Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

María Milena Korín

El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental
en Argentina y Brasil

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría de Epidemiología, Gestión y
Políticas de Salud del Departamento de Salud Comunitaria

Director de Tesis

Damián Herkovits

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la
Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)
This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library
"Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

Korín, M. (2019). El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales
de salud mental en Argentina y Brasil (Tesis de Maestría) Universidad
Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria. Disponible en
<https://doi.org/10.18294/rdi.2020.177110>

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA,
GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

16ª Cohorte (2013-2015)

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER

TITULO

**El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en
Argentina y Brasil**

MAESTRANDA

Lic. María Milena Korín

DIRECTOR

Mgr. Damián Herkovits

FECHA DE ENTREGA

Marzo, 2019

Lanús, Argentina

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

16ª Cohorte (2013-2015)

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER

TITULO

**El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en
Argentina y Brasil**

MAESTRANDA

Lic. María Milena Korín

DIRECTOR

Mgr. Damián Herkovits

INTEGRANTES DEL JURADO

Dr. Hugo Alazraqui

Dr. Alberto Velzi Díaz

Mgr. Claudia Baffo

FECHA DE APROBACIÓN

19/11/19

CALIFICACIÓN

8 (ocho)

AGRADECIMIENTOS

Realizar esta tesis fue un gran desafío, tanto en lo profesional como en lo personal, pero tuve la suerte de que mis deseos de realizarla se encontraran con personas que la hicieran posible.

A mi director, Damián Herkovits, quien sostuvo la idea inicial, orientándome y apoyándome desde el principio de esta travesía.

A mis compañeros/as de la cohorte 16, que se convirtieron en amigos/as, por sus aportes y su ayuda.

A Silvina Sosa, amiga y mentora en esta carrera, que me impulsó a iniciar esta maestría.

A mis padres, Mónica y Rubén, que me dieron la posibilidad de estudiar, y a mi hermano Iván, por acompañarme en este camino: gracias familia, por creer siempre en mí.

A mi compañero de vida, Marcos: gracias mi amor por tu apoyo incondicional, nada de esto podría ser sin vos.

A Nina: gracias hija por la paciencia y el tiempo compartido con este trabajo. Te amo, hermosa.

RESUMEN

Las políticas públicas son una manera de enfrentar un problema, y las legislaciones son los marcos normativos encargados de dar respuesta a los principios de esas políticas. Sin embargo, detrás de una ley sancionada, se encuentra un largo proceso de construcción social, político y cultural, que posibilitó consolidar una larga historia en una ley nacional. La presente investigación tiene por objeto la descripción y el análisis de los hitos en las reformas psiquiátricas de Argentina y Brasil hasta la promulgación de sus leyes nacionales. Se llevó a cabo una revisión sistemática cualitativa, de corte descriptivo con el objeto de sistematizar y analizar los hitos más relevantes en la historia de cada país, y los movimientos que se constituyeron como antecedentes internacionales en el campo de las reformas psiquiátricas y la desinstitucionalización. Un aspecto conclusivo a destacar, es que ambas legislaciones tienen por objeto la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental, así como también la promoción de la atención en redes integradas de salud mental con base en la comunidad, manteniendo los lazos sociales y afectivos, y considerando a la internación como un último recurso de carácter restrictivo.

PALABRAS CLAVE: Argentina; Brasil; Reforma; Salud Mental; Desinstitucionalización.

ABSTRACT

Public policies are a way to confront a problem, and legislations are the normative frameworks in charge of responding to the principles of those policies. However, to consolidate a sanctioned national law, there's a long history and process of social, political and cultural construction, which made it possible. The object of the following investigation is the description and analysis of the milestones in the psychiatric reforms in Argentina and Brazil until the promulgation of its national laws. A qualitative and descriptive review was carried out in order to systematize and analyze the most relevant milestones in the history of each country, and the movements that were constituted as international antecedents in the field of psychiatric reforms and deinstitutionalization. A conclusive aspect to be highlighted is that both laws are aimed at protecting the rights of people with mental illness, as well as the promotion of mental health services based on the community, maintaining social and emotional ties, and considering the restrictive nature of hospitalization as a last resort.

KEY WORDS: Argentina; Brazil; Reform; Mental Health; Deinstitutionalization.

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Esquema de la búsqueda bibliográfica en las bibliotecas electrónicas seleccionadas. Marzo - Abril 2018.....	27
Figura 2. Autores y conceptos que configuraron las ideologías en psiquiatría, tanto en EEUU como en Europa.....	31

LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1. Resultados del relevamiento de artículos y libros acerca del análisis de las reformas psiquiátricas en Argentina y Brasil durante los meses de marzo y abril de 2018.....	22
Cuadro 2. Resultados de exploración bibliográfica en las bibliotecas electrónicas seleccionadas durante los meses de marzo y abril de 2018	24

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

APDH: Asamblea Permanente por los Derechos Humanos

BVS: Biblioteca Virtual en Salud

CAPS: Centros de Atenção Psicossocial (Centro de Atención Psicosocial)

CDI: Centro de Docencia e Investigación

CEBES: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Centro Brasileño de Estudios en Salud)

CELS: Centro de Estudios Legales y Sociales

CONISMA: Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones

CTSM: Coordinadora de Trabajadores en Salud Mental

DINSAM: Divisão Nacional de Saúde Mental (División Nacional de Salud Mental)

INSM: Instituto Nacional de Salud Mental

INPS: Instituto Nacional de Previsión Social

LNSM: Ley Nacional de Salud Mental

MDRI: Mental Disability Rights International (Discapacidad Mental Derechos Internacionales)

MPAS: Ministério da Previdência e Assistência Social (Ministerio de la Providencia Social y Asistencia Social)

MS: Ministério da Saúde (Ministerio de Salud)

MTSM: Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (Movimiento de Trabajadores en Salud Mental)

NAPS: Núcleos de Assistência Psicossocial (Núcleos de Atención Psicosocial)

PREA: Programa de Rehabilitación y Externación Asistida

PPA: Plan de Prontación

REME: Movimento de Renovação Médica (Movimiento de Renovación Médica)

RISAM: Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental

SciELO: Scientific Electronic Library Online (Librería Electrónica Científica en Línea)

SNDM: Servicio Nacional de Enfermedades Mentales

OMS: Organización Mundial de la Salud

UBA: Universidad de Buenos Aires

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	13
<i>1.1 Propósito.....</i>	<i>14</i>
<i>1.2 Preguntas de investigación.....</i>	<i>14</i>
<i>1.3 Hipótesis</i>	<i>14</i>
<i>1.4 Objetivos</i>	<i>14</i>
1.4.1 Objetivo general	14
1.4.2 Objetivos específicos.....	15
<i>1.5 Justificación</i>	<i>15</i>
1.5.1 Justificación académica.....	15
1.5.2 Justificación social.....	15
1.5.3 Justificación personal.....	16
2. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA.....	17
<i>2.1 Campo de la salud mental</i>	<i>17</i>
<i>2.2 Hito</i>	<i>19</i>
<i>2.3 Reforma psiquiátrica y desinstitutionalización</i>	<i>19</i>
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL	22
4. DESARROLLO Y RESULTADOS.....	29
<i>4.1 Sobre los antecedentes internacionales en el campo de las reformas psiquiátricas y la desinstitutionalización</i>	<i>29</i>
4.1.1 La historia de la locura y el nacimiento del manicomio.....	29
4.1.2 Las Comunidades Terapéuticas en Inglaterra	32
4.1.3 La Política de Sector de Francia	33
4.1.4 La Psiquiatría Comunitaria de EEUU	34

4.1.5 La Psiquiatría Democrática de Italia.....	35
4.2. La reforma psiquiátrica en Argentina.....	38
4.2.1 Un breve recorrido desde 1880 hasta 1956.....	38
4.2.1.1 El origen de los dispositivos manicomiales	38
4.2.1.2 El movimiento de Higiene Mental.....	39
4.2.1.3 La gestión del Dr. Ramón Carillo	40
4.2.2. La construcción del campo de la salud mental en Argentina	40
4.2.3. La Reforma Psiquiátrica en Argentina	42
4.2.4. La Psiquiatría en democracia y los antecedentes de la LNSM	44
4.2.5. El Proyecto de la Ley Nacional de Salud Mental	46
4.3. La reforma psiquiátrica en Brasil.....	48
4.3.1 Antecedentes de la reforma psiquiátrica: una síntesis desde 1841 a 1964.....	48
4.3.2. La privatización de los servicios de salud.....	51
4.3.3. La reforma psiquiátrica brasilera	52
4.3.4. El proyecto de Ley Paulo Delgado	57
4.4. Análisis comparativo de las leyes nacionales de Salud Mental en Argentina y Brasil	58
4.4.1 Objeto de la ley	59
4.4.2 Instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas	59
4.4.3 Concepto de Salud Mental	60
4.4.4 Adicciones.....	60
4.4.5 Ámbito de aplicación.....	60
4.4.6 Derechos de personas con padecimiento mental	61
4.4.7 Modelo de abordaje.....	62
4.4.8 Internaciones	63
4.4.9 Derivaciones	66
4.4.10 Autoridad de aplicación	66

4.4.11 Órgano de revisión	67
4.4.12 Convenio de cooperación con jurisdicciones	67
4.4.13 Investigaciones científicas	68
4.4.14 Comunicación de eventos.....	68
5. CONCLUSIÓN.....	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS.....	80

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo busca dar cuenta de los hitos más relevantes en los procesos de reforma en Argentina y Brasil, que promovieron la formulación y sanción de las leyes nacionales en Salud Mental. Las reformas psiquiátricas se abordan desde 1880 aproximadamente e incluyen los proyectos de ley elaborados hasta su promulgación, como así también los movimientos de reforma psiquiátrica y desinstitucionalización que se sucedieron en Estados Unidos, Inglaterra, Italia y Francia en contexto de posguerra.

La investigación documental se basa en un corpus construido a partir de los textos y documentos que presentan un análisis de los intelectuales vinculados al movimiento de reforma psiquiátrica de cada país, como así también de los autores relacionados con el análisis de la trayectoria del campo de la salud mental y los distintos procesos y experiencias de desinstitucionalización. De esta manera, el corpus relevado constituye una referencia basada en trabajos de autores que elaboraron o retomaron conceptos fundantes del paradigma de la salud mental comunitaria, eje en el que se posiciona el modelo que enmarca las leyes y políticas públicas en salud mental actuales. Esta recopilación de información permitió considerar la trayectoria de los movimientos de cada país y así poder analizar las diferencias en la comparativa de las leyes nacionales.

La tesis se estructura en cuatro secciones: 1) Marco conceptual de referencia, en el que se definen los conceptos de campo de la salud mental, hito, reforma psiquiátrica y desinstitucionalización. Con estas descripciones se busca explicitar las bases teóricas que se tomaron en cuenta para realizar la investigación; 2) Metodología de la investigación documental, en el que se explican los procedimientos metodológicos utilizados en la recolección de datos, el procesamiento y posterior análisis de la información; 3) Desarrollo y resultados, en el que se presentan los hallazgos principales en función a dar respuesta a las preguntas de investigación; y 4) Conclusión, en el que se exponen algunas conclusiones a partir del análisis desarrollado.

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

1.1 Propósito

Conocer y analizar los procesos de reforma psiquiátrica en Argentina y Brasil desde la década del 60' hasta la actualidad, a partir de los hitos fundamentales del campo de la salud mental que los sostuvieron.

1.2 Preguntas de investigación

¿Cuáles fueron los hitos de los procesos de reforma psiquiátrica en Argentina y Brasil desde 1960 hasta la actualidad? ¿Qué semejanzas y diferencias se encuentran en dichos procesos?

1.3 Hipótesis

Los procesos de reforma psiquiátrica en Argentina y Brasil se basaron en los movimientos antimanicomiales que se sucedieron en Europa de la posguerra. Se desarrollaron a partir de 1960 y abrieron puertas para significativas modificaciones en políticas de salud mental, incluyendo la promulgación de leyes que promueven un cambio de paradigma desde un modelo asilar hacia un modelo comunitario.

Influenciadas desde su formulación por la participación de usuarios y familiares, y desde una perspectiva de Derechos Humanos, las leyes nacionales de ambos países promueven la reorientación de los servicios de salud mental de base comunitaria favoreciendo la reinserción social.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Analizar los procesos de reformas psiquiátricas en Argentina y Brasil desde la década del 60 hasta la promulgación de sus leyes nacionales.

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

1.4.2 Objetivos específicos

1. Describir los antecedentes internacionales en el campo de las reformas psiquiátricas y la desinstitutionalización.

2. Describir y analizar los hitos en el devenir de las reformas psiquiátricas en Argentina y Brasil, contemplando el marco conceptual y normativo (tanto nacional como internacional), que encuadraron la formulación de la legislación en salud mental de ambos países.

3. Describir comparativamente las leyes nacionales en salud mental de Argentina y Brasil.

1.5 Justificación

Esta investigación propone analizar los hitos en las reformas psiquiátricas de Argentina y Brasil, así como también sus leyes nacionales. Explorar comparativamente las leyes nacionales permitirá visualizar las semejanzas y diferencias de la legislación en estos países.

1.5.1 Justificación académica

Desde el punto de vista académico, si bien en la Argentina la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental es un tema de investigación reciente (CELS, 2015; Ministerio Público Tutelar, 2014), se encuentran pocos estudios comparativos que permiten analizar el desarrollo y evolución de los avances en América Latina en materia de leyes. El presente trabajo permitirá una lectura organizada de los hitos que resultaron significativos en la construcción de políticas públicas de salud mental en Argentina y Brasil, hasta la promulgación de sus leyes nacionales.

1.5.2 Justificación social

Enfocando desde una perspectiva social, se entiende que la presente investigación podría aportar conocimiento relevante a investigadores y trabajadores que participan en espacios de debate respecto a los avances y barreras de la implementación del marco legal de

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

la salud mental. Este aspecto es fundamental tanto para estudiar la dificultosa implementación de las leyes en Latinoamérica, como también para elaborar estrategias que aborden las barreras en nuestras comunidades, y favorecer la ejecución de estas normas que promueven políticas públicas de salud mental basadas en Derechos Humanos.

1.5.3 Justificación personal

Desde el punto de vista personal, siendo psicóloga y trabajadora de la Dirección Nacional de Salud Mental, como así también docente de las materias Salud Pública y Salud Mental; Promoción y Prevención en Salud Mental; y Marco legal de los campos del ejercicio profesional, trabajo con las leyes que nos competen, analizando la formulación, implementación y evaluación de las mismas.

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

2. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA

2.1 *Campo de la salud mental*

Los análisis respecto a la definición de salud, especialmente aquellos contruidos desde las ciencias sociales (los cambios más relevantes han tenido lugar en la segunda mitad del siglo XX luego del Informe Lalonde), consideran a la salud como una interacción compleja de múltiples factores sociales, económicos, políticos y culturales. Desde esta concepción, se entiende el concepto de salud como una construcción compleja con un enfoque que contempla múltiples variables y sostiene el multiculturalismo propio de la globalización (Alcántara Moreno, 2008).

Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001a) define la salud mental como: “Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. De esta manera, se concibe la salud en estrecha relación entre el cuerpo - habitus (Bourdieu & Wacquant, 2005) con el campo de la salud (políticas públicas de salud).

Pensar en términos de campo es pensar relacionamente (Bourdieu & Wacquant, 2005), es decir, cualquier cosa que le ocurra a un objeto que se encuentra en el campo no puede ser explicado sólo a partir de sus propiedades intrínsecas, sino que afecta y es afectado por los demás objetos de ese campo.

En términos analíticos, un campo puede ser definido como una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación presente y potencial (sitios) en la estructura de distribución de especies del poder (o capital) cuya posesión ordena el acceso a ventajas específicas que están en juego en el campo, así como por su relación objetiva con otras posiciones (dominación, subordinación, homología, etcétera) (Bourdieu & Wacquant, 2005 p.150).

Sin embargo, bajo ciertas condiciones históricas donde se abolen las posibilidades de resistencia y cae la dominación, un campo podría comenzar a funcionar como un aparato. En este caso extremo, donde el campo, constituido primordialmente por la posibilidad de la

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

dialéctica se anula como tal, se constituye un aparato que puede considerarse un “estado patológico del campo” (Bourdieu & Wacquant, 2005 p.157).

