

LEY DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1º - *Objeto*- La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a la salud mental de todas las personas en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Artículo.2º- *Principios*- Se consideran parte integrante de la presente ley los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptados por la Asamblea General de la ONU en su Resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991 incluidos en la normativa nacional vigente en salud mental. La garantía del derecho a la salud mental se sustenta en:

- a) Lo establecido por los artículos 3º y 48, inc. c) de la Ley Básica de Salud N° 153;
- b) El reconocimiento de la salud mental como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación está vinculada a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la capacitación y a un medio ambiente saludable.

La salud mental es inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio-cultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo;

- c) La intersectorialidad y el abordaje interdisciplinario y la perspectiva de derechos y de género en el desarrollo del Sistema de Salud Mental;
- d) La articulación operativa con las instituciones, las organizaciones no gubernamentales, la familia y otros recursos existentes en la comunidad, a fin de multiplicar las acciones de salud y facilitar la resolución de los problemas en el ámbito comunitario;
- e) La internación breve como una modalidad de atención, aplicable solo cuando no sean posibles y/o efectivos los abordajes ambulatorios;
- f) El respeto a la pluralidad de concepciones teóricas reconocidas y aceptadas académicamente en salud mental;
- g) La función del Estado como garante y responsable del derecho a la salud mental individual, familiar, grupal y comunitaria;
- h) La docencia y la investigación en salud mental en todo el Sistema de Salud Mental.

Artículo 3º - *Derechos*- Son derechos básicos y mínimos de todas las personas en su relación con el Sistema de Salud Mental:

- a. Los establecidos por la Constitución Nacional, las Convenciones y Tratados Internacionales, el marco legal nacional vigente en salud y específicamente en salud mental, la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, y la Ley N° 153 en su artículo 4º;
- b. A la identidad, a la pertenencia, a su genealogía y a su historia;
- c. El respeto a la dignidad, singularidad, autonomía y consideración de los vínculos familiares, afectivos y sociales de las personas en proceso de atención;
- d. A no ser identificado ni discriminado, ni estigmatizado por padecer o haber padecido un malestar psíquico;
- e. A ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, incluyendo las alternativas para su atención. En el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representante legal. Todo, conforme el marco normativo internacional, nacional y propio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires vigente sobre consentimiento informado;
- f. A la atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos y sociales;
- g. Al tratamiento personalizado y la atención integral en ambiente apto con resguardo de su intimidad;
- h. A la aplicación de la alternativa terapéutica más conveniente y que menos limite su libertad;
- i. A La rehabilitación y la inclusión familiar, laboral y comunitaria;
- j. A la accesibilidad de familiares u otros, en el acompañamiento de los niños, niñas, adolescentes y adultos mayores internados, salvo que mediare contraindicación profesional debidamente fundada.
- k. A no ser diagnosticado sobre la base exclusiva de: status político, socioeconómico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso, demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona, elección o identidad sexual o la mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.
- l. A no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin consentimiento informado suscripto conforme el marco legal vigente en la materia.

Artículo 4º - *Situación de riesgo cierto e inminente de daño, para sí mismo o para terceros. Significación.* Debe entenderse el concepto de situación de riesgo cierto e inminente de daño, para sí mismo o para terceros, con un criterio situacional, es decir, de estado psíquico que de ninguna manera se limite a un mero “aquí y ahora”, considerando la presencia o no aún de las causas y el devenir de dicho estado. Si bien el riesgo es siempre una posibilidad, deberá entenderse a la certeza como expresión de la convicción del equipo interdisciplinario acerca de la gravedad del mismo surgida de la evaluación clínica.

La inminencia a los fines de decidir una internación involuntaria, no debe interpretarse como sinónimo de un “aquí y ahora”, debiendo comprenderse con el criterio situacional antes expresado.

El daño aludido en este concepto debe abarcar también la eventualidad del daño ya producido de acuerdo a la evaluación del equipo interdisciplinario.

Este criterio también incluye la situación de agravamiento del estado mental de aquellas personas imposibilitadas de consentir al momento de la evaluación, que a consecuencia del rechazo de tratamiento pertinente impidan el acceso al derecho al tratamiento adecuado.

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

Artículo 5º- *Equipo interdisciplinario. Concepto.* Se entiende por equipo interdisciplinario al grupo compuesto 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, musicoterapia y otras disciplinas o campos necesarios según las características de cada dispositivo. El equipo mínimo deberá contar por lo menos con un/a médico/a psiquiatra, un/a psicólogo/a con especialidad en psicología clínica y un/a trabajador/a social. La conformación del equipo dependerá de las características de cada dispositivo.

Cuando ello no sea posible por causas debidamente fundadas, se aplica lo establecido en la reglamentación de la presente ley.

