse aquel recurso. El anterior Código Civil, vigente hasta 2015, contribuyó a la pérdida de la disposición sobre sus bienes de las personas internadas por motivos de Salud Mental, como vimos en el capítulo 2.

En ese sentido, la diversidad de situaciones es vasta entre los actuales habitantes de los grandes hospitales psiquiátricos, tanto desde el punto de vista del acceso material a la vivienda – propia, alquilada o provista por el Estado- como desde el grado de autonomía y autovaleamiento de las personas en condiciones de recuperar su vida en la comunidad.

Las situaciones de **viviendas propias** que han estado cerradas, cedidas a familiares o usurpadas a partir de la internación, son parte de las historias que se repiten y multiplican a lo largo y ancho del país. La recuperación de este patrimonio concierne desde sus consecuencias clínicas a los equipos asistenciales y compromete especialmente desde las acciones a realizar a quienes deben velar por la recuperación de la capacidad jurídica (Ministerio Público de la Defensa, jueces, familiares responsables). De estos procesos, que son arduos, hay diversas experiencias exitosas que demuestran que basándose en la normativa actualmente vigente son posibles y sumamente dignificantes.

Para quienes no cuentan con ese recurso existen **diversas modalidades de vivienda asistida** como recurso probado en nuestro país y en el mundo, con diferentes grados, tanto de financiamiento estatal como de presencia del equipo asistencial-comunitario en la vida cotidiana de los grupos convivenciales.

También hay personas que después de largas internaciones, ya estando estabilizadas, conservan la capacidad de **vivir solas** y la posibilidad económica de hacerlo: alquilan su casa, eligen con quienes vivir. En un plano asistencial estas personas pueden seguir necesitando continuidad de cuidados, realizando tratamiento y actividades orientadas a su recuperación.

Recursos económicos - Ingresos

Todas las personas que pasan a vivir en la comunidad después de internaciones que incrementaron su aisla-

miento y dependencia, y por tanto su cronificación, necesitan tener asegurados **ingresos económicos que les permitan llevar adelante la vida.**

Estos pueden provenir de diversas fuentes, tanto de la respuesta estatal a las desventajas causadas por el padecimiento en forma de pensiones y subsidios, como de inserciones laborales más o menos subsidiadas o protegidas.

*

ESTIGMA

El estigma y la discriminación operan en los sujetos, las familias, las comunidades, las instituciones y los medios, y en las políticas y prácticas del gobierno.

La estigmatización es un proceso y las características a las que se fija el estigma pueden ser arbitrarias. Dentro de una cultura, ciertos atributos son tomados y definidos por otros como deshonrosos o indignos. La estigmatización describe un proceso de subvaloración.

El estigma es perjudicial en sí mismo porque puede originar sentimientos de vergüenza, culpa y aislamiento.

->

Algunos ejemplos de **pensiones y subsidios** que provienen de distintas jurisdicciones y sectores estatales, son las pensiones no contributivas por discapacidad (PNC), el Subsidio por externación (ley 10315), el recientemente creado SUPEBA (Subprograma de Externación de Salud Mental Bonaerense Asistida)⁷, la Tarjeta de alimentos, los Subsidios para la vivienda (PAMI), el Pase de transporte (local, provincial y nacional), becas para estudio en la universidad (Universidad Nacional de Luján), etc.

En cuanto a los **ingresos producidos por trabajo**, las diversas modalidades tienen en común un componente fundamental en lo que hace al camino de la recuperación personal: el acceso al derecho al trabajo, donde se hace efectiva la experiencia personal de sostener económicamente la propia vida, ya sea total o parcialmente. Las vías de acceso al trabajo también varían, sumando a los empleos promovidos desde el Estado, los gestionados a través de ONGs (cooperativas, fundaciones, etc) y los que son logrados de modo personal. **En todos estos modos**

7 Ver Resolución de los Ministerios de Salud y Desarrollo Social en el Boletín Oficial de la Provincia de Buenos Aires del 13/12/16.

de inclusión socio laboral es imprescindible el acompañamiento de los equipos como parte del sistema de apoyos.