Galende (1998) explica que la cuestión de la Salud Mental debe ser entendida entre tensiones: tensiones que surgen a partir de una psiquiatría que ya agotó su modelo asistencial y un nuevo campo de desarrollo que intenta dar respuesta a una demanda creciente con nuevos servicios que incluyen en su núcleo las perspectivas de la sociología y de la política. La propuesta de salud mental como campo social nuevo (Galende, 2008) no encontró lugar en la segunda mitad del siglo XX, ya que el modelo de atención de la psiquiatría había definido qué eran los trastornos psíquicos, quién debía tratarlos y cómo hacerlo. El sistema era fuerte y complejo, y transformarlo implicaba proponer la construcción de un imaginario social centrado en las personas con padecimiento mental y no en el estigma y el hospital psiquiátrico, por lo que se optó por no fundar un nuevo ámbito, sino por la reforma progresiva de lo existente.

Optar por la conformación de un campo nuevo, de Salud Mental hubiera permitido la coherencia entre los diferentes ejes del problema a atender: una nueva manera de comprender y de hacer con el sufrimiento mental, que hubiera permitido una consistencia epistemológica y metodológica a sus enunciados teóricos y propuestas de prácticas coherentes con sus enunciados; una red de servicios que respondieran a esta nueva comprensión del sufrimiento mental y su tratamiento; una formación de los cuidadores, profesionales y no profesionales, que fuera acorde a los principios que se proponían e hicieran coherente la- producción y reproducción de los conocimientos; proponerse la construcción de un nuevo imaginario social sobre los trastornos psíquicos, más solidario y tolerante hacia el diferente y menos centrado en el estigma psiquiátrico de la enfermedad; una nueva relación con el aparato del Estado para lograr un reordenamiento del sistema jurídico y legal, tanto de las disposiciones sobre la incapacidad, la internación, la imputabilidad, los derechos de ciudadanía y las incumbencias profesionales. (Galende, 2008 p. 158)

Sin embargo, cuando comenzaron las acciones de reforma, los fundamentos de la atención seguían siendo los de la psiquiatría; y era necesario poder elaborar fundamentos que permitieran plasmar cómo tratar el padecimiento mental, quiénes deben ocuparse de tratarlo y cuáles son los servicios necesarios para dar respuesta a las demandas. El modelo de atención que propuso la Salud Mental está basado en la atención en el primer nivel, preserva la accesibilidad geográfica y cultural; y es participativa y comunitaria (Galende, 2008).

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

Es en este sentido que se piensa el campo de la salud mental, como un campo de luchas, donde se encuentran cuestiones de poder y resistencia; como un espacio político, donde se generan relaciones de poder y movimientos de institucionalización, resistencias y procesos a partir de la historia de cada lugar.

2.2 Hito

El concepto de hito refiere a un acontecimiento histórico puntual y significativo que marca un momento de importancia en el desarrollo de un proceso. Se trata tanto de hechos y acciones claves como así también de conceptualizaciones teóricas fundamentales a los que se hace referencia para comprender el desarrollo de un determinado proceso.

En el caso de la presente investigación documental se recurrirá al relevamiento de hitos, identificados en los textos recuperados como hechos fundamentales, como así también a la existencia de un nuevo dispositivo o espacio de discusión (por ejemplo: Congresos) y normativas que permiten la posibilidad de pensar un nuevo paradigma de atención en el campo de la salud mental.

2.3 Reforma psiquiátrica y desinstitucionalización

Según Delgado (Delgado, 2007), la reforma psiquiátrica es un proceso político y social que “engloba un conjunto de transformaciones de prácticas, conocimientos y valores culturales y sociales, presentes en la vida cotidiana de instituciones y servicios y en las relaciones interpersonales, caracterizada por los frecuentes puntos muertos, tensiones, conflictos y desafíos” (p.295).

Chiarveti (2008), explica que la reforma en salud mental es:

La transformación organizativa en materia de salud mental que, en sus etapas más avanzadas, con el desarrollo de programas y estructuras alternativas a la institución manicomial, y con su gradual sustitución y progresivo desmantelamiento por innecesariedad, la Salud Mental Comunitaria culmina la renovación de la vieja psiquiatría asilar iniciada en la segunda mitad del siglo XX (p.180).

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

Esto supone haber creado los dispositivos alternativos para la atención de las personas con sufrimiento psíquico en todas sus instancias, para luego llevar a cabo el desmantelamiento del hospital psiquiátrico.

En el *Informe sobre la Salud en el Mundo* se señala que:

Cerrar hospitales psiquiátricos sin alternativas comunitarias es tan peligroso como crear alternativas comunitarias sin cerrar hospitales psiquiátricos. Lo uno y lo otro deben de hacerse a un tiempo, de forma bien coordinada y gradual. Un proceso correcto de desinstitucionalización consta de tres componentes esenciales: – la prevención de ingresos injustificados en hospitales psiquiátricos mediante la dotación de medios comunitarios; – el reintegro a la comunidad de los pacientes institucionalizados a largo plazo que hayan sido debidamente preparados; – el establecimiento y el mantenimiento de sistemas de apoyo comunitario para los pacientes no institucionalizados (OMS, 2001b, p.16).

En general, la idea tradicional de reforma psiquiátrica queda limitada a la organización de los servicios asistenciales. Fue Franco Basaglia, quien en Italia introdujo como nuevo aspecto en el contexto de la reforma, la necesidad de superar el enfoque estrictamente administrativo y asistencial del abordaje en salud mental (Amarante, 2013).

Basaglia (2008) plantea a la reforma psiquiátrica como "un acto de reparación que la democracia realiza hacia los ciudadanos" (p.14), haciendo foco en que las leyes son normativas que garantizan un derecho civil y constitucional que debería estar implícito y sin embargo no se brinda. Se da por sentado que una reforma es un largo proceso generador de tensiones y que por su complejidad implica la participación de varios sectores, teniendo mayor viabilidad en los momentos donde la política y la comunidad acompañan este proceso. Si la reforma psiquiátrica tiene como fin último la desmanicomialización, es decir, el cierre total de los manicomios, se comprende que esto será en los casos donde el hospital psiquiátrico ya no es necesario por haberse creado los dispositivos intermedios necesarios para la debida atención de la comunidad.

Es por esto que crea la estrategia de desinstitucionalización, basada en la experiencia de Trieste, donde la reforma se inicia desde el interior de la institución ponderando los derechos de los ciudadanos, usuarios de los servicios de salud mental (Evaristo, 2011).

El concepto de desinstitucionalización refiere al proceso que tiene como meta la externación y reinserción socio laboral de la persona internada. Implica también la creación de dispositivos de medio camino que regulan la externación, generando una transición desde

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

la institución hacia la comunidad. La desinstitucionalización implica un cambio cultural donde los profesionales y usuarios deben tomar otra postura, aceptando que esta estrategia conlleva un largo y complejo proceso de transformación (Cohen, 2009).

Con la desinstitucionalización se cuestiona la trama manicomial, es decir, tanto la institución, como la de los profesionales y el equipo de salud. Es cambiar el paradigma, donde las instituciones responden a las necesidades de las personas y no a la locura de los enfermos.

A lo largo de varios procesos de reforma psiquiátrica en el mundo, los reformistas han dado cuenta que no hay un protocolo por el que devenga un exitoso proceso de reforma. Las diversas modalidades de abordaje de esta problemática pueden brindar algún marco inicial, sin embargo, de acuerdo al contexto social, político, cultural, económico y también histórico, los procesos tendrán su singularidad.

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL

Se decidió realizar una revisión cualitativa, de corte descriptivo con el objeto de sistematizar y analizar los datos a la luz de las preguntas que orientan la investigación.

Para conformar el corpus, se llevó a cabo en primera instancia un relevamiento de artículos y libros de autores reconocidos en el campo de la salud mental, que brindan una referencia o análisis de las reformas psiquiátricas en Argentina y Brasil. Se consideraron trabajos de autores vinculados a los movimientos de reforma o a procesos y experiencias de desinstitutionalización mundial, como así también aquellos que elaboraron o retomaron conceptos fundantes del paradigma de la salud mental comunitaria. También se tomaron en cuenta aquellas referencias bibliográficas citadas recurrentemente en los artículos relevados, agregando al corpus artículos mediante referencias cruzadas.

En segunda instancia, se mantuvieron conversaciones con actores clave del campo de la salud mental y a partir de sus sugerencias se incluyeron artículos que aportaran información al corpus documental.

De esta manera, se logró relevar 27 artículos o libros pertinentes para la investigación, detallados en el Cuadro 1 a continuación.

Cuadro 1. Resultados del relevamiento de artículos y libros acerca del análisis de las reformas psiquiátricas en Argentina y Brasil durante los meses de marzo y abril de 2018.

Libro/Artículo	Autor/a
Uma aventura no manicomio: a trajetória de Franco Basaglia.	Amarante P.
Locos por la vida: la trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil.	Amarante P.
El campo artístico-cultural en la reforma psiquiátrica brasileña: el paradigma identitario del reconocimiento.	Amarante P, Freitas F, Pande M, Nabuco E.
La condena de ser loco y pobre: alternativas al manicomio.	Basaglia F.
Las prisiones de la locura: La construcción institucional del preso psiquiátrico.	Bravo O.
Cruzar el muro: desafíos y propuestas para la externación del manicomio.	CELS
La reforma en salud mental en argentina: una asignatura pendiente. Sobre el artículo: hacia la construcción de una política en salud mental.	Chiarvetti S.
La creación de los sistemas de salud mental basados en la comunidad, en el	Cohen H.

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

Cuadro 1. Continuación.

contexto de experiencias exitosas en las Américas. En Salud Mental y derechos humanos. Vigencia de estándares internacionales.	
Reforma psiquiátrica y política de salud mental en Brasil: En La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas.	Delgado P.
La salud mental comunitaria. En: Salud Mental Comunitaria.	Desviat M.
La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste e Italia.	Evaristo P.
Breve Historia de las instituciones Psiquiátricas de la Argentina: del hospital cerrado al hospital abierto.	<u>Falcone R.</u>
El proceso de desinstitucionalización en salud mental: aportes conceptuales para el análisis de las experiencias en Argentina desarrolladas a partir de la apertura democrática (1983).	Faraone S, Valero A, Bianchi E, Mantilla J, Tamburrino C.
Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica.	Galende E.
Modernidad y Modelos de asistencia en Salud Mental en Argentina.	Galende E.
Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser.	Galende E.
Psiquiatría comunitaria.	Gastó Ferrer C.
La Ley de Salud Mental y el proyecto Nacional. En: Panorámicas de salud mental: a un año de la sanción de la Ley Nacional N° 26657.	Gorbacz L.
Salud Pública y Salud Mental: el nacimiento de la política de sector en psiquiatría.	Huertas R.
Um relato de experiência de quem vivencia a reforma psiquiátrica no Brasil.	Marzano M, Sousa C.
La implementación de la Ley Nacional de Salud Mental en los efectores de atención primaria de salud en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires.	Ministerio Público Tutelar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Fortaleciendo la promoción de la salud mental.	Organización Mundial de la Salud
Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.	Organización Mundial de la Salud
Eugenésia e higiene mental: usos de la psicología en Argentina (1900-1940).	Talak A.
Lazo social y procesos de subjetivación: reflexiones desde la época.	Universidad Nacional de La Plata.
La asistencia psiquiátrica en la historia política brasileña.	Venancio A.
La locura en la Argentina.	Vezzetti H.

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la búsqueda bibliográfica.

CELS: Centro de Estudios Legales y Sociales.

En tercera y última instancia, se llevó a cabo una búsqueda sistemática en base de datos, con el objetivo recuperar los trabajos publicados sobre las reformas psiquiátricas

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

desinstitucionalizadoras en Argentina y Brasil, para su posterior análisis junto con la Ley Nacional de cada país.

La búsqueda se asentó en las bibliotecas Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed y Biblioteca Virtual en Salud (BVS).

La revisión fue de carácter integrativa, y en la perspectiva de mantener estándares de rigor metodológico, se siguieron los siguientes seis pasos propuestos por este método (Botelho, Cunha & Macedo, 2011). El proyecto se inició con la definición de un problema y la formulación de una pregunta de investigación clara y específica y los términos seleccionados fueron: *law, laws, psychiatric reform, deinstitutionalization, mental health, Argentina y Brazil*.

La utilización de palabras clave en idioma inglés y la combinación de los términos seleccionados mejoró la especificidad de la búsqueda. Se incluyeron todos los campos a fin de hallar la bibliografía adecuada para responder a la pregunta de investigación

La estrategia de búsqueda sistemática en las bases de datos SciELO, PubMed y BVS arrojaron los siguientes resultados:

Cuadro 2. Resultados de exploración bibliográfica en las bibliotecas electrónicas seleccionadas durante los meses de marzo y abril de 2018

Biblioteca electrónica	Campos	Términos y ordenadores lógicos seleccionados	Cantidad de documentos hallados
SCIELO	TODOS	Mental Health Law AND Argentina	6
		Mental Health Law AND Brazil	35
		Mental Health AND Argentina AND Brazil	8
		Mental Health Law AND Argentina AND Brazil	0
		Mental Health Laws AND Argentina AND Brazil	0
		Psychiatric Reform AND Argentina	2
		Psychiatric Reform AND Brazil	260
		Psychiatric Reform AND Argentina AND Brazil	0
		Deinstitutionalization AND Argentina	8
		Deinstitutionalization AND Brazil	94
BVS	TODOS	Deinstitutionalization AND Argentina AND Brazil	0
		Mental Health Law AND Argentina	51
		Mental Health Law AND Brazil	230

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

Cuadro 2. Continuación.

		Mental Health AND Argentina AND Brazil	86
		Mental Health Law AND Argentina AND Brazil	4
		Mental Health Laws AND Argentina AND Brazil	11
		Psychiatric Reform AND Argentina	19
		Psychiatric Reform AND Brazil	604
BVS	TODOS	Psychiatric Reform AND Argentina AND Brazil	3
		Deinstitutionalization AND Argentina	22
		Deinstitutionalization AND Brazil	203
		Deinstitutionalization AND Argentina AND Brazil	0
		Mental Health Law AND Argentina	35
		Mental Health Law AND Brazil	127
		Mental Health AND Argentina AND Brazil	55
		Mental Health Law AND Argentina AND Brazil	3
		Mental Health Laws AND Argentina AND Brazil	0
PUBMED	TODOS	Psychiatric Reform AND Argentina	8
		Psychiatric Reform AND Brazil	132
		Psychiatric Reform AND Argentina AND Brazil	0
		Deinstitutionalization AND Argentina	6
		Deinstitutionalization AND Brazil	36
		Deinstitutionalization AND Argentina AND Brazil	0
TOTAL			2048

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la búsqueda bibliográfica.

A partir de la lectura del corpus documental en virtud de categorías emergentes que fueron pertinentes para la construcción del objeto se establecieron como criterio de inclusión los artículos publicados en los idiomas español, portugués e inglés; artículos que desarrollaran temáticas exclusivamente sobre procesos de reformas psiquiátricas; artículos que se pudieran recuperar completos; y artículos que refieran a políticas de salud pública y particularmente a políticas de salud mental.

Del total de documentos encontrados (2.048), se procedió a la lectura de los títulos y resúmenes de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. En esta primera instancia, se eliminaron los artículos duplicados y se tomó en cuenta el criterio de inclusión que refiere a la considerar aquellos artículos que desarrollan temáticas exclusivamente sobre procesos de

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

reformas psiquiátricas. De esta manera, se eliminaron 1.727 artículos, y 321 fueron seleccionados para la lectura del texto completo. En esta segunda instancia, se identificaron párrafos que podrían ser de relevancia para dar respuesta a la pregunta de investigación, y luego de realizada esta lectura, la selección final para la investigación fue de 6 artículos. Los criterios de exclusión que se aplicaron en esta instancia fueron: 1) se eliminaron artículos que hacen análisis por categorías o ejes (Ej.: desinstitucionalización, internación, rol del psicólogo, etc.) y no por hitos históricos que abordan acontecimientos relevantes y 2) se eliminaron artículos que son sólo a partir de la promulgación de la ley y hacen un análisis de su implementación (Figura 1).

Un gran porcentaje del primer recorte es debido a la duplicación de artículos en las tres bases de datos. Otro gran porcentaje fue eliminado ya que daba cuenta de artículos que se centraban en la implementación de las leyes o el monitoreo de las políticas públicas en salud mental que promovían acciones en el marco de las leyes nacionales. Se eliminaron también artículos que estudiaban experiencias específicas en localidades o municipios, como así también de dispositivos especializados en salud mental. Algunos artículos también organizaban el relato en ejes o categorías de análisis que no permitían dar cuenta de acontecimientos históricos o hitos relevantes, sino de un tema específico que forma parte del proceso de reforma. Este gran corpus eliminado da cuenta del poco análisis publicado en las bases de datos electrónicas acerca de los procesos de reforma previos a la sanción de las leyes nacionales de Argentina y Brasil. Se puede inferir que la gran mayoría está concentrada en artículos que tratan acerca de la implementación de las leyes y específicamente en experiencias de desinstitucionalización.