No debe existir entre profesionales y paciente relación conyugal, de parentesco, de amistad o enemistad íntima ni tener intereses o vínculos económicos entre sí.

Artículo 6º- *Consumos problemáticos.* Los consumos problemáticos deben ser abordados como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas que transitan consumo problemático de sustancias, legales e ilegales, juego patológico y

otras conductas adictivas tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley.

CAPÍTULO II

AUTORIDAD DE APLICACIÓN

Artículo 7º -*Autoridad de aplicación*- La autoridad de aplicación de la presente Ley es el nivel jerárquico superior del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en materia de Salud Mental.

Artículo 8º- *Autoridad de aplicación. Funciones*- La autoridad de aplicación conduce, regula y controla el Sistema de Salud Mental.

Son sus funciones:

- a. La formulación, planificación, ejecución y control de las políticas de salud mental y consumos problemáticos en conformidad a los principios y objetivos establecidos en la presente Ley;
- b. La elaboración del Plan de Salud Mental y consumos problemáticos;
- c. La conducción, coordinación y regulación del Sistema de Salud Mental;
- d. La habilitación y control de los establecimientos y servicios de salud mental de los tres subsectores y la evaluación de la calidad de las prestaciones;
- e. La regulación y control del ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud mental, de conformidad con la normativa internacional y local vigente;
- f. El desarrollo de un sistema de información, vigilancia epidemiológica y planificación estratégica como elemento de gestión del Sistema;
- g. La promoción de la capacitación de todo el personal que desarrolle actividades de salud mental en los tres subsectores;
- h. La promoción y articulación de políticas y acciones interjurisdiccionales de salud mental, orientadas a la constitución de una red de servicios de salud mental y consumos problemáticos;
- i. Las acciones que garanticen los derechos relativos a la salud mental de todas las personas;
- j. Convocar al Consejo General de Salud Mental no menos de seis veces al año para el tratamiento de los temas con referencia a sus funciones;
- k. La elaboración anualmente del presupuesto operativo de Salud Mental y consumos problemáticos, a fin de garantizar la estimación y previsión de los fondos

suficientes para: los gastos operativos, la readecuación de los actuales servicios y la construcción e implementación de la estructura inexistente y necesaria.

l. La elaboración de un plan integral y programas de abordaje de las problemáticas de salud mental y consumos problemáticos de acuerdo con lo establecido en la presente ley y en la reglamentación de la misma.

Artículo 9º *-Consejo General de Salud Mental-* La autoridad de aplicación crea y convoca un Consejo General de Salud Mental, de carácter consultivo, no vinculante, honorario, con funciones de asesoramiento, integrado por representantes de:

- a. Trabajadores profesionales y no profesionales del subsector estatal;
- b. Asociaciones de usuarios y familiares;
- c. Asociaciones sindicales con personería gremial;
- d. Instituciones académicas y de formación;
- e. Asociaciones profesionales;
- f. Los Presidentes de las Comisiones de Salud y de Derechos Humanos de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- g. Representantes de los subsectores de seguridad social y privado

La autoridad de aplicación, invitará al Poder Judicial, a las fuerzas de seguridad, a las asociaciones de derechos humanos y a la Universidad de Buenos Aires a integrarse al Consejo General.

Artículo 10º *-Consejo General de Salud Mental. Funciones-* Son funciones del Consejo General de Salud Mental asesorar en:

- a. La propuesta de políticas, programas y actividades de salud mental;
- b. La evaluación y seguimiento del Plan de Salud Mental y consumos problemáticos;
- c. Los lineamientos generales de políticas en articulación con el Consejo General de Salud.

CAPÍTULO III

SISTEMA DE SALUD MENTAL

Artículo 11º *-Sistema de Salud Mental. Integración-* El Sistema de Salud Mental está constituido por los recursos del Sistema de Salud Mental de los subsectores estatal, de seguridad social y privado que se desempeñan en el territorio de la Ciudad, en los términos del Art.11 de la Ley 153.

Artículo 12º-*Denominación*- Se establece para todos los efectores y servicios del Sistema, la denominación uniforme" de Salud Mental".

Artículo 13º -*Sistema de Salud Mental- Lineamientos y acciones*- La autoridad de aplicación debe contemplar los siguientes lineamientos y acciones en la conducción, regulación y organización del Sistema de Salud Mental, basados en la atención primaria de la salud y la continuidad de cuidados.