Algunos ejemplos de modos de acceder a ingresos laborales por trabajo:

La Ley Nacional N° 25.689, conocida como “Ley de cupo”, establece en su artículo 8 que “El Estado nacional —entendiéndose por tal los tres poderes que lo constituyen, sus organismos descentralizados o autárquicos, los entes públicos no estatales, las empresas del Estado y las empresas privadas concesionarias de servicios públicos— están obligados a ocupar personas con discapacidad que reúnan condiciones de idoneidad para el cargo en una proporción no inferior al cuatro por ciento (4%) de la totalidad de su personal y a establecer reservas de puestos de trabajo a ser exclusivamente ocupados por ellas”. Para que esta ley se cumpla, requiere de políticas de difusión orientadas a la sensibilización - concientización de los empleadores por medio de recursos varios (videos, imágenes, etc.) El estigma* que pesa sobre las personas con discapacidad psicosocial produce mayor reticencia a incluirlos en puestos de trabajo que a personas con otro tipo de discapacidad.

Plan Joven: becas de capacitación y empleo para personas entre 16 y 25 años. No es requisito contar con el certificado de discapacidad.

Microemprendimientos, empresas sociales, cooperativas, talleres protegidos, que brindan servicios o producen y comercializan diversos productos.

<-

Se les atribuye la dificultad para relacionarse y la incapacidad de manejar su vida, todo ello originado por la creencia de incurabilidad y a un grado variable de atribución de responsabilidad y culpa por lo que les sucede. Esto tiene como efecto que el trabajo de recuperación de las personas con padecimiento mental grave para ser un ciudadano de pleno derecho, se ve obstaculizado y en ocasiones impedido.

Este prejuicio social determina y amplifica la dificultad de integración social y laboral de estas personas.

Aprendiendo de las dificultades conocidas y pensando hacia el futuro, para asegurar este derecho, es importante señalar la necesidad de **que las empresas sociales sean sostenidas por una política de estado intersectorial que permita la formación y continuidad de los equipos integrados por operadores y usuarios**. Esto implica también subsanar los obstáculos en la legislación fiscal para la inscripción de las empresas sociales.

Es importante que en el Estado se unifiquen criterios sobre el acceso a estos derechos (por ejemplo la revisión de las incompatibilidades entre pensiones, subsidios y programas de empleo). Esto debe estar acompañado por políticas de difusión que permitan su conocimiento por parte de los equipos, los usuarios y sus familiares.

Recursos asistenciales: tratamiento y continuidad de cuidados

Tal como lo plantea la Ley Nacional de Salud Mental, la salud mental es un proceso complejo al que concurren múltiples factores. Su abordaje requiere de un enfoque interdisciplinario, que involucre una diversidad de actores, y debe orientarse atendiendo a la singularidad de cada sujeto y de cada situación. Estos lineamientos sólo pueden sostenerse en un trabajo de equipo en el cual los diferentes saberes e incumbencias se combinen en la construcción de estrategias terapéuticas y permitan desplegar en cada caso acciones que se complementen. **Los enfoques propios de la “Clínica Ampliada”, atendiendo a la complejidad del campo de la salud, no suelen estar presentes en la forma-**

ción de grado de los trabajadores de las distintas disciplinas y esto necesita ser subsanado a través de los cambios planteados en las currículas de grado y en la capacitación en servicio.

Tanto la continuidad de cuidados como el tratamiento y la asistencia especial en situaciones críticas deberá ser llevado adelante por equipos que desarrollen su accionar en dispositivos de base comunitaria y en hospitales generales.