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

Figura 1. Esquema de la búsqueda bibliográfica en las bibliotecas electrónicas seleccionadas. Marzo - Abril 2018.

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la búsqueda bibliográfica.

Los artículos seleccionados fueron:

1. O tratamento dos portadores de transtorno mental no Brasil: da legalização da exclusão à dignidade humana (Correia Junior R, Ventura C).
2. O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental (Messas G).
3. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. (Paulin L, Turato E).
4. Políticas de saúde mental no Brasil: o processo de formulação da lei de reforma psiquiátrica (10.216/01) (Pereira R).
5. Psychiatry, Authoritarianism, and Revolution: The Politics of Mental Illness during Military Dictatorships in Argentina, 1966-1983. (Ramos M).
6. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. (Tenório F).

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

Este corpus documental se volcó en una matriz que permitió organizar los artículos seleccionados, permitiendo proteger el foco de la investigación. La información incluida en la matriz contiene aquellos datos que resultaron funcionales para interpretar los datos útiles y relevantes (Botelho, Cunha & Macedo, 2011) y responder a los interrogantes de la investigación.

Mediante el relevamiento de trabajos de autores clave del campo de la salud mental y la búsqueda en las bases de datos electrónicas, se logró la construcción de un corpus documental apropiado para la investigación constituido por 33 artículos o libros. Para completar la información necesaria, se recuperaron las normativas relevantes de cada país a fin de dar respuesta a las preguntas de investigación.

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

4. DESARROLLO Y RESULTADOS

4.1 Sobre los antecedentes internacionales en el campo de las reformas psiquiátricas y la desinstitutionalización

4.1.1 La historia de la locura y el nacimiento del manicomio

Desde las referencias renacentistas acerca de “La nave de los locos” en la obra de Sebastian Brant en 1494, la locura fue reducida a ciertas estructuras del orden de lo excluido, de lo marginado. En su tesis doctoral “La historia de la locura en la época clásica”, Michael Foucault relata cómo luego de que desaparezca la lepra en Europa, los leprosarios se convirtieron en lugares de encierro para aquellos que la sociedad no aceptaba. Locos, enfermos, rebeldes, ancianos y pobres quedarían excluidos y confinados tal como lo habían sido los leprosos, iniciándose el momento que Foucault denominó “El gran encierro” (Foucault, 1992).

En la modernidad, comienza una nueva etapa, los insensatos y su locura son material de diagnóstico y tratamiento, y en el siglo XIX, momento que Galende (2008) denomina “médico-positivista”, surge por primera vez la idea de asistencialismo a cargo del Estado, reemplazando la beneficencia históricamente propia de la Iglesia Católica y concibiendo a la psiquiatría positivista como símbolo de una civilización progresista que ya no ignoraba a los enfermos mentales y brindaba respuestas a su sociedad desde la ciencia. Nace así el manicomio, como institución representativa del paradigma asistencial de la psiquiatría, que mantiene la indiferenciación entre el pobre y el loco, protegiendo a la sociedad de sus entonces indubitables peligros. Se constituye el campo de la medicina mental y su objeto de conocimiento es la enfermedad mental. El criterio que marca la marginalidad es el de la desrazón, la exclusión se mide a partir de la razón y no a partir de categorías patológicas, caracterizando al loco como representante de la peligrosidad. El hospital termina siendo así un reservorio de desafortunados que permite un orden social (Amarante, 2006).

Sin embargo, en la primera mitad del siglo XX influenciado por la irrupción de las psicoterapias, surgieron críticas al pensamiento positivista, cuestionando las prácticas psiquiátricas instituidas y principalmente el manicomio como dispositivo de control. Se

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

discute la internación del paciente y su posibilidad de reintegrarse a la sociedad, reconociendo la locura como condición humana, y no como enfermedad crónica (Galende, 2008).

En la segunda mitad del siglo XX, una nueva conciencia del poder invade el mundo, visualizándose por sus características de encierro y tortura, una comparación horrorosa entre los campos de concentración y los asilos. En este contexto de posguerra, tres hechos contribuyeron a la reforma institucional psiquiátrica: la destrucción de los establecimientos de salud, tanto en recurso humano como material y su alta necesidad de atención por las personas que sufrieron secuelas; el crecimiento de las posiciones humanistas tras el horror de la guerra; y el ascenso a al gobierno de los sectores populares, progresistas y democráticos (Galende, 1990).

Con fuerza política y debates de los grupos de poder de los sectores de izquierda, comenzaron a sucederse en diversos países movimientos simultáneos de reforma psiquiátrica, que proponían nuevas estrategias alternativas a la violencia que significaba la internación en una institución manicomial.

Con los nuevos dispositivos se cuestionaba la naturaleza política del asilo, que evidenciaba que éste sólo servía para controlar a la persona internada. Estas corrientes reformadoras se basaban en la revisión de los métodos utilizados dentro del manicomio y en la idea de la externación, poniendo en jaque el concepto de la institución como hábitat forzado (Basaglia, 2008).

Las experiencias de Francia, Inglaterra, Italia y EEUU fueron pioneras en elaborar estrategias de dispositivos basados en la salud mental comunitaria; sin embargo, los reformadores de la psiquiatría asilar demostraron que no hay un modelo único de reforma, y que la transformación no es sólo psiquiátrica, sino también política y social. Cada uno de estos países desarrolló un modelo distinto, pero con un mismo objetivo en común: las instituciones no podían continuar trabajando de la forma en que lo hacían, subjetividades abandonadas, privación de libertades y maltratos que insultaban el derecho a la salud no podían ser parte de un tratamiento o una cura. H. Ey denomina erróneamente estos movimientos como “tercera revolución psiquiátrica” ya que son el resultado de un reordenamiento forzado en el campo social y político (Galende, 1990)

Fundamentados en la idea de que el hospital psiquiátrico acrecienta la cronicidad y el deterioro de las personas internadas, el ascenso al poder de gobiernos más sociales brinda la

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

posibilidad de discutir estos aportes a la cultura de la reforma y finalmente aseguran el desarrollo del modelo comunitario (Desviat, 2012).

Con estas experiencias se fueron instalando nuevas políticas, como así también un cambio de lenguaje respecto a la institución psiquiátrica. Se comienzan a utilizar nuevas categorías como “comunidad” y “participación social”, abriendo las puertas a otras disciplinas y pensando al manicomio como un lugar social y político (Galende, 2008). Las prácticas terapéuticas se reordenan en dos polos: las psicoterapias que jerarquizan la palabra como elemento terapéutico, y el resurgimiento de la moderna psicofarmacología. Estos movimientos constituyeron una crisis que llevó a la construcción de un nuevo modelo de acción, que son las políticas de Salud Mental (Galende, 1990).

La Figura 2 expresa los autores y conceptos que configuraron las ideologías en psiquiatría, tanto en EEUU como en Europa.

Figura 2. Fuente: Gastó Ferrer C. (2000). Psiquiatría comunitaria. En: Barcía Salorio D. Tratado de psiquiatría. Madrid: ARAN. p. 952.

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

4.1.2 Las Comunidades Terapéuticas en Inglaterra

Aún no finalizada la Segunda Guerra Mundial, en 1943, Wilfred Bion y John Rickman trabajaban en el Hospital de Northfield con soldados que padecían las secuelas del horror bélico. Fue allí donde se inició el dispositivo de la Comunidad Terapéutica, con la idea de implementar una nueva organización que consistía en la formación de grupos de terapia, en los que participaban los pacientes internados en un dispositivo no jerarquizado.

Mientras tanto, Maxwell Jones luego de las experiencias en Mill Hill y en Dartford, termina de definir el modelo de Comunidad Terapéutica en el Henderson Hospital, donde dirigió la Unidad de Rehabilitación Social, y ya para la década del 60, Inglaterra había instituido el dispositivo de Comunidad Terapéutica a todos los psiquiátricos del territorio de Gran Bretaña, e incluso había alcanzado otras instituciones donde prevalecían movimientos comunitarios.

La Comunidad Terapéutica posibilitó el aprovechamiento de todos los recursos de la institución, brindando libertad de comunicación, relaciones horizontales, espacio social para fomentar la sociabilización y la posibilidad de discutir y participar de la gobernanza del pabellón mediante la Asamblea Comunitaria como órgano de gestión de las actividades. Sin embargo, la misma democratización de opiniones que constituía el eje de la Asamblea Comunitaria, fue la que dificultó su plena implementación. El manicomio, por su constitución histórica no soportó la horizontalidad, y detrás de las Comunidades Terapéuticas sobrevivió la vieja psiquiatría asilar (Galende, 1990); no obstante, la guerra había cambiado la visión del manicomio, y comenzó una revolución psiquiátrica donde se reevaluaron los esquemas políticos-culturales.

En 1953, a partir de denuncias acerca de las condiciones de los manicomios, la Organización Mundial de la Salud, convoca a un “Comité de Expertos” para estudiar la organización de los servicios psiquiátricos en los países de las Naciones Unidas (Galende, 2008) y a partir de ese informe, surge la recomendación de transformar todos los hospitales psiquiátricos en Comunidades Terapéuticas.

De manera paulatina, el tema de la salud mental toma jerarquía en el conjunto de servicios de salud en Inglaterra, sin embargo, la posibilidad de cerrar el manicomio depende de la existencia de otros servicios de salud comunitarios (Desviat, 2012) que brinden la

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

asistencia para dar respuesta a las necesidades y demandas que surjan a partir de esta política de desmanicomialización.

En 1959 el gobierno laborista, que tenía como prioridad una significativa renovación sanitaria, funda el Servicio Sanitario Nacional que incluye a la psiquiatría (Basaglia, 2008), creando las unidades psiquiátricas en los hospitales generales y hospitales de día. Es de gran significancia un hecho de este tipo, en un país en donde a mediados de los años cincuenta, el cincuenta por ciento de las camas eran psiquiátricas (Desviat, 2012).

Los hospitales psiquiátricos comenzaron a abrirse, y los internos ingresaban al mercado del trabajo, como así también en la comunidad, que le brindaba un marco histórico y social que promovía su bienestar. Sin embargo, en Inglaterra sobrevivieron los asilos junto a los nuevos centros de salud mental comunitaria, dejando así la primera experiencia de desinstitucionalización que lleva a la conclusión de que mientras exista el manicomio, los dispositivos que se desprendan de ella, no modificarán la naturaleza política de la vieja psiquiatría.

4.1.3 La Política de Sector de Francia

La idea de la Política de Sector comenzó en el Hospital de Saint Alban, dirigido por Paul Balvet, quién en 1939 logra la liberación de Tosquelles, un psiquiatra catalán que se encontraba detenido en un campo de refugiados en Caylus y que había organizado durante la Guerra Civil los territorios de salud mental en Cataluña.

Ya en Saint Alban y junto a un grupo de intelectuales y psiquiatras considerados progresistas, se constituyó el grupo Gevaudan, que desarrolló una crítica a la psiquiatría hegemónica, elaborando las primeras ideas de la Psiquiatría de Sector que fueron presentadas en las Jornadas Psiquiátricas Nacionales en 1945 y 1947 (Desviat, 2012), donde se reunió el consenso para comenzar con la conversión del sistema de salud mental en toda Francia.

Esta política, consistía en estatizar todos los servicios de salud mental privados hasta lograr abolir los hospitales psiquiátricos y se constituyó desde la geo psiquiatría como un rechazo al asilo y su política de segregación y exclusión. Plantea un trabajo de intervención en territorio que permite la integración de la persona con padecimiento mental en su medio social, brindándole asistencia e internación domiciliaria en la comunidad (Galende, 1990).

El dispositivo consiste en la división del territorio en un número de sectores geográficos con poblaciones de alrededor de 70.000 habitantes donde cada sector contaba con

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

camas destinadas en el hospital para internación y dispositivos intermedios como hospital de día y talleres protegidos. Se disponía de un móvil que trasladaba al equipo de salud mental a la comunidad, donde se realizaba el conjunto de tareas terapéuticas que incluían la prevención, detección temprana, internación, externación y seguimiento, garantizando la continuidad de cuidados (Desviat, 2012). De esta manera, el tiempo de internación en el hospital era considerado como una etapa del tratamiento (Amarante, 2006).

En 1960 se emitió una Circular Oficial donde se especifica que “el principio esencial de la organización de la lucha contra las enfermedades mentales es separar lo menos posible al enfermo de su familia y de su medio” (Huertas, 1991, p.75). Sin embargo, aunque la Circular de 1960 impulsó a la conversión del sistema de salud a la política de Sector de Francia, comienza a ser efectivamente aplicada a partir de 1971, junto con nuevas circulares reguladoras que permitían su implementación.

Las dificultades que surgieron para la implementación de la política de sector fueron varias, una de ellas y quizás la más determinante era la formación de los recursos humanos, que, al mantener la formación clásica en las universidades, los trabajadores de salud mental no concebían la práctica fuera de los consultorios de los hospitales (Galende, 1990). La política de sector fue pensada para desarrollarse a partir del hospital psiquiátrico, teniendo éste el monopolio de la administración de los servicios. Se sucede así, una lucha de poder entre los dos modelos, que convivieron hasta la crisis del Estado de Bienestar, momento donde las políticas sociales comienzan a ser paulatinamente recortadas (Huertas, 1991).

De alguna forma, el fracaso de la política de sector, se basó en estas dificultades, y si bien se lograron mantener ambos modelos, las prácticas asilares mantuvieron su hegemonía, aunque al día de hoy se sostiene que hace tiempo el hospital psiquiátrico no es la solución a la locura.

4.1.4 La Psiquiatría Comunitaria de EEUU

En 1955, el Congreso de los EE.UU. decide formar una Comisión Especial, llamada Joint Commission on Mental Illness and Health, para que realice un informe sobre la situación de la Salud Mental en el país y consecuentemente proponga las medidas que considere necesarias. El informe desarrollado y conocido como "Action for Mental Health" fue presentado en 1960, y detalla recomendaciones que fundamentan la apertura de hospitales hacia la comunidad, como así también la creación de dispositivos que permitan la atención de

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

los pacientes en el seno de la sociedad (Galende, 1990). Con base en este informe, en octubre de 1963 se aprueba la Community Mental Health Center and Retardation Act, comunmente conocida como Ley Kennedy, que proponía la creación de servicios para la prevención, diagnóstico, atención y rehabilitación de los enfermos mentales. Esto supuso la creación de los Centros de Salud Mental Comunitaria y un proceso radical de desinstitucionalización de las personas internadas (Desviat, 2012).

Galende (1990), detalla que los Centros de Salud Mental Comunitaria se instalaron en todos los Estados, y cada uno de ellos, debía contar mínimamente con cinco servicios básicos: 1) consultorios externos para atención ambulatoria de pacientes y seguimiento de ex-pacientes de hospitales psiquiátricos; 2) servicio de urgencias psiquiátricas denominadas "intervenciones en crisis"; 3) servicio de admisión; 4) servicio de consulta y educación, (actividades de prevención primaria y promoción de salud mental); 5) servicio de internación total o parcial (Hospitales de Día, Hospitales de Noche).

Luego de diez años de implementación, los Centros de Salud Mental Comunitaria brindaban el 70% de la atención psiquiátrica, el 17% en instituciones privadas y el 12% en hospitales psiquiátricos (Galende, 2008). Sin embargo, luego de varios años, los hogares para pacientes externados reprodujeron modalidades y características que los fueron convirtiendo en “minimanicomios” (Galende, 1990). La externación de los pacientes no fue adecuadamente acompañada y se originaron problemas de abandono e importantes carencias en la atención, generando denuncias que presentaba la desinstitucionalización por falta de apropiados dispositivos intermedios y formación pertinente de los profesionales que trabajaban en los Centros (Desviat, 2012), que resistían a la idea de tener una función ligada a la comunidad, desprestigiando su profesión. Fue así, como el hospital psiquiátrico sobrevivió a la reforma y la psiquiatría comunitaria terminó siendo un programa para los más pobres.