- a. La promoción de la salud mental de la población a través de la ejecución de políticas orientadas al reforzamiento y restitución de lazos sociales solidarios;
- b. La prevención tendrá como objetivo generar acciones para evitar la emergencia de problemáticas de Salud mental;
- c. La asistencia debe garantizar la mejor calidad y efectividad a través de un sistema de redes;
- d. La potenciación de los recursos orientados al abordaje ambulatorio en la comunidad, sistemas de atención domiciliaria, la inclusión social, la rehabilitación con continuidad de cuidados y seguimiento del paciente, procurando la conservación de los vínculos sociales, familiares y la reinserción laboral.
- e. La asistencia en todos los casos será realizada por profesionales de la salud mental certificados por autoridad competente;
- f. La recuperación del bienestar psíquico y la rehabilitación de las personas asistidas en todos los casos y en especial en los de patologías graves, debiendo tender a recuperar su autonomía, calidad de vida y la plena vigencia de sus derechos;
- g. La inclusión social mediante acciones desarrolladas en conjunto con las áreas de Trabajo, Educación, Vivienda, Promoción Social y aquellas que fuesen necesarias para efectivizar la recuperación y rehabilitación del asistido;
- h. La conformación de equipos interdisciplinarios de acuerdo con las incumbencias específicas;
- i. Los responsables de los establecimientos asistenciales deben tener conocimiento de los recursos terapéuticos disponibles, de las prácticas asistenciales y de los requerimientos de capacitación del personal a su cargo, instrumentando los recursos necesarios para adecuar la formación profesional a las necesidades de los asistidos.

Artículo 14 -*Organización*- El Sistema de Atención de Salud Mental de la Ciudad se organiza e implementa conforme a los principios rectores derivados de las Convenciones Internacionales, la Constitución Nacional, la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, de la Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de la presente Ley.

Artículo 15 – *Lineamientos para los tres subsectores del sistema de salud* - A los efectos de lo dispuesto en el artículo precedente son criterios en la conformación de los tres subsectores del sistema de salud:

- a. La implementación de un modelo de atención que, en consonancia con lo dispuesto por la Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, garantice la participación a través de prácticas comunitarias;
- b. La adecuación de los recursos existentes al momento de la sanción de la presente Ley, a los efectos de desarrollar un modelo de salud mental comunitario y de atención primaria de la salud;
- c. A los efectos de la implementación de lo dispuesto en los artículos 28º y 31º y concordantes de la ley N° 153, se reconoce la especificidad del Sistema de Salud Mental;
- d. Promover la participación de los trabajadores, profesionales y no profesionales, a los efectos de dar cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 48, inciso c), de la Ley N° 153;
- e. La utilización de la historia clínica única, como herramienta del trabajo terapéutico, no pudiendo constituirse en fuente de discriminación;
- f. Los integrantes de los equipos interdisciplinarios delimitan sus intervenciones a sus respectivas incumbencias, asumiendo las responsabilidades que derivan de las mismas;
- g. Las intervenciones de las disciplinas no específicas del campo de la Salud Mental, serán refrendadas por los profesionales cuya función les asigna la responsabilidad de conducir las estrategias terapéuticas;
- h. La actualización y perfeccionamiento del personal, mediante programas de formación permanente y acordes a las necesidades del Sistema;
- i. La implementación de acciones para apoyo del entorno familiar y comunitario;
- j. La coordinación intersectorial e interinstitucional con las áreas y sectores de promoción social, trabajo, vivienda, fuerzas de seguridad, voluntariados, Organizaciones no gubernamentales, educación, Poder Judicial, religiosas/os, organizaciones barriales, universidades, asociaciones científicas y otras;
- k. La centralización de la información registrada en los establecimientos de salud mental;
- l. Los cargos de conducción serán cubiertos de acuerdo a la normativa internacional y de la Ciudad de Buenos Aires vigente para la carrera de profesionales de la salud.

Artículo 16 -*Efectores*- A los efectos de la conformación de la Red de Servicios de Salud Mental y Consumos Problemáticos, se deben respetar las acciones establecidas en los

artículos precedentes, determinándose una adecuación de los efectores actuales a los principios de la atención primaria de la salud y comunitaria e incorporando los recursos necesarios, erradicando toda lógica manicomial.

Los hospitales, clínicas, sanatorios y demás dispositivos existentes deben adaptarse a los objetivos y principios expuestos en la presente ley. Esta adaptación en ningún caso puede significar ni el cierre de los mismos, ni la reducción de personal, como tampoco ninguna merma en los derechos adquiridos de los trabajadores de dichos efectores.

La autoridad de aplicación establecerá un cronograma de acondicionamiento de los dispositivos existentes y de creación de los que cumplan con los lineamientos de toda la legislación vigente.

Artículo 17 -*Apoyos* - Las personas que en el momento de la externación no cuenten con un grupo familiar continente y/o vivienda, tendrán derecho a un dispositivo habitacional, según el nivel de apoyo y por el plazo requerido.