En la proyección a la futura sustitución de los hospitales monovalentes en Salud Mental, transcribimos un párrafo de las conclusiones de la Jornada de Implementación de la Ley Nacional de Salud Mental realizada por trabajadores y autoridades de diversos dispositivos locales y provinciales de la Región Sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires en noviembre de 2016:

“Tanto la insuficiencia de herramientas necesarias para el autovalimiento que requieran dispositivos de sostén, como la incidencia de padecimientos que requieran atención psicofarmacológica o psicológica, deberán ser enfocados como problemáticas de sujetos que están inmersos en lazos sociales, culturales, familiares o laborales que constituyen su historia personal, y orientados a la máxima recuperación y ampliación de su capacidad de autonomía. Proceso que requiere crear condiciones para la emergencia del deseo en cada uno, motor de un trayecto que será siempre personal y estará siempre vinculado a otros.

Es desde ese punto de vista que se afirma que toda persona internada puede iniciar un camino de ampliación de su capacidad de autonomía y autovalimiento que, salvo en

situaciones de dependencia extrema, incluye la posibilidad de su externación.

El trabajo en red será condición necesaria, así como el diseño de estructuras de sostén que contemplen situaciones muy diferentes. Entre ellas, se menciona el abordaje de las vicisitudes de la problemática convivencial, el apuntalamiento en aspectos de autovalimiento insuficiente, el trabajo con la comunidad en situaciones de alteración del espacio público, la necesidad de trabajar con actores del sistema de salud y otros agentes no directamente comprometidos en este enfoque (hospitales generales, policía, cultura, desarrollo social, educación, trabajo, etc.).”

Derechos de las personas con padecimiento mental

(Artículo 7º Ley 26657)

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.

Derechos de las personas con padecimiento mental

- 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.

Obligación de los trabajadores de informar tratos indignos o inhumanos (Artículo 29 Ley 26657)

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.

ÓRGANO DE REVISIÓN

NACIONAL:

0800-333-6776

(011) 4342-5916

(011) 4342-5848

De Lunes a Viernes de 9 a 16 hs.

ÓRGANO DE REVISIÓN

DE LA PROVINCIA DE

BUENOS AIRES:

0221-4679992 ó

Pedir con Órgano de Revisión de Salud Mental al:

0800-222-5262

Calle 54 N° 932 entre 13 y 14 de la Ciudad de La Plata.