4.1.5 La Psiquiatría Democrática de Italia

En Italia, también en la década del 60 comienzan las críticas al asilo, esta vez, de la mano de Franco Basaglia, quien era director del Hospital de Gorizia, en el norte de Italia. Esta reforma, al ser posterior a los movimientos de Inglaterra y Francia, ya contaba con experiencias de la política de sector y comunidades terapéuticas. Sin embargo, se presentaba un reto mayor. Las experiencias en Francia e Inglaterra no habían logrado cambiar el paradigma de atención hacia la comunidad. Es por esto que, si bien la reforma en Italia se

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

basó en los movimientos europeos de la posguerra, su proyecto termina siendo superador. La reforma italiana propuso un cambio de paradigma que logre el cambio real en los métodos de atención, desplazándola desde la enfermedad hacia la persona como sujeto de derechos y con una atención en su contexto, teniendo en cuenta su red familiar y social.

Según Amarante (1994), “el proyecto de transformación institucional de Basaglia es esencialmente un proyecto de deconstrucción/invencción en el campo del conocimiento, de las tecnociencias, de las ideologías y de la función de los técnicos y de los intelectuales” (p. 61).

La propuesta de Psiquiatría crítica que propone Franco Basaglia se funda en que el asilo no admite ser reformado, debido a que el mismo ya está considerado como un lugar de depósito para los enfermos de clase baja. Es necesario suprimir el asilo, trasladando la problemática al contexto de la comunidad y creando dispositivos de atención en salud mental que cubran la demanda de asistencia que ya no cubriría el asilo (Galende, 1990).

En los 60, la psiquiatría de Italia se organizaba en una amplia red de hospitales psiquiátricos con profesionales de perfil generalmente biólogos, y reticentes a los cambios en las políticas en salud mental. En ese contexto, Basaglia asume la dirección del Hospital de Gorizia y junto a otros trabajadores plantearon una crítica del funcionamiento del asilo y propusieron convertirlo en un hospital abierto. Sin embargo, en 1968 se produce el "incidente de Gorizia". Un paciente internado desde hacía diez años había salido por unos días de visita a su casa y mata a su esposa. Los actores que se fundamentaban en contra de la reforma, aprovecharon el episodio para acusar al director de homicidio, sin visualizar que el crimen tenía carácter pasional, por más que el homicida fuera una persona internada. Si bien el proceso no prosperó, generó conmoción en la comunidad, pidiendo mayor seguridad en la transformación y apertura del hospital, esto generó trabas de la administración al plan de externación y Basaglia decide renunciar (Galende, 1990).

En agosto de 1971 Franco Basaglia asume la dirección del hospital de Trieste, con la propuesta de abolir el manicomio y superarlo con una red de servicios territoriales sustitutivos de las múltiples funciones de atención que el mismo brindaba. Fomentó la creación de otros dispositivos que proveyeran servicios de salud mental como, por ejemplo, siete centros de salud mental (uno para cada área de la ciudad) que funcionaban las 24 horas y cubriendo una población de entre 20 y 40 mil habitantes. También se crearon viviendas para los usuarios y cooperativas de trabajo para las personas externadas. (Amarante, 2006).

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

Estas experiencias generaron las condiciones necesarias para la creación del movimiento de Psiquiatría Democrática en 1973, que apoyaba la decisión de abolir el hospital psiquiátrico. En este contexto, el Partido Radical propuso la realización de un referéndum para derogar la ley vigente que databa de 1904 que proponía una atención psiquiátrica basada en proteger a la comunidad de los enfermos mentales, anteponiendo la guardia a la atención. Se reunieron las 500.000 firmas y en 1978 se logró la sanción de la Ley 180 que establece que, a partir de su sanción, no se admiten pacientes nuevos en los hospitales psiquiátricos, y que a partir de 1981 no se pueden reinternar personas externadas.

Las internaciones involuntarias deben siempre fundamentarse en la plena necesidad y no en la noción de peligrosidad, y en el caso de hacerlo, sólo puede internarse por un período fijado y no mayor a diez días. Ambas internaciones, voluntarias e involuntarias, se realizarán en los servicios de los hospitales generales, estableciéndose que deben destinarse 15 camas de cada hospital por cada 200.000 habitantes para la internación en salud mental (Galende, 1990).

Con la promulgación de la ley 180 se sanciona el fin del hospital psiquiátrico como institución segregadora, estableciendo como principal el tratamiento en los nuevos centros comunitarios.

La propuesta italiana promovió a la inclusión de los pacientes internados al proceso de apertura del hospital psiquiátrico y su posterior externación, realizando visitas y considerando sus singularidades para la posibilidad de obtener un trabajo y vivir en un alojamiento en compañía de algún compañero o miembro del equipo de salud. Los casos en los que se requiere un tratamiento con psicofármacos eran atendidos en el Centro de Higiene Mental de la zona, y aquellos pacientes que no podían ser desinstitucionalizados eran trasladados a hogares especiales (Galende, 1990).

La experiencia de la reforma psiquiátrica italiana logra la masiva desinstitucionalización de enfermos hasta la sustitución del hospital psiquiátrico por los dispositivos comunitarios que promueven la atención de las personas externadas. Su propuesta de pensar una psiquiatría democrática, tal como denominaron al movimiento, se basaba en la conciencia crítica social que repensara al enfermo mental en su contexto, con su historia, en su familia, en su comunidad. Es por esta razón, la de pensar el cambio en el seno de la comunidad, que la experiencia de la reforma italiana fue un éxito: abrir las puertas de los hospitales, para definitivamente cerrarlas.

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

4.2. *La reforma psiquiátrica en Argentina*

4.2.1 Un breve recorrido desde 1880 hasta 1956

4.2.1.1 *El origen de los dispositivos manicomiales*

En Argentina, el dispositivo psiquiátrico se constituye a partir de 1880, luego de la creación de los hospicios, cátedras y textos fundados en el tratamiento moral de Pinel. Vezzetti (1985) refiere sobre el tratamiento moral:

No es posible especificar muy precisamente la técnica del tratamiento moral, porque no tiene reglas, aunque incluye compasión y rigor, comprensión y castigo, persuasión y represión física. Es más bien una orientación general, una intención modificadora de la conducta que pone un énfasis particular en el influjo personal que el médico puede lograr sobre su loco. Fundamentalmente, es un modo de plantear la relación de autoridad del alienista respecto del alienado, en el interior del manicomio. Antes de eso puede decirse que esa relación no existe, aunque hubiera médico en los viejos hospitales: faltaba una tecnología definida de intervención directa, mediante el influjo personal, sobre el paciente internado (p.70).

El dispositivo psiquiátrico se desarrolló puntualmente en el Hospicio de las Mercedes, dirigido por el titular de cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Buenos Aires (UBA), Lucio Meléndez, quien se propuso ponerle fin al abuso en las internaciones, muchas causadas por cuestiones ligadas a los hábitos de jueces y policías de tomar al hospicio como un lugar de encierro y reclusión de las personas marginadas o abandonadas (Vezzetti, 1985). Desde ese entonces se consideraba que el espacio de internación reproduce las fracturas y barreras del campo social, y se incentivaba a fomentar o mantener un oficio, pensando al trabajo como una práctica terapéutica que la persona internada practicaba fuera del hospicio. A partir de una zapatería inaugurada por su antecesor, Meléndez promovió la creación de otros talleres, como el de carpintería, herrería y jardinería, con la idea de que el trabajo logra fijar una actividad socialmente valorada (Vezzetti, 1985).

La primera etapa, marcada por la dirección de Meléndez se constituyó como una época de aprendizaje y construcción del espacio asilar, sucedida por Domingo Cabred (a partir de 1892), quien profundiza en la clínica psiquiátrica basada en la exploración psíquica. Cabred impulsó la creación del sistema psiquiátrico de puertas abiertas mediante la ley 3548 de 1897

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

que ordena la creación de La Colonia Nacional de Alienados Open Door, la primera colonia destinada a enfermos mentales para toda la República. Finalmente fue creada en 1899 inspirada en las experiencias inglesas de sistema a puertas abiertas, que promovían talleres y actividades al aire libre (Falcone, 2000).

Otro resultado de la gestión de Cabred fue la promulgación de la ley 4953 en 1907, que promovía la solución a la insuficiencia de establecimientos y el hacinamiento de las personas internadas en ellos. Como menciona Vezzetti (1985), citando el Discurso sobre asilos y hospitales regionales en la República Argentina (Ley 4953, p.26), el sistema de puertas abiertas fue definido por Cabred como:

Un conjunto de disposiciones de orden material y de régimen interno que tienden, todas, a dar al establecimiento el aspecto de un pueblo, a proporcionar a sus moradores la mayor suma de libertad, compatible con su estado de locura, y a hacer del trabajo uno de los elementos más importantes del tratamiento moral (Vezzetti, 1985, p.79).

4.2.1.2 El movimiento de Higiene Mental

El movimiento de higiene mental nace en Estados Unidos, producto de una obra de Clifford Beers que narra sus experiencias luego de haber estado internado varios años y en diversos establecimientos psiquiátricos. Este movimiento se extiende hasta llegar a tener un congreso internacional en 1930 (Vezzetti, 1985).

Luego del tercer congreso en Londres en 1948, la higiene mental se reorientó hacia lo que se denominó el movimiento de la salud mental, visualizándose la importancia de los factores ambientales, los factores emocionales y los vínculos interpersonales en una concepción del síntoma como reacción a situaciones conflictivas (Talak, 2005)

En Argentina, se crea la Liga de Higiene Mental en 1929, bajo la dirección de Gonzalo Bosch, dedicada a mejorar la atención de los pacientes psiquiátricos y trabajando principalmente en la prevención de la enfermedad mental. La propuesta se planteó en desarrollar la asistencia psiquiátrica abierta que se presentaba como oposición al modelo asilar (Falcone, 2000). Gonzalo Bosch, fue profesor titular entre 1922 y 1930, de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Rosario, director del Hospicio Nacional ("Hospital José T. Borda"), de 1931 a 1947; y profesor titular de la Cátedra de Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Buenos Aires, en 1943. La idea que desarrolló fue la posibilidad de evitar la entrada en el hospicio de aquellas personas que podían recibir un

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

tratamiento ambulatorio, limitando las funciones de los manicomios a los casos estrictamente necesarios (Talak, 2005).

Se promovió a realizar un cambio en las instituciones de asistencia y a la creación de hospitales psiquiátricos abiertos, servicios en hospitales generales y consultorios externos, promoviendo también la formación e incorporación de asistentes sociales y enfermeros a los equipos de atención (Talak, 2005).

4.2.1.3 La gestión del Dr. Ramón Carillo

En 1943 se crea la Dirección Nacional de Salud Pública dependiente del Ministerio del Interior y en 1946 se crea la Secretaría de Salud Pública, con categoría de Secretaría de Estado, asignando al funcionario de mayor jerarquía el cargo de Ministro (Falcone, 2000). El Dr. Ramón Carillo fue Ministro de Salud durante los dos primeros gobiernos del Gral. Juan Domingo Perón (1946 a 1954) y entre los siete índices que tomaba para medir el estado sanitario contemplaba “el máximo de enfermos mentales cuando pase de 1 por 1000” (Chiarveti, 2008, p.173).

Carillo basó su política en abandonar la beneficencia y jerarquizar la asistencia médica como obligación del Estado, garantizando la atención de la salud mental y proponiendo la sustitución del término “alienados” por “enfermos mentales”. Comenzó a promover otros dispositivos de atención, como los Centros de Psiquiatría Preventiva que podrían ser anexos al hospital o independientes de él, y servirían como centro de diagnóstico y tratamiento ambulatorio (Chiarveti, 2008). Como referencia Chiarveti (2008) a partir de un discurso brindado por Carrillo en 1974, aún sin cuestionar la existencia del hospital psiquiátrico, ya en esa época, el Ministro decía:

No existe ninguna incompatibilidad funcional con los hospitales generales. Los inconvenientes sólo existen en la cabeza de los clínicos que no saben psiquiatría. Se puede, pues, tener enfermos mentales internados en una sala especial sin ningún inconveniente y a muy bajo costo (p.173).

4.2.2. La construcción del campo de la salud mental en Argentina

A partir de 1956 se ubican los primeros posicionamientos críticos al hospital monovalente, promoviendo diferentes dispositivos y propuestas. Se había instalado en el

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

debate público la necesaria reorientación del modelo psiquiátrico de atención hacia un nuevo campo que se fue configurando, que es el campo de la Salud Mental.

Inspirado en el modelo de EEUU, en 1957 se crea mediante el Decreto Ley N° 12.628 el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) dependiente del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, siendo sus funciones: prevenir las enfermedades neuropsiquiátricas, promover la investigación científica, prestar asistencia integral a los enfermos mentales y contribuir a la recuperación y rehabilitación social de los enfermos (Falcone, 2000). La dirección técnica y administrativa era ejercida por el Consejo Nacional de Salud Mental, y la elaboración y actualización de un programa de atención de la Salud Mental estaba a cargo de la Comisión Nacional Asesora de Salud Mental (Chiarvetti, 2008). El Consejo Nacional de Salud Mental fue el que elaboró el Proyecto de Reglamentación Orgánico Funcional del INSM, que tenía en cuenta las recomendaciones de la OMS de promover la creación de Comunidades Terapéuticas (Falcone, 2000).

En 1958 se inaugura el Servicio de Psicopatología del Hospital Evita de Lanús, a cargo de Mauricio Goldenberg, con el fin de reducir la internación de los enfermos y promover la atención ambulatoria en consultorios externos (Falcone, 2000). La pequeña sala psiquiátrica de catorce camas se transformó en un servicio con un centenar de trabajadores de distintas disciplinas que centraban la atención a corto plazo para que las personas puedan reintegrarse rápidamente a sus comunidades, reduciendo el estigma y el aislamiento propio de las internaciones en hospitales psiquiátricos (Ramos, 2013)

El Plan Goldenberg planteaba una reformulación de lo asilar para la creación de Servicios de Psicopatología en Hospitales Generales y centros periféricos de Salud Mental (Galende, 1998). Lonigro (2015) rescata a Valentín Barenblit, sucesor de Goldenberg, que destaca tres ejes en la transformación del Servicio: a) fue un trabajo entendido de forma democrática, simétrica e interdisciplinaria, donde participaron varios saberes; b) una visión de interinstitucionalidad ya que ninguna institución por sí sola puede dar una respuesta completa a la comunidad; c) intersectorialidad, implicando a los sectores de educación, trabajo, justicia y cultura. Esta experiencia tan importante en la reforma psiquiátrica argentina fue interrumpida por la dictadura militar en 1976.

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

4.2.3. La Reforma Psiquiátrica en Argentina

Galende (1990) relata que la década del sesenta puede ser llamada la década de lo psicológico ya que comienzan a egresar los primeros psicólogos, se crean los primeros Centros de Salud Mental, las primeras Comunidades Terapéuticas, como así también los Servicios de Psicopatología en hospitales generales. En 1967, durante la dictadura de Onganía, asume como director del INSM el Coronel Julio Ricardo Estévez, quien promueve el Plan de Salud Mental que incorporaba la estrategia de la creación de Comunidades Terapéuticas (Chiarvetti, 2008). Galende (1998) refiere a este hecho como uno de los “más curiosos de esta historia: en nombre de la dictadura militar se lanzaba la reforma democrática de la psiquiatría”. En ese mismo año, se sancionó la ley 17.132, que instauro el poder de lo médico en la distribución de funciones y reconocimientos en el campo de la salud mental.

En 1968, la comisión Ambrona reformuló el artículo 482 del Código Civil (Galende, 1998), que fue modificado por la Ley 17.711¹.

El demente no será privado de su libertad personal sino en los casos en que sea de temer que, usando de ella, se dañe a sí mismo o dañe a otros. No podrá tampoco ser trasladado a una casa de dementes sin autorización judicial. Las autoridades policiales podrán disponer la internación, dando inmediata cuenta al juez, de las personas que por padecer enfermedades mentales, o ser alcoholistas crónicos o toxicómanos pudieren dañar su salud o la de terceros o afectaren la tranquilidad pública. Dicha internación sólo podrá ordenarse, previo dictamen del médico oficial. A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la internación de quienes se encuentren afectados de enfermedades mentales aunque no justifiquen la declaración de demencia, alcoholistas crónicos y toxicómanos, que requieran asistencia en establecimientos adecuados, debiendo designar un defensor especial para asegurar que la internación no se prolongue más de lo indispensable y aun evitarla, si pueden prestarle debida asistencia las personas obligadas a la prestación de alimentos (Código Civil del año 1968, artículo 482).

El dispositivo de Comunidades Terapéuticas fue recomendado por la OMS en 1953 y en Argentina se implementó recién a partir de 1963 alcanzando la práctica en 11 instituciones (Lonigro, 2015). Las comunidades terapéuticas en Argentina se basaron en el trabajo de

¹ En el año 2010, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 en su artículo 43, sustituye el artículo 482 del Código Civil de la Nación.