La autoridad de aplicación establecerá diferentes modalidades de atención según los distintos niveles de apoyo que necesiten las personas y conforme lo requieran de acuerdo al grado de su padecimiento mental, a fin de propender el mejoramiento de su calidad de vida e integración social, así como también lograr el máximo nivel de autonomía posible.

Artículo 18 - *Continuidad de cuidados*- Las personas externadas deben contar con un abordaje de continuidad de cuidados que garantice la máxima autonomía posible y la inclusión comunitaria.

CAPÍTULO IV

DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Artículo 19 - Se promueven la docencia y la investigación en el Sistema de Salud Mental orientadas a los principios del marco normativo vigente en Salud Mental.

CAPÍTULO V

REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN

Artículo 20 - La autoridad de aplicación ejerce el poder de regulación, control y fiscalización en el ámbito de su competencia, de acuerdo a lo establecido en los artículos 41º, 42º, 43º y 44º de la Ley N° 153, contemplando la especificidad de la Salud Mental.

CAPÍTULO VI
RÉGIMEN DE INTERNACIONES
PRINCIPIOS GENERALES

Artículo 21 - La internación es una instancia del tratamiento que evalúa y decide el equipo interdisciplinario cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios. Cuando ésta deba llevarse a cabo es prioritaria la pronta recuperación e inclusión de la persona. Se procura la creación y funcionamiento de dispositivos intermedios, según el criterio de la alternativa menos restrictiva de la libertad. Debe favorecerse el mantenimiento de los vínculos, contactos y comunicación de la persona internada, con sus familiares y allegados, con el entorno laboral y social, garantizando su atención integral; salvo indicación contraria y fundada del equipo interdisciplinario.

Artículo 22 - La internación de personas con padecimientos mentales, en establecimientos destinados a tal efecto, se debe ajustar a principios éticos, sociales, científicos y legales, incluidos en el marco normativo vigente a nivel internacional, nacional y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Para ello, se debe establecer la coordinación entre las autoridades sanitarias, judiciales y administrativas incluyendo las de las áreas de vivienda, educación, trabajo, desarrollo social y otras pertinentes según el caso a atender. Sólo puede recurrirse a la internación de un paciente, cuando el tratamiento no pueda efectuarse en forma ambulatoria y previa evaluación y/o dictamen del equipo interdisciplinario u orden judicial para los casos previstos.

Se procurará la creación y funcionamiento de dispositivos intermedios, clínicos y de apoyo, para asegurar la continuidad de cuidados, en base a los principios de la atención primaria de la salud que favorezcan el mantenimiento de los vínculos, contactos y comunicación de la persona internada, con sus familiares y allegados, con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

Artículo 23.- El rechazo de la atención de pacientes, en cualquiera de las diferentes modalidades de atención del Sistema de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, ya sea ambulatorio o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592 “Adóptanse medidas para quienes arbitrariamente impidan el pleno ejercicio de los derechos y garantías fundamentales reconocidos en la Constitución Nacional”, o la que en el futuro la reemplace en la materia.

Artículo 24 – Las internaciones a las que aluden los artículos precedentes se clasifican en:

- a. Voluntaria, si la persona consiente la indicación de la misma, hecha por el equipo interdisciplinario;
- b. Involuntaria, conforme el Capítulo VIII de la presente Ley;
- c. Por orden judicial para los casos previstos.

Artículo 25- *Lazos con la familia y afectos*- 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 referentes 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.

Artículo 26- *Problemáticas Sociales*- En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos y privados competentes.

Cuando una persona estuviese en condiciones de ser externado y existiesen problemáticas sociales que imposibilitaran su efectivización, el equipo interdisciplinario deberá:

- a) Dejar constancia en la historia clínica.
- b) Gestionar ante las áreas que correspondan con carácter urgente la provisión de los recursos correspondientes a efectos de dar solución de acuerdo a lo normado en la presente ley.
- c) Informar a la Autoridad de Aplicación.

Artículo 27– *Visitas, aislamiento y restricciones* – El aislamiento de personas con padecimientos mentales, ya sea limitando visitas, llamados telefónicos, correspondencia o cualquier otro contacto con el exterior, son contrarias al deber de promover el mantenimiento de vínculos. Cualesquiera de estas medidas deben ser excepcionales, debidamente fundadas por el equipo interdisciplinario, y en todos los casos informadas al juez interviniente si lo hubiera.

Cuando existan restricciones de carácter terapéutico sobre algún familiar o referente afectivo, debe asegurarse el acompañamiento a través de otras personas teniendo en cuenta la voluntad del interesado. 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, debiendo facilitar en todos los casos, el acceso al conocimiento de las instalaciones e insumos que se le ofrecen a la persona internada. Las instituciones deberán disponer de telefonía gratuita para uso de estas últimas.