De lunes a viernes, de 8:00 a 18:00 hs

organoderevisionlocalba@hotmail.com

<http://www.defensorba.org.ar/Organo/>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agrest, M & Druetta, I. (2011). *El concepto de Recuperación: la importancia de la perspectiva y la participación de los usuarios*. Vertex Rev. Arg. de Psiquiat. Vol. XXII: 56 - 64. Disponible en: <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex95.pdf>
- Amarante, P. (2009) *Superar el manicomio*. Buenos Aires: Topía editorial.
- Amendolaro, R. (2012) *¿Existe la cronicidad? Revisión desde la perspectiva de Derechos Humanos*. Extracto de la ponencia presentada en el simposio nacional "Del padecimiento a la agencia social en salud colectiva- Personas que viven con enfermedades crónicas y vida cotidiana". Buenos Aires, Página 12.
- Asociación Civil Centro de Estudios Legales y Sociales (2015). *Cruzar el muro. Desafíos y propuestas para la externación del manicomio*. Buenos Aires: CELS. Disponible en: http://www.cels.org.ar/especiales/cruzarelmuro/wp-content/uploads/sites/2/2015/12/Cruzar_el_muro_Web.pdf
- Asociación Civil Centro de Estudios Legales y Sociales (2008) *Vidas Arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Buenos Aires: Siglo XXI editores. Disponible en: http://www.cels.org.ar/common/documentos/mdri_cels.pdf
- Augsburger, A.C (2002). *De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en Salud Mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave*. Cuadernos Médico Sociales 81: 61-75.
- Augsburger, A.C.(2004) *La inclusión del sufrimiento psíquico: Un desafío para la epidemiología*. Psicología & Sociedade 16 (2): 71-80.
- Basz, E. (2011) *Dignidad del riesgo, la autonomía del usuario en Panorámicas de Salud Mental*, a un año de la sanción de la Ley N°26657. Buenos Aires: EUDEBA
- Código Civil y Comercial de la Nación, Boletín Oficial de la República Argentina, 1 de octubre de 2014.
- Cohen, H. & Natella, G. (2013) *La Desmanicomialización: Crónica de la Reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Declaración de Caracas: Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. 14 de noviembre de 1990.
- De Sousa Campos Wagner, G. (2001) *Gestión en salud. En defensa de la vida*, Buenos Aires: Lugar editorial.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2013) *Lineamientos para la atención de la urgencia en Salud Mental*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Galante A., Rossi D., Goltzman P., Pawlowicz M.P. (2009) *Programas de Reducción de Daños en el Escenario Actual. Un cambio de perspectiva*. Escenarios. N°14:113-121. Universidad Nacional de La Plata.
- García, R. (1989). *Dialéctica de la Integración en la Investigación Interdisciplinaria*. Trabajo presentado en las IV jornadas de atención primaria de la salud y I de Medicina Social, Buenos Aires.
- Ley Nacional N° 26378 Aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Boletín Oficial de la República Argentina, 21 de mayo de 2008.
- Ley Nacional N° 26657. Ley Nacional de Salud Mental. Boletín Oficial de la República Argentina, 25 de noviembre de 2010 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013.
- Ley Nacional N° 27044 Jerarquía constitucional. Boletín Oficial de la República Argentina, 19 de noviembre de 2014.
- Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos- compilador (2015) *Prácticas Inclusivas en Salud Mental y Adicciones con enfoque de Derechos Humanos*. Buenos Aires: Inadi. Disponible en: <http://adesam.org.ar/materiales/>
- OEI / UNESCO / OMS (2004) *Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad*. Documento de posición conjunta. Ginebra: OMS
- Palacios, A (2008). *El modelo social de la discapacidad*. Madrid: Grupo Editorial CINCA.
- Pasquale, E. (2000). *Psiquiatría y Salud Mental*. Trieste: Asterios Editore.
- Pierri, C.; Ardila-Gómez, S.; Michalewicz, A. (2014) *Del proceso de Salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización*. Anuario de Investigaciones, XXI: 1. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139994021> ISSN 0329-5885
- Rotelli, F. (2014) *Vivir sin manicomios*. Buenos Aires: TOPIA editorial.
- Sacchi, M; Hausberger, M; Pereyra, A (2007) *Percepción del proceso salud-enfermedad- atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta*. Salud Colectiva 3(3): 271-283
- Sarraceno, B. (1999). *La ciudadanía como forma de tolerancia*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Stolkiner, A. (2005) *Interdisciplina y salud mental*. Trabajo presentado en las IX jornadas nacionales de salud mental y I jornadas provinciales de salud mental. Posadas, Misiones
- Wolkowicz, A (2015). *Capacidad jurídica como derecho humano. Nuevo paradigma. Vinculación con la eficacia de los actos jurídicos en el Código Civil y Comercial de la Nación*, disponible en: <http://www.pensamientocivil.com.ar/system/files/2015/10/Doctrina132.pdf>

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 fue sancionada el 25 de noviembre de 2010, promulgada el 2 de diciembre de 2010, y reglamentada el 28 de mayo de 2013. Siendo una ley de orden público, debe ser cumplida en todas las jurisdicciones del país sin requerir adhesión específica.

Es la expresión del paradigma de Derechos Humanos en Salud Mental. Su objeto es asegurar el derecho a la protección de la Salud Mental de todas las personas y asegurar el pleno goce de los Derechos Humanos de aquellas personas con padecimiento mental que se encuentren en el territorio nacional.

La implementación de la ley requiere de un cambio en la forma de ver, pensar y abordar al padecimiento mental, es decir, de un cambio de paradigma en la concepción de Salud Mental.

El objetivo de este texto es acercar la Ley Nacional de Salud Mental y las implicancias de su implementación a la comunidad; especialmente a quienes integran directamente el campo de la Salud/Salud Mental.