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

Maxwell Jones en Inglaterra. Con la visita de Jones a la Argentina en la década del 60 se promovió el potencial terapéutico de estas comunidades (Ramos, 2013).

La primera experiencia fue en Colonia Federal, Entre Ríos; bajo la dirección de Raúl Camino y duró desde 1966 hasta 1976. Recibía pacientes del Hospital Borda, del Hospital Moyano y de otros hospitales de la zona, alojando entre 300 y 400 personas con actividades de índole terapéuticas y en espacios de asambleas (Lonigro, 2015). Camino convocaba a asambleas tres veces por semana, donde tanto pacientes como el personal de la Colonia, discutían todo tipo de cuestiones, desde la medicación hasta eventos interpersonales. En un principio, Camino dirigió las asambleas, pero a medida que aumentaba la participación, los pacientes comenzaron a elegir a los líderes de las asambleas (Ramos, 2013).

La Comunidad Terapéutica del Hospital Estéves de Lomas de Zamora, en la Provincia de Buenos Aires fue dirigida por Ricardo Grimson y fue cerrada en 1971 por la dictadura de Levingston. Los principios de las Comunidades Terapéuticas estaban basados en la horizontalidad, democratización y comunicación con modalidades de asambleas; características que no resultaron compatibles con los gobiernos de facto (Chiarvetti, 2008).

La década del setenta, Galende (1990) la caracteriza “por un triple malestar: médico, sociopolítico y psicológico”. Durante esta década, el mayor movimiento de transformación psiquiátrica en Argentina fue protagonizado por la Federación Argentina de Psiquiatría (Galende, 1998), que, si bien había sido creada en 1959, tomó fuerza a partir de las cuestiones políticas coyunturales de la época. Sus integrantes se autodenominaron “Trabajadores de la Salud Mental”, planteando un nuevo modelo alternativo de salud mental en el país y situando a la salud mental en el centro de un debate socio político donde era ineludible el enfrentamiento con los responsables del sistema manicomial que se quería abolir. Por razones también políticas en diciembre de 1983 dejó de funcionar.

En 1972 se crea la Coordinadora de Trabajadores en Salud Mental (CTSM) y el Centro de Docencia e Investigación (CDI) que proponían una intervención política de la problemática de la Salud Mental (Galende, 1990). El golpe militar en 1976 impidió el desarrollo de esta experiencia (Chiarvetti, 2008). De 1974 a 1983, Argentina soportó dos regímenes opresivos que tenían como blanco a los elementos políticos de izquierda en el campo psiquiátrico (Ramos, 2013).

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

4.2.4. La Psiquiatría en democracia y los antecedentes de la LNSM

Durante el mandato del Dr. Raúl Alfonsín se desempeñó como Director de Salud Mental el Dr. Vicente Galli, quien propuso importantes estrategias para reformar el dispositivo de salud mental (Lonigro, 2005). Chiarvetti (2008) detalla:

Entre las estrategias generales que planteaba para la salud mental, incluía: a) la integración de las políticas en Salud Mental con las políticas generales de salud; b) la integración intersectorial; c) la ampliación de la cobertura, incluyendo acciones de promoción y prevención, de manera que la misma fuera equitativa para toda la población; d) la participación de usuarios y prestadores en la definición de necesidades, estrategias y asignaciones de recursos; e) el desplazamiento del eje centrado en el modelo Hospital - Enfermedad hacia el modelo Comunidad - Salud y el incremento de presupuestos para ello y nunca para incrementar prácticas y sistemas custodiales, segregacionistas y/o exclusivamente asistencialistas; f) la transformación de los grandes Hospitales Psiquiátricos y desaliento de los institutos privados que funcionaran similarmente; g) el desarrollo conceptual y práctico de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) en Salud Mental (p.176).

La propuesta de Galli no fue suficiente para la transformación y cambio de paradigma, sin embargo, logró promover la creación de una conducción de Salud Mental dentro de la órbita de Salud en casi todas las provincias del país como así también la creación de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISAM) (Chiarvetti, 2008). También logró poner en agenda la problemática de la salud mental y en algunas jurisdicciones se produjeron cambios en los dispositivos de atención, como por ejemplo la creación del Servicio de Salud Mental en el Hospital Interzonal General San Martín de la ciudad de La Plata (Lonigro, 2005).

Por otra parte, también hubo provincias en las que se generaron importantes cambios tanto en su organigrama como así también en su legislación, como Río Negro, Santa Fe y Entre Ríos.

En Río Negro, en 1985 se creó el Programa Provincial de Salud Mental, creándose también equipos móviles para intervención en crisis e iniciándose el movimiento de desmanicomialización inspirado en las políticas iniciadas en Italia por Basaglia (Lonigro, 2015). En octubre de 1988 se cerró el Hospital Psiquiátrico Allen, transformándose en un Hospital General en el que funcionaba un Servicio de Salud Mental y en 1991 se promulgó la ley 2440, que en su artículo 1 establece:

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

La internación se concibe como último recurso terapéutico y luego del agotamiento de todas las formas y posibilidades terapéuticas previas. La internación implicará que se tienda permanentemente a lograr la externación de la persona y su tratamiento ambulatorio. La reinserción comunitaria de quien resulte internado deberá constituir el eje y la causa de esta instancia terapéutica (Río Negro, 1991, p.1).

En Santa Fe, se promulga la Ley 10.772 en 1991, que establece en su artículo 1 que se evitarán los tratamientos que pudieran ocasionar algún daño a la salud, privilegiándose las que menos restrinjan la libertad y alejen del núcleo familiar y social. En su artículo 18 detalla que se establece un plazo máximo de 3 años desde la promulgación de la ley para la transformación de los establecimientos de internación en salud mental y que se promoverá la implementación de medidas asistenciales alternativas, entre ellas, servicios de salud mental en hospitales generales.

En Entre Ríos se promulga la ley 8806 en 1994, estableciéndose en su artículo 21 que los establecimientos psiquiátricos públicos seguirán funcionando con el sistema de puertas abiertas hasta su reconversión definitiva. El artículo 22 detalla:

El Poder Ejecutivo tomará los recaudos necesarios a fin de implementar la reforma del sistema asistencial psiquiátrico de la Provincia, tendiendo a una progresiva desmanicomialización en todo el territorio, y para el cabal cumplimiento de la protección prevista por la presente ley, en un plazo máximo de dos (2) años a contar desde su promulgación. Por cada cama de breve estadía que se simplemente en los Centros Departamentales de Salud Mental, se darán de baja cinco (5) camas psiquiátricas de las existentes en los hospitales psiquiátricos de la Provincia. Adoptará asimismo las medidas conducentes a que la protección del Estado Provincial a los residentes en hospitales psiquiátricos por razones predominantemente de desamparo socio-familiar, pase del área de Salud a la de acción Social, mediante la creación de casa de medio camino, viviendas comunitarias u otras alternativas que faciliten la desaparición del manicomio tradicional (Entre Ríos, 1994, p.1).

En el año 2000, se promulga la ley 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, luego de un fuerte debate, que apunta a la desinstitucionalización progresiva y a la creación de redes de servicios y protección social (Chiarvetti, 2008).

Faraone (2009) retoma que el surgimiento de leyes provinciales de salud mental que promueven un cambio en las prácticas manicomiales fomentaron la conformación de la Ley Nacional de Salud Mental, reubicando la discusión sobre la transformación del sistema de salud mental conforme a lineamientos de la OMS y de experiencias como las de Brasil e

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

Italia. Sin embargo, estos lineamientos se enfrentan a prácticas hegemónicas con intereses que siguen jerarquizando al hospital psiquiátrico como centro de la atención en salud mental.

Aparte de los antecedentes normativos, también se destacan experiencias e informes que promovieron la formulación de la LNSM. Una experiencia importante es la del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA), creado en 1999 que propone la reinserción social de personas internadas en el Hospital Esteves en la Provincia de Buenos Aires, promoviendo redes sociales que actúen como soportes del proceso de externación. Por otra parte, el informe “Vidas Arrasadas: la segregación de las personas en asilos psiquiátricos argentinos” realizado en el 2006 por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y por el Mental Disability Rights International (MDRI), documentó la violación de los derechos humanos que padecen las 25.000 personas que están asiladas en instituciones psiquiátricas argentinas.

4.2.5. El Proyecto de la Ley Nacional de Salud Mental

El primer proyecto de ley fue presentado en la Cámara de Diputados en el año 2007 y luego de debates y jornadas de trabajo, fue presentada nuevamente en el 2009, año en que recibió la media sanción de esta Cámara. Este proceso de participación social y ciudadana fue apoyado por el CELS, la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos (APDH), la Red de Familiares, Usuarios y Voluntarios, Carta Abierta, Madres de Plaza de Mayo y otros organismos de la sociedad civil junto con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, autoridades de salud mental jurisdiccionales y actores múltiples en el entramado de esta construcción colectiva (Gorbacz, 2011).

La Ley Nacional de Salud Mental se enmarca en la adherencia de la Argentina a una serie de tratados internacionales, que son citados en su artículo 2:

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

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas (Ley Nacional de Salud Mental, 2010, p.1).

Los Principios de Naciones Unidas para la Protección de Enfermos mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, proporciona directrices para implantar o evaluar los sistemas de salud mental, promoviendo principios referidos a la vida en comunidad, a los tratamientos que preserven y estimulen la independencia personal, a la medicación exclusivamente con fines terapéuticos, entre otros.

La Declaración de Caracas, es considerada un hito en el desarrollo de los servicios de salud mental de las Américas ya que instan a la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica basada en la Atención Primaria de la Salud y en la salud comunitaria, propiciando la internación en hospitales generales y protegiendo los derechos humanos de las personas con trastornos mentales.

Los Principios de Brasilia surgen de la Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas. Se reconoce que se han producido en el nivel regional avances en la reestructuración de la atención psiquiátrica a partir de la implementación de los principios de la Declaración, e incluso remarca la experiencia de la reforma de la atención psiquiátrica en Brasil, que promueve la reducción significativa de camas psiquiátricas y la creación de redes comunitarias de atención. Sin embargo, subraya que aún continúa siendo excesivo el número de camas en los hospitales psiquiátricos, e insuficiente el número de servicios alternativos en la comunidad.

Cabe destacar también la Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con Discapacidad, realizada en 2006 en Nueva York, pero efectivamente ratificada en 2008. Este texto busca la promoción y protección de los derechos humanos y libertades fundamentales para todas las personas con discapacidad, promoviendo el respeto de su dignidad inherente.

La Ley de Salud Mental Argentina promueve el cambio de un paradigma basado en la peligrosidad, hacia un paradigma basado en la capacidad, con enfoque en los derechos de las personas y la inclusión social (Gorbacz, 2011).

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

4.3. La reforma psiquiátrica en Brasil

4.3.1 Antecedentes de la reforma psiquiátrica: una síntesis desde 1841 a 1964.

Tal como relata Bravo (2011), en Brasil no existió un tratamiento institucional para la locura en la época colonial, los locos vagaban libremente o permanecían ocultos, ya que las Santas Casas de Misericordia recibían a enfermos, pobres y mendigos, pero no a los locos. La psiquiatría en Brasil surge con la creación en 1841 del primer manicomio inspirado en la experiencia francesa. Inaugurado en 1852 bajo el nombre de Hospicio de Pedro II, en homenaje al emperador de Brasil, Pedro II, hijo de Pedro I, quien había proclamado la independencia de Brasil del imperio portugués en 1822. Uno de los motivos para la creación de este primer manicomio, fueron las denuncias sobre el estado de abandono en que se encontraban los locos en la ciudad de Río de Janeiro (Venancio, 2012). Sin embargo, la crítica principal era que esta institución albergaba tanto a enfermos tratables, como a peligrosos crónicos (Bravo, 2011).

Es por esto que el 11 de enero de 1890 se sanciona el Decreto 142, que denomina al asilo brasileño como Hospicio Nacional de Alienados bajo la dirección del profesor titular de psiquiatría João Teixeira Brandão (Bravo, 2011) y deja de formar parte de la Santa Casa de la Misericordia, pasando a ser responsabilidad exclusiva de las instituciones médicas y dejando de ser parte de la caridad religiosa (Venancio, 2012). En sustitución de las acciones de beneficencias vinculadas a la Iglesia, se invocaba el poder del Estado, iniciándose como instancia autónoma el sector mental en Brasil (Messas, 2008). De esta manera, esta separación, permitió al poder psiquiátrico ganar poder de decisión en lo que refería al ingreso y permanencia en los asilos, tarea hasta entonces designadas al juez, al policía o a la Santa Casa de la Misericordia. En este entonces se generaron más presiones para la creación de un establecimiento institucional especial para los locos criminales, exigida desde 1870 (Bravo, 2011).

El 15 de febrero de 1890, el Decreto 206 daba instrucciones para el funcionamiento del Hospicio, y en el mismo año, el Decreto 791, crea la Escuela Profesional de Enfermeros y Enfermeras dentro del Hospicio Nacional de Alienados. El intenso curso que duraba dos años venía a cubrir la demanda que dejó la salida del hospicio de las hermanas de caridad (Marzano & Sousa, 2003). El similar contenido de las currículas de enfermeros y médicos,

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

reflejaba el paso de un asistencialismo benéfico a la atención terapéutica profesional (Messas, 2008).

Un actor principal de la época fue Juliano Moreira, director del Hospicio Nacional de Alienados, como así también de la Assistência a Alienados desde 1903 y hasta 1930. Junto con Oswaldo Cruz, director general de salud pública de Brasil, tomaron medidas de saneamiento e incentivaron la promulgación de la primera Ley federal de asistencia a los alienados (Venancio, 2012). Moreira dotó de nuevo equipamiento al Hospicio Pedro II, promoviendo el estilo open door, y defendiendo la idea de que todas las personas internadas podrían beneficiarse de la vida al aire libre combinada con el trabajo. Su labor estuvo basada en el sistema alemán, en el que la asistencia era llevada a cabo fuera de la institución por empleados y familias (Venancio, 2012).

El 22 de diciembre de 1909, se promulga mediante el Decreto 1.132 la Ley de Asistencia a Alienados, con autoría de João Carlos Teixeira. Esta ley permitía “recluir en establecimientos adecuados a aquellos que, por molestia mental adquirida o congénita, comprometiesen el orden público” (Bravo, 2011 p.57). Esta ley defensora de los derechos individuales, procuraba dar condiciones asistenciales y jurídicas para la protección integral del alienado mental, constituyéndose como una pieza progresista aún en días actuales, ya que establecía que la internación sería transitoria, debiendo el director del establecimiento, dentro de las 24 horas, comunicar al juez la admisión con un detalle de la situación (Messas, 2008).

A partir de la Ley Teixeira Brandão, se siguió una cadena de actos normativos que proponían la ampliación de la acción estatal sobre la salud mental de la población, estableciéndose como política en 1920 mediante el Decreto 3.987 por el cual se crea el Departamento Nacional de Salud Pública (DNSP), subordinado al ministro de Justicia y Negocios Interiores (Messas, 2008). El DNSP oficializó la intervención del estado mediante la acción policial por sobre el espacio colectivo e individual, comprendida esta acción desde la actuación en la intimidad de las viviendas hasta los espacios comerciales. De esta manera, se comenzaba a percibir un intervencionismo dictatorial (Messas, 2008).

En 1921 bajo el Decreto 1.483, Brasil inaugura en Río de Janeiro el primer manicomio judicial para condenados con síntomas de locura. En el apogeo de los regímenes totalitarios de la década del 30, estas instituciones agrupaban la exclusión social de portadores de trastorno mental con la de aquellas personas condenadas por crímenes (Correia, 2014). Según Bravo (2011):

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

El avance de las reivindicaciones institucionales de la psiquiatría en Brasil acontece junto con la afirmación, en algunos países de Europa, de determinadas tendencias que, basadas en teorías racistas y xenóforas, intentan dar un enfoque científico a las políticas de segregación y exclusión social de determinados sectores (p.58).

El Decreto 24.559 del 3 de julio de 1934, fue la pieza del Derecho en el campo de la salud mental a resistir por más tiempo, y sólo sería derogada con la Ley del 2001; su finalidad era el amplio tratamiento y amparo para la población con trastorno mental (Messas, 2008). Este Decreto (1934), tal como su título lo indica, disponía sobre la profilaxis mental, la asistencia y protección a la persona y los bienes de los psicópatas, la fiscalización de los servicios psiquiátricos y de otras providencias. Según su artículo 1º:

La Asistencia a Psicópatas y Profilaxis Mental tendrá por fin: a) proporcionar a los psicópatas tratamiento y protección legal; b) dar amparo médico y social, no sólo a los predispuestos a enfermedades mentales, sino también a los egresados de los establecimientos psiquiátricos; c) concurrir a la realización de la higiénica psíquica en general y de la profilaxis de las psicopatías en especial.