Artículo 28 – *Niños, Niñas y Adolescentes*- En el caso de niños, niñas y adolescentes, se procederá siempre de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de sus derechos y las internaciones serán consideradas como involuntarias.

En las internaciones de niños, niñas y adolescentes se deberá:

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

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

Asimismo, deberá asentarse expresamente la opinión de los padres o representantes legales, según el caso.

Para las internaciones de niños, niñas y adolescentes, el abogado defensor previsto en el artículo 36 de la presente ley, deberá estar preferentemente especializado en los términos del artículo 27 inciso c) de la Ley N° 26.061 “Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes”.

CAPÍTULO VII

INTERNACIÓN VOLUNTARIA

Artículo 29- *Concepto*- Se entiende por internación voluntaria, la que se produce con el consentimiento informado de la persona, conforme el marco normativo internacional y local vigente respecto de dicho consentimiento. Si en el transcurso de la misma se pierde la aptitud para consentir, deberá procederse como si se tratara de una internación involuntaria. La persona internada bajo su consentimiento, podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación.

Deberá contarse con un dictamen de 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 misma, los que deberán ser de un/a médico/a psiquiatra, un/a psicólogo/a especialista en psicología clínica y un/a trabajador/a social.

Artículo 30- *Condiciones*- En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de 60 días corridos, el equipo interdisciplinario a cargo deberá comunicarlo al juez. El juez debe evaluar, en un plazo no mayor de 5 días de ser notificado, si la internación continúa teniendo carácter de voluntaria o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria, con los requisitos y garantías establecidos para esta última situación, así como comunicarlo al Órgano de Revisión. A los efectos de evaluar si la internación continúa siendo voluntaria, el juez podrá solicitar una evaluación de la persona internada al equipo interdisciplinario independiente que considere pertinente.

En caso de que la prolongación de la internación fuese por problemáticas de orden social, conforme se contempla en el artículo 25 de la presente ley, el juez deberá ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos y la externación a la mayor brevedad posible, comunicando dicha situación al Órgano de Revisión.

Artículo 31- *Egreso*- En los casos de internación voluntaria, solamente podrá limitarse el egreso de la persona que se internó por su propia voluntad, si existiese una situación contemplada en el artículo 32 de la presente ley, en cuyo caso deberá procederse de acuerdo con una internación involuntaria.

CAPÍTULO VIII

INTERNACIÓN INVOLUNTARIA

Artículo 32 – *Procedencia* - La internación involuntaria de una persona debe concebirse como un recurso terapéutico extremo, en caso que no sean posibles o efectivos los abordajes ambulatorios, y procede, cuando a criterio del equipo interdisciplinario de Salud Mental:

a) mediara una situación de riesgo cierto o inminente de daño, para sí mismo o para terceros. Debe contemplarse para ello un criterio situacional, es decir, de estado psíquico que de ninguna manera se limite a un mero “aquí y ahora”, considerando la presencia o no aún de las causas y el devenir de dicho estado. Si bien el riesgo es siempre una posibilidad, deberá entenderse la certeza sobre el mismo, no así sobre el daño, como expresión de la convicción del equipo interdisciplinario surgida de la evaluación clínica. Por ello, el criterio de inminencia, conforme se define en el artículo 4º de la presente ley, no debe interpretarse como sinónimo de un “aquí y ahora”, debiendo comprenderse con el criterio situacional antes expresado. El daño aludido en este concepto debe abarcar

también la eventualidad del daño ya producido. No se incluyen los riesgos derivados de actitudes o conductas que no estén condicionadas por un trastorno mental.

b) en el caso de una persona cuyo padecimiento mental sea grave y carezca de aptitud para consentir, cuando el hecho de que no se lo interne puede llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que acceda al derecho a un tratamiento adecuado que sólo puede aplicarse si se lo interna, de conformidad con el principio de la opción menos restrictiva de la libertad. Ello, en consonancia con el Principio 16, punto 1 b) de los Principios de Naciones Unidas para la Protección de Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en Resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991.

Artículo 33 – *Internación de urgencia*- Para el caso en que en la institución que intervenga en la evaluación clínica de una internación involuntaria, al momento de la evaluación, sólo hubiera un profesional de la medicina, éste deberá proceder a efectivizar dicha internación en caso de arribar al diagnóstico de las situaciones contempladas en el artículo 32. Por lo tanto, quedará para un momento posterior, no superior a las 10 horas corridas, la intervención de un equipo interdisciplinario especializado en Salud Mental, de acuerdo a lo estipulado en los artículos 5º y 34 de la presente ley. A partir de ese momento, los plazos de comunicación al Juez y al Órgano de Revisión, serán los establecidos para una internación involuntaria.

Artículo 34 – *Documentación requerida*- Para que proceda la internación involuntaria, debe hacerse constar:

a) Dictamen profesional integral del equipo interdisciplinario de Salud Mental que realice la internación, el cual deberá realizarse dentro de las 48 horas corridas de producida la misma. Se debe determinar la existencia de cualquiera de las situaciones a que hace referencia el artículo 32 de la presente ley. El mismo deberá contar, al menos, con la firma del/a médico/a psiquiatra, el/la psicólogo/a especialista en psicología clínica y el/la trabajador/a social del equipo interdisciplinario los que no deben tener relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona.

b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento.

c) Informe acerca de las instancias previas implementadas, si las hubiera, constando detalles acerca de la duración y alcance de las mismas.

d) Orden judicial en los casos previstos en el artículo 37 de esta ley, de internaciones producidas en los términos del artículo 34 del Código Penal de la Nación.

Los informes integrales a los que refiere el presente artículo deberán cumplir con los requisitos mínimos establecidos en la reglamentación de la presente ley.

Artículo 35 – *Comunicación a instancia judicial y Órgano de Revisión*- Toda internación involuntaria debe ser notificada dentro de las 10 horas corridas al Juez en turno y al Órgano de Revisión, debiéndose elevar todas las constancias consideradas en el artículo 34 de la presente ley, dentro de las 48 horas corridas. El juez en un plazo máximo de tres días corridos de notificado debe:

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

El juez sólo puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria cuando, cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 32, el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla.

La internación de niños, niñas y adolescentes, así como la de los declarados incapaces o restringidos en su capacidad en los términos del artículo 32º del Código Civil y Comercial de la Nación, serán consideradas como involuntarias en lo que respecta a los plazos de comunicación.

Las comunicaciones a las que se refiere el presente artículo siempre serán refrendadas por el Director del establecimiento.

Artículo 36 – *Abogado defensor técnico*- La persona internada involuntariamente, o su representante legal cuando correspondiese, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación, a través de la Unidad de Letrados del Ministerio Público. A fin de garantizar el derecho de defensa desde que se hace efectiva la internación, el servicio asistencial deberá informar al paciente, su familia o referente afectivo, de acuerdo siempre al criterio lógico de cada situación particular, que tiene derecho a designar un abogado.

El defensor podrá solicitar al juez de la causa la externación en cualquier momento. El juzgado deberá permitir al defensor la intervención en las actuaciones también en todo momento. En el ejercicio de la asistencia técnica el abogado defensor debe respetar la voluntad y las preferencias de la persona internada en lo relativo a su atención y tratamiento.

En aquellos estados en los que no pueda comprenderse la voluntad de la persona internada, el defensor deberá igualmente procurar que las condiciones generales de

internación respeten las garantías mínimas exigidas por la ley y las directivas anticipadas que pudiera haber manifestado expresamente.

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

Artículo 37- *Externación o voluntariedad*- El equipo interdisciplinario de Salud Mental, está obligado a externar a la persona o a transformar la internación en voluntaria apenas cese la situación que hubiera motivado la involuntariedad de la misma.

CAPÍTULO IX

INTERNACIÓN JUDICIAL

EN LOS TERMINOS DEL ARTICULO 34º DEL CODIGO PENAL

Artículo 38 – *Incumbencia*- El juez competente en materia penal tiene incumbencia para hospitalizar como medida de seguridad aplicada según lo establecido en los términos del Artículo 34º, inciso 1º, del Código Penal.

Artículo 39 – *Comunicaciones*- A los efectos de un adecuado seguimiento sobre el estado de la persona, el equipo interdisciplinario de Salud Mental debe elevar al Juez interviniente, en forma mensual, las novedades producidas en la Historia Clínica.

Artículo 40- Cuando se reciba una persona derivada por vía judicial y surja de su evaluación que no se justifica su internación en ese efector de Salud Mental, se dará inmediata información al juez interviniente a fin de que el mismo considere disponer su pertinente destino.

Artículo 41 – *Búsqueda del ámbito pertinente para la internación*- Los jueces penales que dispongan internaciones en los términos de lo considerado en el artículo 38 de esta ley, deben requerir a la autoridad de aplicación información acerca de la disponibilidad de los establecimientos asistenciales, a efectos de garantizar el debido cuidado del asistido, así como el ámbito más pertinente para su tratamiento.

Artículo 42 – *Externación, traslados o salidas terapéuticas*- La externación, derivación a otro establecimiento o salidas terapéuticas de este tipo de internaciones, deberán ser informadas al Juez interviniente en el seguimiento del paciente, siempre dentro de las 24 horas corridas previo a producirse, comunicando, en su caso, los datos de la persona

responsable fuera del establecimiento.