En 1941 se crea el Plan Hospitalario Psiquiátrico, cuyo objetivo era la planificación e instalación de 4.000 plazas psiquiátricas en todo el país y con la ayuda financiera del Gobierno Federal. El modelo institucional que promovió este plan fue el de hospital-colonia, asociado al servicio del hospital moderno adecuado para el tratamiento de la enfermedad mental. El principal promotor de este proceso fue Aduino Botelho, que fomentó la implantación de hospitales-colonia en varias capitales de los estados y creó el Centro Psiquiátrico Nacional, alcanzando al final de su gestión de 13 años, una ampliación de 16.000 plazas psiquiátricas en todo el país (Venancio, 2012). En 1941, Brasil contaba con 65 hospitales psiquiátricos en el país, de los cuales 31 pertenecían a la esfera pública y 34 a la privada. En 1961, después del Plan Salte (que planificaba el presupuesto de los sectores de salud, alimentación, transporte y energía desde 1950 a 1954), existieron 140 hospitales, de los cuales, 86 eran privados y 54 públicos (Messas, 2008).

El 21 de enero de 1961 se sanciona el Decreto 49.974, que reguló el Código Nacional de Salud, que en su artículo 1º expresa:

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

El Código Nacional de Salud reglamenta normas generales de defensa y protección de la salud a ser observadas en todo el territorio nacional por cualquier persona física o jurídica, de derecho público o privado, incluyendo Estados, Territorios, Distrito Federal y Municipios, instituciones civiles o militares, entidades autárquicas, para-estatales y privadas, de cualquier naturaleza.

En el artículo 75 correspondiente al Capítulo II referido a Salud Mental, se expresa: “La política sanitaria nacional, con referencia a la salud mental, es orientada por el Ministerio de Salud, en el sentido de la prevención de la enfermedad y de la reducción, al mínimo posible, de las internaciones en establecimientos nosocomiales”. El nosocomio ya no era considerado el mejor instrumento para la ejecución de las políticas en salud mental, y aunque consideraba la internación como recurso terapéutico, recomendaba que se restringiera al mínimo necesario (Messas, 2008).

En su artículo 77 se manifiesta la búsqueda de nuevos modelos que fomentaran “la creación de centros de elucidación de diagnóstico, hospitales de día y de servicios de asistencia abierta”. Y en su artículo 85 promueve a la atención de la persona lo más cerca de su cultura: “El Ministerio de Salud organizará y estimulará la creación de servicios psiquiátrico-sociales de asistencia tanto a los pacientes egresados del nosocomio, como a las familias, en el propio medio social o familiar”, y en el caso de que esto no sea posible, la asistencia debería ser ofrecida en hospitales, respetando, el principio de reducción de autonomía del aparato de la salud mental (Messas, 2008), incluso creando servicios de salud mental en hospitales generales, tal como lo indica el artículo 86: “El Ministerio de Salud tomará providencias para la creación de ‘anexos psiquiátricos’ en los hospitales generales, para cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 77” (p.1).

4.3.2. La privatización de los servicios de salud

Como Paulin y Turato (2014) expresan, el nuevo modelo económico que se instaló a partir del golpe de 1964 se caracterizó por la creciente intervención del Estado en la regulación y ejecución de los mecanismos de acumulación capitalista. La ideología privatista de estos años promovió la contratación de camas en hospitales privados destinados principalmente al enfermo mental indigente.

En 1967 se crea el Instituto Nacional de Previsión Social (INPS) por medio de la unificación de los institutos de jubilaciones y pensiones, realizando una gran modificación en

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

el sistema de prestación de servicios previsionales; convirtiéndose en un nuevo paradigma en la conformación del modelo médico-asistencial privatista que entonces se iniciaba. De esta manera, los hospitales psiquiátricos privados se ampliaron, dejando a los hospitales públicos cada vez menos significativos en términos de atención. Sin embargo, varias experiencias fueron aconteciendo a lo largo de esta década en el marco de las nuevas modalidades de atención, un ejemplo es la de la primera comunidad terapéutica en Río de Janeiro en la Sección Olavo Rocha del Hospital Odilon Galloti desarrollada por Oswaldo dos Santos y Wilson Simplicio en 1968 (Paulín & Turato, 2014).

De acuerdo a Messas (2008), durante el gobierno militar fue cuando se llevó a cabo la más amplia privatización de servicios de salud en el país: de los 340 hospitales del país, 277 eran de carácter privado y 63 públicos. En 1981 la red hospitalaria alcanzó 425 hospitales: 362 privados y 63 públicos y ningún hospital público fue abierto entre 1971 y 1981.

4.3.3. La reforma psiquiátrica brasilera

Debido a la gran inversión en la ampliación de la red privada y el consecuente aumento de población internada, la asistencia psiquiátrica en los años 70 se caracterizó por largas internaciones en asilos con muy malas condiciones de vida. Las precarias instituciones eran el único método de tratamiento y los portadores de trastornos mentales eran víctimas de tratos inhumanos y de internaciones que llegaban a la media de 25 años (Correia, 2014). Esta década, se inicia con la transformación en su denominación del Servicio Nacional de Enfermedades Mentales (SNDM) por División Nacional de Salud Mental (DINSAM), notándose la influencia de las propuestas preventivistas (Paulin & Turato, 2014). En este marco, se promovió la introducción de planes y programas de carácter preventivista, principalmente impulsados por Luis Cerqueira que finalmente, no fueron implementados (Amarante, 2006).

Como puntapié de las sucesivas conferencias y congresos que se fueron dando en las siguientes tres décadas, se lleva a cabo en Sao Paulo en 1970, el I Congreso Brasileño de Psiquiatría, en el que se lanzó la Declaración de principios de salud mental que presentaba los siguientes puntos (Paulin & Turato, 2014):

1. Derecho y Responsabilidad: La salud mental es un derecho del pueblo. La asistencia al enfermo mental es responsabilidad de la sociedad.

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

2. Integración: Los servicios de asistencia psiquiátrica deben estar modelados a las necesidades del individuo e integrarse en la red de recursos de salud de la comunidad.
3. Reorganización: La integración de los factores físicos, psicológicos y sociales es un elemento importante en la caracterización de las necesidades regionales, en la movilización de recursos y en la implantación de servicios.
4. Recursos de todos para todos: Los recursos técnicos, administrativos y financieros de la salud mental de la comunidad deben ser integrados y estructurados para ofrecer el uso racional y global a todos los individuos y grupos.
5. Prevención: Los servicios de salud mental deben promover la protección y la asistencia desde el nacimiento, y ser orientados en el sentido preventivo.
6. Concientización: La educación debe ser efectiva en el sentido de su aclaración respecto de las enfermedades mentales y de su asistencia.
7. Formación de personal: Los programas de formación deben mantenerse para la formación de equipos terapéuticos multiprofesionales.
8. Hospital Comunitario: Los hospitales deben ser reestructurados para promover la pronta reintegración social del individuo, ofreciéndole servicios comunitarios, como medida eficaz contra la institucionalización.
9. Servicios extra hospitalarios: Las técnicas y recursos terapéuticos de orientación comunitaria deben ser enfatizados para que se evite el uso abusivo del lecho hospitalario.
10. Investigación: Las investigaciones básicas y, sobre todo las aplicadas fundamentalmente para el continuo perfeccionamiento de la técnica, deben ser estimuladas por todos los medios (p.248).

En 1973 se aprueba por la Secretaría de Asistencia Médica del INPS, el *Manual de servicio de atención psiquiátrica* que privilegiaba la asistencia psiquiátrica en la comunidad. Promovía los dispositivos extrahospitalarios a fin de que la persona retomara rápidamente sus actividades normales y sólo en casos de que la internación sea necesaria, ésta debería realizarse cerca de su residencia para luego del alta, realizar atención ambulatoria. Este manual fue reconocido como un hecho histórico en la asistencia psiquiátrica, sin embargo, fue muy cuestionado en cuanto a su viabilidad, tanto en la cuestión de recursos humanos como financieros. Un año más tarde, el Ministerio de Salud, por intermedio de DINSAM, expidió la ordenanza 32 que definía a la DINSAM como órgano normatizador y promovía los principios de la psiquiatría comunitaria. La ordenanza 32 se aplicó impulsada por la ordenanza 39 conocida como el Plan de Prontación (PPA), que tenía como principal objetivo la legalización de una política de atención médica curativa e individualizada en las atenciones de emergencia (Paulin & Turato, 2014).

Paulo Amarante (2006), define la crisis de la División Nacional de Salud Mental (DINSAM) en Río de Janeiro en 1978, como desencadenadora del proceso de discusión sobre la asistencia en los hospitales psiquiátricos públicos. Los becarios (que realmente eran

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

profesionales graduados o estudiantes universitarios que ejercían la profesión) denunciaron las pésimas condiciones e irregularidades de la unidad hospitalaria. Esto movilizó a profesionales de otras unidades y recibió el apoyo del Centro Brasileño de Estudios en Salud (CEBES) y el Movimiento de Renovación Médica (REME).

En respuesta a la manifestación, se despidió a los becarios y se contrató médicos que habían superado las oposiciones realizadas por el Ministerio de Seguridad y Asistencia Social. (Venancio, 2012). En este contexto, surge el Movimiento de Trabajadores de Salud Mental (MTSM),

cuyo objetivo es constituirse en el espacio de lucha no institucional, en locus de debate y donde se encaminan las propuestas de transformación de la asistencia psiquiátrica, que aglutina informaciones, organiza encuentros, reúne trabajadores de la salud, asociaciones de clase, así como los más amplios sectores de la sociedad (Amarante, 2006, p.60)

El MTSM realizó propuestas y alternativas al sistema hospitalocéntrico, sin embargo, no fue hasta la década del 80 que realmente tomó forma y se materializó en las políticas de salud en Brasil (Correia, 2014). Este movimiento lideró los acontecimientos de la lucha antimanicomial (Tenório, 2002).

En el mismo año se realizó en la ciudad de Camboriú, el V Congreso Brasileño de Psiquiatría, que tuvo una fuerte connotación política a partir de la presencia de un grupo de profesionales que habían sido cesados por la DINSAM. Los profesionales lanzaron el Manifiesto de Camboriú, que comprometía realizar un Encuentro de Profesionales de Salud Mental para enero de 1979. Esta movilización política en el área psiquiátrica creó como lema la expresión “por una sociedad sin manicomios”, inspirada en la experiencia italiana (Venancio, 2012). Simultáneamente, se desarrollaba en Brasil, el movimiento sanitario, que buscaba la reorganización del sistema de salud redefiniendo el papel del Estado y contemplando la salud como derecho social universal (Pereira, 2004).

El movimiento sanitario y el MTSM articularon y compartieron objetivos con el CEBES y el REME, presentando en 1979 en el I Simposio sobre Política Nacional de Salud en el que se trabajó donde se hacía referencia a la atención en salud de la época, realizando críticas a la privatización de los servicios, la asistencia psiquiátrica y las condiciones de trabajo. Las denuncias se divulgaron en los medios de comunicación dando a conocer la realidad de la vida intramuros y gradualmente la cuestión de la garantía de derecho de los

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

pacientes mentales fue ganando fuerza (Pereira, 2004). En ese mismo año, Franco Basaglia visitaba Brasil, participando también del III Congreso Mineiro de psiquiatría, donde los debates centrales fueron acerca de los trabajos alternativos en la asistencia psiquiátrica (Amarante, 2006).

En la década de 1980 se promovió la efectiva ampliación del proceso de democratización, y en campo de la salud mental, se propició la consolidación de la lucha por la transformación de la asistencia psiquiátrica (Pereira, 2004). Las críticas a las políticas de salud de un Estado autoritario modelaron la propuesta de una gestión pública que promovió tres procesos importantes para el movimiento de la reforma: “la ampliación de los actores sociales involucrados en el proceso, la iniciativa de reformulación legislativa y el surgimiento de experiencias institucionales exitosas en la arquitectura de un nuevo tipo de atención en salud mental” (Tenório, 2002, p. 35).

En 1980 el Ministerio de Salud de Brasil lanzó las Directrices para el área de Salud Mental, que promovía un modelo que comprendía un abordaje de la salud mental en sentido integral. Simultáneamente, se desarrollaba el I Encuentro Regional de los Trabajadores en Salud Mental en Río de Janeiro, el II Encuentro Nacional de los Trabajadores en Salud Mental y el VI Congreso Brasileiro de Psiquiatría (Amarante, 2006).

El inicio de los años 80 fue marcado por una nueva modalidad de convenio establecida entre el Ministerio de la Previdencia Social y Asistencia Social (MPAS) y el de Salud (MS), denominado *co-gestión*, en el que se “prevé la colaboración del MPAS en el financiamiento, planificación y evaluación de las unidades hospitalarias del Ministerio de Salud. (Amarante, 2006, p.69). Esto fomentó un marco de políticas públicas en general en el que participaron actores críticos de la salud mental.

En 1986, en Brasilia, se celebró la 8ª Conferencia Nacional de Salud, marco histórico en las políticas de salud, donde participaron tanto profesionales de salud como así también usuarios del sistema. El principal tema tratado fue la unificación del sistema de salud, y el informe final fue la base del texto tratado para la Constitución de 1988 (Pereira, 2004), incorporando las conclusiones al cimiento de la reforma sanitaria y a la creación de un sistema único de salud (Amarante, 2006).

La I Conferencia Nacional de Salud Mental realizada en 1987, en Río de Janeiro fue promovida por el Ministerio de Salud y se organizó en tres temas básicos: 1) Economía, Sociedad y Estado: impactos sobre la salud y la enfermedad mental; la reforma y

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

reorganización; 2) Salud de la atención de la salud mental; 3) La ciudadanía y la enfermedad mental: derechos, deberes y legislación del paciente mental.

Tal como explica Pereira (2004):

Los tres temas centrales que constituyeron la crítica inicial nacida con el MTSM también estaban en escena: la ausencia del poder público en la ejecución de los servicios y acciones de salud; las condiciones de actuación de los profesionales de la salud mental; y, a la organización de la asistencia psiquiátrica centrada en el modelo hospitalario (p.100).

En el mismo año, en Bauru se llevó a cabo el II Congreso Nacional de Trabajadores de Salud Mental, para el que se propusieron tres ejes de discusión: 1) Por una sociedad sin manicomios; 2) Organización de los Trabajadores de Salud Mental y 3) El análisis y reflexión de nuestras prácticas concretas (Amarante, 2006). A partir de esto se crea el lema: “Por una sociedad sin manicomios”, convirtiéndose en movimiento social de salud mental, que tomó el nombre de “Movimiento Nacional de Lucha Antimanicomial” (Pereira, 2004).

En 1987 fue creado el primer Centro de Atención Psicosocial (CAPS): el CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, en São Paulo, que se ha convertido en un ejemplo del nuevo modelo de cuidados en salud mental. Tal como explica Tenório, (2002), el CAPS Luiz Cerqueira es una unidad específica de la red pública del estado de São Paulo. La clínica del CAPS promueve una nueva aprehensión de las problemáticas de la salud mental y su tratamiento, brindando atención durante el día para que el paciente luego vuelva a su casa por la noche, fundamentándose en la idea de que el tratamiento de los pacientes requiere del ofrecimiento de actividades diversas, como así también de personas con las que se vincula.

En este mismo año, la ciudad de Santos vive un gran hito en la historia de la desinstitucionalización en Brasil: la creación de los Núcleos de Atención Psicosocial (NAPS), acompañado de una red de servicios sustitutivo al modelo manicomial. (Pereira, 2004). Los NAPS promovían la autonomía de los pacientes, realzando sus potencialidades con vistas de ser reintegrados a la sociedad (Correia, 2014). Los NAPS son estructuras abiertas, con responsabilidad por toda la demanda de la región, independientemente de su gravedad, ofreciendo cuidados 24 horas, incluyendo internación y debiendo ofrecer el mayor número posible de recursos y alternativas de cuidado (Tenório, 2002). Fue así como la Ciudad de Santos se convirtió en referencia para la formación de técnicos en salud mental de todo el país.