En el caso de externación, podrá efectivizarse solo una vez realizada la comunicación a la instancia judicial correspondiente y de no mediar objeción expresa dentro de las 48 horas corridas de realizada la notificación al juez.

Cualesquiera de estas decisiones o medidas serán tomadas por el equipo interdisciplinario de salud mental pero además deben contar con el aval y certificación del director del establecimiento.

CAPÍTULO X

EXTERNACIÓN Y SALIDAS TERAPÉUTICAS

Artículo 43 – *El egreso como acto terapéutico*- La externación de la persona afectada por un padecimiento mental conforma un acto terapéutico, por lo que debe ser considerado como parte del tratamiento y no como la desaparición del malestar psíquico.

Las salidas terapéuticas constituyen una herramienta orientada a la inclusión comunitaria, son facultativas del equipo interdisciplinario de Salud Mental, con la excepción de los casos contemplados en el artículo 42 de la presente ley, de internaciones producidas en los términos del artículo 34° del Código Penal de la Nación, que reúnen requisitos particulares

Artículo 44 - *Niños, niñas y adolescentes*- Los niños, niñas y adolescentes internados que no registren la presencia de un grupo familiar o afectivo de pertenencia, en caso de externación, dentro de las 72 horas corridas serán derivados al dispositivo intermedio que corresponda, en los términos de la Ley N° 114 de “Protección Integral de los Derechos de las Niñas Niños y Adolescentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”, previa comunicación al Juez interviniente. El equipo interdisciplinario de Salud Mental debe arbitrar los medios para que las niñas, niños y adolescentes a externar cuenten con un medio familiar o comunitario acorde a sus necesidades, en conformidad con lo establecido en el artículo 42° de la Ley N° 114.

La reglamentación de la presente ley contempla y prescribe sobre las situaciones que generan las distintas modalidades de atención en caso de pacientes sin presencia de un grupo familiar o afectivo de pertenencia.

Artículo 45- *Seguimiento*- Las personas externadas deberán contar con un seguimiento

que garantice la continuidad de la atención y el tratamiento que requieran. Todos los recursos terapéuticos que la persona necesite deben ser provistos por el dispositivo de Salud Mental correspondiente.

CAPÍTULO XI

ORGANO DE REVISIÓN

Artículo 46 – *Órgano de Revisión*. Créase en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires un Órgano de Revisión con el objeto de proteger los Derechos Humanos de los usuarios de los servicios de Salud Mental.

Artículo 47 – *Conformación*. El Órgano de Revisión debe ser multidisciplinario, y estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de la máxima autoridad en Derechos Humanos de la Ciudad de Buenos Aires, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del Sistema de Salud, de los profesionales y otros trabajadores de la Salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los Derechos Humanos.

Artículo 48- *Funciones*. Son funciones del Órgano de Revisión:

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

- i) Realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos;
- j) Propiciar, colaborar y concurrir a espacios de intercambio, capacitación y coordinación, con los órganos de revisión de otras jurisdicciones a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones;
- k) Controlar el cumplimiento de la presente ley, en particular en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental;

CAPÍTULO XII

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA

Artículo 49- Derogase la Ley 448.

Artículo 50- Comuníquese, etc.

FUNDAMENTOS

Señor Presidente

La Salud Mental es un derecho humano básico, esencial y universal. La OMS define a la Salud Mental como “un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad”.

Todas las personas, sin importar quiénes sean ni dónde estén, tienen derecho a gozar del grado más alto posible de salud mental, lo que incluye el derecho a ser protegido de los riesgos para la salud mental; el derecho a una atención disponible, accesible, digna y de calidad; y el derecho a la libertad, la independencia y la integración en su entorno social.

La buena salud mental es esencial para nuestra salud y bienestar generales. Sin embargo, una de cada ocho personas en el mundo padece algún problema de salud mental, lo que puede repercutir en su salud física, su bienestar, su relación con los demás y sus medios de subsistencia. Además, cada vez más adolescentes y jóvenes presentan problemas de salud mental y la situación se agravó de manera desmesurada durante la pandemia y pos pandemia del COVID-19.

Conforme a ello, resulta imperioso y necesario actualizar la ley que hoy rige sobre Salud Mental en nuestra Ciudad y adecuarla a la realidad de nuestra sociedad en la materia. Ninguna persona debería verse privada de sus derechos o excluida de las decisiones sobre su propia salud por padecer un problema de salud mental. No obstante, hoy, las personas con padecimientos en su salud mental, muchas veces siguen siendo

discriminadas y excluidas de la vida social generalmente por desconocimiento sobre el tema del resto de la sociedad, y no podemos dejar de reconocer que si bien la ciudad de Buenos Aires ha realizado cambios e incorporaciones de distintas modalidades de atención en los últimos años aún hace falta una mirada unificadora para que los pacientes con enfermedad mental puedan internarse en cualquier centro de atención de salud.