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

Dos años después, en 1989, el Municipio de Santos experimenta la primera desinstitucionalización efectiva en Brasil con el cierre de la Casa de Salud Anchieta, hospital psiquiátrico privado, donde ocurrían situaciones horribles (Amarante, 2006). Esta Casa en los últimos dos años funcionaba con un 145% de ocupación, sin ninguna actividad para los pacientes, un área de aislamiento donde las personas permanecían desnudos, medicación estandarizada y electrochoques punitivos (Tenório, 2002). La intervención en la Casa de Salud Anchieta viabilizó el cierre del único manicomio del municipio, posibilitando la implementación de un sistema de salud mental sustitutivo al hospital psiquiátrico, “lo que da origen a la más importante experiencia de la psiquiatría pública nacional y representa un marco en el período más reciente de la reforma psiquiátrica brasileña” (Amarante, 2006, p. 95).

La Constitución Federal fue aprobada el 5 de octubre de 1988 y según Pereira (2014), “puede ser considerada como la más democrática en la historia de la República” (p. 105). La nueva constitución promovió la revisión de la legislación de diversas áreas y el movimiento de reforma psiquiátrica ganó impulso, ya que primaba el principio de la dignidad humana como garantía y derecho fundamental de todo ciudadano (Correia, 2014)

4.3.4. El proyecto de Ley Paulo Delgado

En 1989, el diputado Paulo Delgado presentó el proyecto de Ley 3.657/89, conocido como la Ley de la Reforma Psiquiátrica y contenía sólo tres artículos:

El primero impedía la construcción o contratación de nuevos hospitales psiquiátricos por el poder público; el segundo preveía el direccionamiento de los recursos públicos para la creación de "recursos no manicomiales de atención; y el tercero obligaba a la comunicación de las internaciones obligatorias a la autoridad judicial, que debería emitir un dictamen sobre la legalidad de la internación” (Tenório, 2002, p.36).

El espíritu del proyecto promueve la atención fuera del hospital en la comunidad, integrando a la persona en la sociedad como sujeto de derechos. A partir de 1990 se promulgaron varias normativas que promovieron la regulación de los principios del movimiento anti-asilo, tales como la reintegración de pacientes o la prohibición de las celdas de aislamiento en los hospitales psiquiátricos (Correia, 2014). Sobresale la ordenanza 224 del Ministerio de Salud promulgada en 1992, que regula el funcionamiento del sistema de salud,

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

dividiendo la atención en el hospital y el ambulatorio; comprendiendo el primero en la internación y semi-internación, y a la segunda en los dispositivos hospitales-día y perfeccionando la regulación de los CAPS y NAPS como servicios de cuidado ampliado (Tenório, 2002).

Durante la década de los 90 y antes del 2001, siete estados y el Distrito Federal ya habían aprobado leyes que preveían la sustitución progresiva de los hospitales monovalentes por el tratamiento en otros dispositivos y servicios. En el marco normativo se destacan las leyes 106 y 1.220, ambas de 2000 que regulan los servicios residenciales terapéuticos, referidas a casas destinadas a pacientes externados de internaciones psiquiátricas que no tienen otro soporte social o familiar por haber permanecido años o décadas institucionalizados (Tenório, 2002). Cabe destacar, respecto al marco normativo internacional, que luego de la presentación del primer proyecto en 1989, se sucedieron la Declaración de Caracas en 1990 y los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental en 1991.

Luego de ser aprobada en la Cámara de Diputados, el proyecto 3.657 de Paulo Delgado, enfrentó muchas dificultades en el Senado y fue aprobado en enero de 2000 un proyecto que incluía la construcción de nuevas camas (Tenório, 2002). Tiempo después, en la vuelta a la Cámara de Diputados, logró suprimirse el artículo referido a esto y fue finalmente aprobada el 6 de abril de 2001 bajo el número 10.216. Esta ley, consolida el proceso de discusión sobre la locura, redireccionando el modelo asistencia en salud mental hacia un paradigma donde la persona es tratada con la debida humanidad y respeto.

4.4. Análisis comparativo de las leyes nacionales de Salud Mental en Argentina y Brasil

Para llevar a cabo este análisis, se elaboraron las siguientes categorías: objeto de la ley, instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas, concepto de salud mental, adicciones, ámbito de aplicación, derechos de las personas con padecimiento mental, modelo de abordaje, internaciones, derivaciones, autoridad de aplicación, órgano de revisión y convenio de cooperación con jurisdicciones. Estas categorías permiten relevar elementos recurrentes en el cuerpo de ambas leyes y posibilitan el análisis comparativo.

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

4.4.1 Objeto de la ley:

La legislación argentina plantea en su artículo 1°:

La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Ley N° 26.657, 2010).

La legislación brasilera también en su artículo 1°, define:

Los derechos y la protección de las personas con trastornos mentales, de que trata esta ley, son asegurados sin ninguna forma de discriminación en cuanto a raza, color, sexo, orientación sexual, religión, opción política, nacionalidad, edad, familia, recursos económicos y el grado de gravedad o tiempo de evolución de su trastorno, o cualquier otra (Ley N° 10.216, 2001, p.1).

Ambas leyes plantean por objeto la protección de los derechos de la salud mental de las personas, sin diferenciación alguna.

4.4.2 Instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas

En la legislación argentina, el artículo 2° determina:

Se consideran parte integrante de la presente ley los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. Asimismo, la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores; para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990, se consideran instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas (Ley N° 26.657, 2010, p.1).

La legislación argentina recupera y especifica los instrumentos internacionales de base para planificación de políticas públicas, sin embargo, la legislación brasilera no especifica en

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

ningún artículo los marcos normativos internacionales que se consideraron parte de la formulación de la ley.

4.4.3 Concepto de Salud Mental

La legislación argentina en su artículo 3° define:

En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona (Ley N° 26.657, 2010, p.1).

La legislación argentina propone un concepto de salud mental integral, compuesto por elementos vinculados a la protección y mejoramiento de los derechos humanos y sociales. La ley brasilera no define concepto de Salud Mental.

4.4.4 Adicciones

La legislación argentina especifica en su artículo 4:

Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud (Ley N° 26.657, 2010, p.1).

La ley argentina enmarca el abordaje de los consumos problemáticos dentro de las políticas de salud mental y sus servicios de salud. La legislación brasilera no especifica el abordaje de las adicciones como parte de las políticas de salud mental.

4.4.5 Ámbito de aplicación

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010) en su artículo 6°, detalla: “Los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente ley”.

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

La legislación brasilera no especifica su ámbito de aplicación.

4.4.6 Derechos de personas con padecimiento mental

En el artículo 7, la Ley Nacional de Salud Mental de Argentina enumera los derechos de las personas con padecimiento mental. Se pueden destacar, los siguientes: derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios; derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia; 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; derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe; 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; derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado; derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

En la legislación brasilera, el artículo 2 detalla:

En las atenciones en salud mental, de cualquier naturaleza, la persona y sus familiares o responsables serán formalmente notificados de los derechos enumerados en el párrafo único de este artículo. Párrafo único. Son derechos de la persona portadora de trastorno mental: I - tener acceso al mejor tratamiento del sistema de salud, conforme a sus necesidades; II - ser tratada con humanidad y respeto y en el interés exclusivo de beneficiar su salud, buscando alcanzar su recuperación por la inserción en la familia, en el trabajo y en la comunidad; III - estar protegida contra cualquier forma de abuso y explotación; IV - tener garantía de confidencialidad en la información suministrada; V - tener derecho a la presencia médica, en cualquier tiempo, para aclarar la necesidad o no de su hospitalización involuntaria; VI - tener libre acceso a los medios de comunicación disponibles; VII - recibir el mayor número de informaciones acerca de su enfermedad y de su tratamiento; VIII - ser tratada en un ambiente terapéutico por los

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

medios menos invasivos posibles; IX - ser tratada, preferentemente, en servicios comunitarios de salud mental (Ley 10.216, 2001).

Ambas leyes enumeran un listado de derechos de personas con padecimiento mental y proponen su efectiva notificación a los familiares o responsables.

4.4.7 Modelo de abordaje

La legislación argentina en sus artículos 8, 9, 10, 11, 12 y 13 establece que:

- La atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario de todos los campos pertinentes.
- El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario basado en los principios de la atención primaria de la salud, orientándose al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.
- Rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, y que las personas con discapacidad deben recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.
- Que la Autoridad de Aplicación debe promover acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria en el marco de la intersectorialidad, como así también la promoción y desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.
- Que la prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales 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.
- Que 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.

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

La legislación brasilera, no incluye específicamente una modalidad de abordaje, sin embargo, en su artículo 3, detalla:

Es responsabilidad del Estado el desarrollo de la política de salud mental, la asistencia y la promoción de acciones de salud a los portadores de trastornos mentales, con la debida participación de la sociedad y de la familia, la cual será prestada en establecimiento de salud mental, así entendidas instituciones o unidades que ofrezcan asistencia en salud a los portadores de trastornos mentales (Ley 10.216, 2001).

4.4.8 Internaciones

La legislación argentina detalla en sus artículos 14 al 29 inclusive, todo lo referido a las internaciones. Se destacan aquellos puntos clave:

La internación:

- Es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social.
- Debe ser lo más breve posible.
- La evolución del paciente y las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica.
- En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda.
- Toda disposición de internación, dentro de las 48 horas, debe realizar: evaluación, diagnóstico y motivos que justifican la internación; búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar; consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda.
- El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez.
- Internaciones voluntarias:
 - La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación.

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

- En todos los casos en que las internaciones se prolonguen por más de 60 días, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al órgano de revisión. El juez debe evaluar, en un plazo no mayor de 5 días de ser notificado, si la internación continúa teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria.
- Internaciones involuntarias:
 - 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 mediere situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.
 - Debe notificarse obligatoriamente en un plazo de 10 horas al juez competente y al órgano de revisión, debiendo agregarse a las 48 horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20.
 - La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación.
 - Habiendo autorizado la internación involuntaria, el juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a 30 días a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación.
 - Transcurridos los primeros 7 días, el juez, dará parte al órgano de revisión.
- En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los artículos 20 al 25. En el caso de niños, niñas y adolescentes, además se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos.
- Queda prohibida la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos.
- 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.

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

- Los integrantes del equipo de salud son responsables de informar al órgano de revisión y al juez competente, sobre cualquier sospecha de irregularidad que implicara un trato indigno o inhumano.
- Debe promoverse la difusión y el conocimiento de los principios, derechos y garantías reconocidos y las responsabilidades establecidas en la presente ley a todos los integrantes de los equipos de salud.

La legislación de Brasil, aborda la internación en sus artículos 4, 5, 6, 7, 8 y 9. Se destacan los principales puntos:

- La internación, en cualquiera de sus modalidades, sólo será indicada cuando los recursos extra-hospitalarios se muestren insuficientes.
- El tratamiento tendrá como objetivo permanente la reinserción social del paciente en su medio
- El paciente durante largo tiempo hospitalizado o que presente una situación de grave dependencia institucional, derivada de su cuadro clínico o de ausencia de soporte social, será objeto de política específica de alta planificación y rehabilitación psicosocial asistida, bajo la responsabilidad de la autoridad sanitaria competente y la supervisión de instancia a ser definida por el Poder Ejecutivo, asegurada la continuidad del tratamiento, cuando sea necesario.
- La internación psiquiátrica solamente será realizada mediante informe médico detallado que caracterice sus motivos.
- Se consideran los siguientes tipos de internación psiquiátrica:
 - Internación voluntaria: aquella que se da con el consentimiento del usuario;
 - Internación involuntaria: aquella que se da sin el consentimiento del usuario y a petición de tercero;
 - Internación obligatoria: aquella determinada por la Justicia.
- La persona que solicita voluntariamente su internación, o que la consienta, debe firmar, en el momento de la admisión, una declaración de que optó por ese régimen de tratamiento.
- Las internaciones sólo serán autorizadas por un médico debidamente registrado en el Consejo Regional de Medicina - CRM del Estado donde se ubique el establecimiento.

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

- La internación involuntaria deberá, en el plazo de setenta y dos horas, ser comunicada al Ministerio Público Estadual, debiendo ese mismo procedimiento ser adoptado en el momento de su alta.
- El término de la internación involuntaria se dará por solicitud escrita del familiar, o responsable legal, o cuando sea establecido por el especialista responsable del tratamiento.
- La internación obligatoria es determinada por el juez competente, que tendrá en cuenta las condiciones de seguridad del establecimiento, en cuanto a la salvaguardia del paciente, de los demás internados y funcionarios.

4.4.9 Derivaciones

La legislación argentina en su artículo 30 detalla que las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona, sólo corresponden si el lugar cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar.

La legislación brasilera no detalla cuestiones referidas a derivaciones.

4.4.10 Autoridad de aplicación

La ley argentina en su artículo 31 detalla que el Ministerio de Salud es la Autoridad de Aplicación de la ley a partir del área específica que designe o cree. Las funciones se detallan en los artículos 32 a 37 inclusive, y declaran lo siguiente:

- En forma progresiva y en un plazo no mayor a tres años, se incrementar las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del 10% del presupuesto total de salud.
- Se deben desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios de la ley.
- Se debe promover el desarrollo de estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados.

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

- Se debe realizar un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado dentro de los ciento ochenta días de la sanción de la ley. Dicho censo debe reiterarse con una periodicidad máxima de dos años.
- Se deben desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral. Estos planes deben contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares.
- Se debe promover la adecuación de la cobertura en salud mental de las obras sociales a los principios de la ley en un plazo no mayor a los noventa días a partir de la sanción.

La legislación brasilera en su artículo 12 define: “El Consejo Nacional de Salud, en el marco de su actuación, creará comisión nacional para acompañar la implementación de esta Ley” (p.1).

4.4.11 Órgano de revisión

La ley argentina en su artículo 38, crea en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa, el Órgano de Revisión, con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental. Los artículos 39 y 40 detallan su composición y funciones, de las cuales se destacan: requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos; supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación; evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario; requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares; promover y colaborar para la creación de órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones.

La ley brasilera no detalla la creación de un órgano de revisión.

4.4.12 Convenio de cooperación con jurisdicciones

La ley argentina dispone en su artículo 41, que se deben promover convenios con las jurisdicciones para garantizar acciones conjuntas tendientes a implementar los principios de la ley. Los convenios deben incluir cooperación técnica, económica y financiera de la Nación,

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

como así también cooperación para la realización de capacitaciones y asesoramiento para la creación en cada jurisdicción de áreas específicas para la aplicación de políticas de salud mental.

La ley brasilera no detalla la cooperación con las distintas jurisdicciones.

4.4.13 Investigaciones científicas

La ley brasilera, en el artículo 11, detalla: “Las investigaciones científicas para fines diagnósticos o terapéuticos no podrán ser realizadas sin el consentimiento expreso del paciente, o de su representante legal, y sin la debida comunicación a los consejos profesionales competentes y al Consejo Nacional de Salud” (Ley 10.216, 2001)

La ley argentina en el artículo 7, inciso m, detalla: “Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente” (Ley 26.657, 2010, p.1).

4.4.14 Comunicación de eventos

La legislación brasilera en su artículo 10 declara:

Evasión, transferencia, accidente, complicación clínica grave y fallecimiento serán comunicados por la dirección del establecimiento de salud mental a los familiares, o al representante legal del paciente, así como a la autoridad sanitaria responsable, en el plazo máximo de veinticuatro horas de la ocurrencia (Ley N° 10.216, 2001, p.1).

La Ley Nacional de Salud Mental Argentina, cuenta con el decreto reglamentario 603 del año 2013. Mediante este Decreto, se reglamentan los principales artículos, de los que se pueden rescatar los siguientes puntos:

- Se crea la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CONISMA).
- Define conceptos de:
 - Padecimiento mental
 - Servicios de Salud
 - Consentimiento fehaciente
 - Consentimiento informado

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

- Riesgo cierto e inminente
- Se promoverán políticas para integrar a los equipos interdisciplinarios de atención primaria de la salud que trabajan en territorio como parte fundamental del sistema comunitario de salud mental.
- Se promueve que el funcionamiento de dispositivos en una red de servicios con base en la comunidad.
- Se incluye para las adicciones, dispositivos basados en la estrategia de reducción de daños.
- Se promueve la creación de dispositivos comunitarios que incluyan entre su población destinataria a las personas alcanzadas por el inciso 1) del artículo 34 del Código Penal, y a la población privada de su libertad en el marco de procesos penales.
- No será admitida la utilización de salas de aislamiento.
- Las autoridades que en sus jurisdicciones tengan dispositivos monovalentes deberán desarrollar proyectos de adecuación y sustitución por dispositivos comunitarios. Esta adaptación deberá contemplar la desconcentración gradual de los recursos materiales, humanos y de insumos y fármacos, hasta la redistribución total de los mismos en la red de servicios con base en la comunidad.
- Construcción de áreas destinadas específicamente a la atención de la salud mental en hospitales generales.