Todas las personas con trastornos mentales tienen derecho a recibir atención y tratamiento de calidad a través de servicios adecuados de salud mental.

Por ello hay mucho en que avanzar en Salud Mental y trabajar para que se valore, se promueva y se proteja, y para que se tomen medidas urgentes a fin de que todas las personas puedan obtener la atención de salud mental de calidad que necesitan y adecuada a sus necesidades.

Algunos datos de la OMS y la OPS alertan sobre la necesidad de ocuparnos de este tema. Así, los trastornos de salud mental aumentan el riesgo de otras enfermedades y contribuyen a lesiones no intencionales e intencionales. La depresión continúa ocupando la principal posición entre los trastornos mentales, y es dos veces más frecuente en mujeres que hombres. Entre el 10 y 15% de las mujeres en países industrializados y entre 20 y 40% de las mujeres en países en desarrollo, sufren de depresión durante el embarazo o el puerperio. Los trastornos mentales y neurológicos en los adultos mayores, como la enfermedad de Alzheimer, otras demencias y la depresión, contribuyen significativamente a la carga de enfermedades no transmisibles. En las Américas, la prevalencia de demencia en los adultos mayores (más de 60 años) oscila entre 6,46 % y 8,48%. Las proyecciones indican que el número de personas con este trastorno se duplicará cada 20 años. Para los trastornos afectivos, de ansiedad y por consumo de sustancias en adultos, graves y moderados, la mediana de la brecha de tratamiento es de 73,5% en la Región de las Américas, 47,2% en América del Norte y 77,9% en América Latina y el Caribe (ALC). La brecha para la esquizofrenia en ALC es de 56,9%, para la depresión es de 73,9% y para el alcohol es de 85,1%.

Este proyecto de ley tiene como finalidad sentar bases apropiadas para que en nuestra Ciudad puedan adoptarse acciones y políticas a fin de proteger los derechos de las personas con enfermedades mentales, que son un sector vulnerable de la sociedad. Por ello, bajo el entendimiento de que es un tema respecto del cual persisten distintos marcos conceptuales, en el que, asimismo, la subjetividad de los pacientes y sus familias no pueden dejar de oírse, así como también las distintas profesiones que conforman el equipo de salud tratante, las que además tienen diferentes miradas; y, que, por otra parte, también debe tenerse en cuenta cómo funciona internamente el Sistema y las distintas dependencias de las Instituciones de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, es que

convoqué a una mesa de trabajo con profesionales y diversas organizaciones científicas y gremiales con injerencia en esta materia para lograr este proyecto con el mayor consenso posible.

Participaron de esta mesa de trabajo y debate la Asociación de Psiquiatras de Argentina (APSA), la Cámara de Entidades Prestadoras de Salud (CEPSAL), la Asociación Gremial de Psiquiatras de la Capital Federal, la Asociación de Médicos Municipales (AMM), la Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales (CONFECILISA), la Asociación Argentina de Psiquiatría Infanto Juvenil y Profesiones Afines (AAPI) y la Asociación de Instituciones de Salud Mental de la República Argentina (AISAME).

Quiero agradecer en forma especial los importantes aportes que realizaron y su dedicación para este trabajo a los Dres. Liliana Gonzalez Directora de la Carrera de Psiquiatría y de la Residencia en Psiquiatría de la UBA y miembro de CEPSAL, Silvia Pujol Jefa del Servicio de Salud Mental del Hospital Gral. de Agudos Dr. Cosme Argerich y ex Directora de Salud Mental de la CABA, Esteban Toro Martínez Vicepresidente de APSA, Maximiliano Cesoni Secretario de APSA y José Martínez Ferretti Secretario General de la Asociación Gremial de Psiquiatría de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Se trata de un trabajo alineado con la Ley de Salud Mental Nacional, que intenta dar mayor claridad con algunas definiciones a conceptos que generan ambigüedad y que hoy resulta cada vez más necesario aclarar para la práctica profesional, buscando fortalecer a los profesionales en situaciones de emergencia, encuadran las situaciones de internación en situaciones críticas y refuerzan la necesidad del seguimiento del paciente en todo el trayecto de su proceso de enfermedad. Todo esto enmarcado dentro de la estrategia de Atención Primaria de la Salud y los derechos de los pacientes.

Sr. Presidente, por ultimo solo agregar que confío que el presente Proyecto constituye un gran aporte a la atención de los pacientes con Salud Mental y sus allegados, haciendo que ellos se sientan más acompañados e incluidos en el sistema de salud de la ciudad de buenos aires.

Por todo lo expuesto solicito a mis pares acompañen el presente proyecto de ley.