La Ley 10.216/2001 de Brasil, cuenta con normativas complementarias, como la Portería 2391/GM de 2002 que reglamenta el control de las internaciones involuntarias y voluntarias, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 10.216/2001. Sin embargo, en el análisis de sus leyes nacionales, la lectura sería que la Ley Argentina, cuenta con detalles de la operatoria que permite la implementación de las políticas de salud mental y sus principios fundantes.

Se encuentran similitudes en los principios que cada legislación promueve, destacando la promoción de redes de servicios con base en la comunidad, la atención en lugares cercanos al lugar donde vive la persona, y la internación como medida restrictiva y último recurso, luego de agotar todas las posibilidades terapéuticas posibles. Ambas promueven la atención extra muro, en dispositivos extra hospitalarios incluidos en la comunidad en la búsqueda de garantizar el mantenimiento de vínculos sociales, familiares y afectivos de la persona con padecimiento mental.

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

5. CONCLUSIÓN

El relato de ambos procesos comienza alrededor de 1880 con la inauguración de los primeros dispositivos psiquiátricos que fueron ampliándose para dar espacio a la gran estructura asilar, organización históricamente responsable de ser el lugar de encierro y reclusión de aquellas personas marginadas por la sociedad.

Finalizada la Segunda Guerra Mundial, en Francia, Inglaterra, Italia y EEUU, se sucedieron movimientos de reforma psiquiátrica que marcaron el rumbo en la elaboración de estrategias basadas en el modelo de salud mental comunitaria. Fue así como se propusieron diferentes dispositivos que apuntaban a la desinstitucionalización y a una transformación que iba más allá de la crítica a la psiquiatría clásica: era una revolución política y social. A partir de estas experiencias, se fueron desarrollando posicionamientos críticos e ideas ligadas a las instituciones a puertas abiertas, promoviendo la reorientación del modelo psiquiátrico de atención hacia un nuevo paradigma de la salud mental.

En Argentina y Brasil, numerosos hitos y normativas fueron apoyando este movimiento en un proceso de puja hacia una nueva política fundada en la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental.

Dictaduras y gobiernos de facto debilitaron estos procesos de cambio, junto con privatizaciones de los servicios de salud, principalmente en Brasil. Sin embargo, ya en gobiernos democráticos, luego de la crisis de la DINSAM en Brasil (1978) y las nuevas políticas provinciales como la creación del Programa Provincial de Salud Mental en Río Negro (1985), se dio comienzo a los movimientos de desmanicomialización con diversas iniciativas en ambos países.

Experiencias como las de Colonia Federal (Entre Ríos, Argentina) o la de Sección Olavo Rocha del Hospital Odilon Galloti (Río de Janeiro, Brasil) fueron las que paulatinamente dieron fuerza a esta nueva modalidad de abordaje. La Ley de Río Negro (1991) en Argentina fue el resultado de un proceso de transformación inédito en el país, luego del cierre del Hospital Psiquiátrico Allen en 1988, transformado en un Hospital General con Servicio de Salud Mental. En Brasil, en la ciudad de Santos (1987), la creación de los Núcleos de Atención Psicosocial (NAPS) propiciaron un abordaje centrado en el cuidado, favoreciendo alternativas que promovían la autonomía de las personas y logrando dos años

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

después el cierre del hospital psiquiátrico del municipio; la Casa de Salud Anchieta. Estas experiencias se constituyeron como importantes antecedentes de las leyes, reforzando la idea de que el modelo a seguir, era aquel basado en el abordaje de la salud mental en la comunidad.

Como diferencia para establecer entre ambos procesos de reforma, se puede destacar que en Brasil se desarrolló un movimiento sociopolítico de gran envergadura desde los años 70, acompañado por la 8va Conferencia Nacional de Salud que sentó las bases del texto en la Constitución de 1988. La nueva Constitución propició la reforma sanitaria y con ello, propulsó el movimiento de reforma psiquiátrica ya que primaba el principio de dignidad de la persona y la prevalencia de los derechos humanos. Asimismo, la creación del Sistema Único de Salud incluyó a la Salud Mental en el movimiento de Salud Colectiva, orientando los servicios para garantizar la accesibilidad y la continuidad de cuidados de las personas con padecimientos mentales.

Tanto la legislación argentina como la brasilera, son posteriores a los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (1991), el cual es un instrumento internacional de máximo consenso en la temática. Asimismo, ambas leyes nacionales son posteriores a la Declaración de Caracas (1990), considerada la normativa internacional con mayor relevancia en lo referido a la necesidad de adecuar las modalidades de abordaje al paradigma de la salud mental como derecho humano, superando el modelo asilar y promoviendo la lucha contra la estigmatización y los abusos de los derechos de los usuarios del sistema de salud mental.

Ambas legislaciones promueven la atención en servicios de salud mental sin alejar a la persona de su lugar de pertenencia y manteniendo sus lazos sociales y afectivos, destacando al Estado como garante de los derechos de toda persona a la mejor atención disponible en salud mental, recibiendo un tratamiento personalizado y en un ambiente apto con modalidades de atención basadas en la comunidad.

La sanción de la Ley Nacional de Salud Mental Argentina permitió adecuar la legislación nacional con los principios y estándares internacionales de derechos humanos. Esta ley fue sancionada luego de un largo proceso de debate con actores del campo de la salud mental y de los derechos humanos, así como también de legisladores y referentes latinoamericanos, poniendo en tensión el paradigma manicomial.

Korín MM. El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

En Brasil, mientras el proyecto de ley presentado por el diputado Paulo Delgado se encontraba en progreso para la sanción, se aprobaron leyes de orden municipal y estatal en las principales ciudades de todo el país. Doce años después, la Ley de Brasil fue finalmente aprobada proponiendo un pasaje de un modelo que trata la enfermedad mental a un modelo que aborda la promoción de la salud mental. Sin embargo, al haber transitado una década de cambios desde su formulación hasta su promulgación, la legislación nacional requirió de una serie de normativas complementarias que brindan un marco legal a las prácticas en Salud Mental.

Con esto último, queda dispuesto un nuevo campo de investigación: la implementación de las leyes, como así también sus normativas complementarias y el análisis de experiencias, tensiones y desafíos en las nuevas prácticas que se desarrollan en ambos países a partir de la promulgación de las leyes nacionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcántara Moreno G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Sapiens. Revista Universitaria de Investigación [Internet] vol. 9, núm. 1, junio, 2008, pp. 93-107 [citado 21 de Sept de 2017] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004>.

Amarante P. (1994). Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. História, Ciências, Saúde-Manguinhos [Internet]. I (1): 61-77 [citado 23 jun 2018]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701994000100006

Amarante P. (2006). Locos por la vida: la trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Asoc. Madres de Plaza de Mayo.

Amarante P, Freitas F, Pande M, Nabuco E. (2013). El campo artístico-cultural en la reforma psiquiátrica brasileña: el paradigma identitario del reconocimiento. Salud colectiva [Internet] 9(3): 287-299. [citado 2017 Ago 21]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652013000300002&lng=es

Basaglia F. (2008). La condena de ser loco y pobre: alternativas al manicomio. Buenos Aires: Topía Editorial.

Botelho LLR, Cunha CCA, Macedo M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. En Gestao e Sociedade [Internet] 5(11):121-36 [citado 21 de Sept de 2017]. Disponible en: <http://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220>

Bourdieu P, Wacquant L. (2005). Una invitación a la sociología reflexiva. 1a ed. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Bravo O. (2011). Las prisiones de la locura: La construcción institucional del preso psiquiátrico. [Internet] [citado 21 de Oct de 2017]. Disponible en:

https://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/10906/68285/1/bravo_prisiones_locura_2011.pdf

CELS. (2015). Cruzar el muro: desafíos y propuestas para la externación del manicomio. [Internet]. [citado 09 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.cels.org.ar/web/publicaciones/cruzar-el-muro-desafios-y-propuestas-para-la-externacion-del-manicomio/>

Chiarveti S. (2008). La reforma en salud mental en argentina: una asignatura pendiente. Sobre el artículo: hacia la construcción de una política en salud mental. Revista Argentina de Clínica Psicológica [Internet] XVII (Sin mes) [citado 12 de agosto de 2018] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921780012>

Cohen H. (2009). La creación de los sistemas de salud mental basados en la comunidad, en el contexto de experiencias exitosas en las Américas. En Salud Mental y derechos humanos. Vigencia de estándares internacionales. [Internet]. 65, (pp. 105-120) [citado 21 ago 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6235/2009-ARG-salud-mental-derechos.pdf?sequence=1>

Correia Junior R, Ventura C. (2014). O tratamento dos portadores de transtorno mental no Brasil: da legalização da exclusão à dignidade humana. RDisan [Internet] 15(1):40 [citado 4 Oct 2018]. Disponible en: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/82805>

Delgado P. (2007). Reforma psiquiátrica y política de salud mental en Brasil: En La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. [Internet]. (pp. 295-327). [citado 21 ago 2017]. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Reforma%20de%20las%20servicos%20de%20sald%20mental.pdf>

Desviat M. (2012). La salud mental comunitaria. En: Salud Mental Comunitaria. Madrid: UNED.

Evaristo P. (2011). La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste e Italia. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 31 (2): 345-351 [citado Ago 2018] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000200011&lng=es.

Falcone R. (2000). Breve Historia de las instituciones Psiquiátricas de la Argentina: del hospital cerrado al hospital abierto. [Internet]. [citado Agosto 2018] Disponible en: http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/034_historia_2/Archivos/inv/Falcone_HistoriaInstit.pdf

Faraone S, Valero A, Bianchi E, Mantilla J, Tamburrino C. (2009). El proceso de desinstitucionalización en salud mental: aportes conceptuales para el análisis de las experiencias en Argentina desarrolladas a partir de la apertura democrática (1983). [Internet]. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires. [citado Agosto 2018] Disponible en: <http://cdsa.aacademica.org/000-062/1502.pdf>

Foucault M. (1992). Historia de la Locura en la Época Clásica. México: F.C.E.

Galende E. (1990). Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica. 1ª. ed. Buenos Aires: Paidós.

Galende E. (1998). Modernidad y Modelos de asistencia en Salud Mental en Argentina. [Internet]. Documento presentado en II Jornadas de Atención Primaria de la Salud (3 de Abril al 7 de Mayo de 1998) [citado Agosto 2018] Disponible en: <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro2a26.pdf>

Galende E. (2008). Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser. Buenos aires: Lugar Editorial.

Gastó Ferrer C. (2000). Psiquiatría comunitaria. En: Barcía Salorio D. Tratado de psiquiatría. Madrid: ARAN.

Gorbacz L. (2011). La Ley de Salud Mental y el proyecto Nacional. En: Panorámicas de salud mental: a un año de la sanción de la Ley Nacional N° 26657. Asesoría General Tutelar [Internet]. [citado Octubre 2018] Disponible en: http://mptutelar.gob.ar/sites/default/files/06_Panoramicas_salud_mental.pdf

Huertas R. (1991). Salud Pública y Salud Mental: el nacimiento de la política de sector en psiquiatría. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría [Internet]. Vol. XI. 37. 73 [citado Mayo 2018] Disponible en: <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/1991/revista-37/02-salud-publica-y-salud-mental-el-nacimiento-de-la-politica-de-sector-en-psiquiatria.pdf>

Marzano M, Sousa C. (2003). Um relato de experiência de quem vivencia a reforma psiquiátrica no Brasil. Rev. bras. enferm. [Internet]. 56(5): 577-580. [citado 2018 Oct 03] ; Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000500023&lng=pt

Messas G. (2008). O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental. Hist. cienc. saude-Manguinhos [Internet]. 15(1): 65-98. [citado 2018 Oct 03] Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000100005&lng=en

Ministerio Público Tutelar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (2014). La implementación de la Ley Nacional de Salud Mental en los efectores de atención primaria de salud en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. [Internet] [citado 09 de Mayo de 2018]. Disponible en: http://mptutelar.gob.ar/sites/default/files/dtn20_de_la_ley_al_barrio.pdf

Organización Mundial de la Salud (2001a). Fortaleciendo la promoción de la salud mental. Ginebra, OMS (Hoja informativa N° 2020).

Organización Mundial de la Salud. (2001b). Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. [Internet] Ginebra: OMS [citado 17 de Mayo de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1

Paulin L, Turato E. (2004). Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. Hist. cienc. saude-Manguinhos [Internet] 11(2): 241-258. [cited 2018 Oct

07] Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702004000200002&lng=en

Pereira R. (2004). Políticas de saúde mental no Brasil: o processo de formulação da lei de reforma psiquiátrica (10.216/01) [Internet] 244p [cited 2018 Oct 07] Disponible en: http://www.mpdft.mp.br/saude/images/saude_mental/Políticas_saude_mental_Brasil.pdf

Ramos M. (2013). Psychiatry, Authoritarianism, and Revolution: The Politics of Mental Illness during Military Dictatorships in Argentina, 1966-1983. Bulletin of the history of medicine. [Internet] 87. 250-278. 10.1353/bhm.2013.0029. [cited 2018 Oct 17] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/243967954_Psychiatry_Authoritarianism_and_R evolution_The_Politics_of_Mental_Illness_during_Military_Dictatorships_in_Argentina_1966-1983

República Argentina. (1968). Código Civil de la República Argentina [Internet] [citado 2018 Sep 03]. Disponible en: https://archivo.consejo.org.ar/Bib_elect/septiembre04_CT/documentos/L340_2a_13.htm

República Argentina. (1991). Provincia de Río Negro. Ley 2440. [Internet] [citado 2018 Sep 03]. Disponible en: <http://www.fundacionrecuperar.org/alippi/docsalud/7.pdf>

República Argentina. (1991). Provincia de Santa Fe. Ley 10772. [Internet] [citado 2018 Sep 04]. Disponible en: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/33098/171113/file/Ley%20Provincial%2010772.pdf>

República Argentina. (1994). Provincia de Entre Ríos. Ley 8806. [Internet] [citado 2018 Sep 03]. Disponible en: <http://www.jusentrerios.gov.ar/biblioteca/ley-8-806-b-o-140794-enfermedades-mentales/>

República Argentina. (2010). Ley 26657 Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. [Internet] [citado en Octubre 2018]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

República de Brasil. (1934). Decreto 24559. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção á pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências [Internet] [citado en Septiembre 2018] Disponible en: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>

República de Brasil. (1961). Decreto 49974. Normas gerais sobre defesa e proteção da saúde. [Internet] [citado en Septiembre 2018] Disponible en: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-49974-a-21-janeiro-1961-333333-publicacaooriginal-1-pe.html>

República de Brasil. (2001). Ley 10216. Proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. [Internet] [citado en Septiembre 2018] Disponible en: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm

Talak A. (2005). Eugenesia e higiene mental: usos de la psicología en Argentina (1900-1940). En M. Miranda & G. Vallejo (comps.). Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino (pp. 563- 599). Buenos Aires: Siglo XXI.

Tenório F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. Hist. cienc. saude-Manguinhos [Internet] 9(1): 25-59. [cited 2018 Oct 07]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>

Universidad Nacional de La Plata. (2015). Lazo social y procesos de subjetivación: reflexiones desde la época. [Internet] [citado en Junio 2018] Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/46807/Documento_completo.pdf?sequence=1

Venancio A. (2012). La asistencia psiquiátrica en la historia política brasileña. Asclepio, [Internet] [S.l.], v. 64, n. 1, p. 167-188, [citado 2018 Oct 03]. Disponible en: <http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/517>

Vezzetti H. (1985). La locura en la Argentina. Buenos Aires: Editorial Paidós.

ANEXOS

ANEXO A. Ley Nacional de Salud Mental Argentina.....	81
ANEXO B. Ley Nacional de Salud Mental Brasileira.....	92
ANEXO C. Declaración de Caracas.....	95
ANEXO D. Principios de Brasilia.....	97
ANEXO E. Principios de Naciones Unidas para la Protección de Enfermos mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental	100

ANEXO A

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL ARGENTINA

SALUD PÚBLICA

Ley 26.657

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

Sancionada: Noviembre 25 de 2010

Promulgada: Diciembre 2 de 2010

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

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

Capítulo I

Derechos y garantías

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

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

Capítulo II

Definición

ARTICULO 3° — En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y

psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

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

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

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

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

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

Capítulo III

Ambito de aplicación

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

Capítulo IV

Derechos de las personas con padecimiento mental

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

- a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;
- b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia;

- c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos;
- d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria;
- e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;
- f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;
- g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;
- h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión;
- i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado;
- j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;
- k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;
- l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación;
- m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente;
- n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable;
- o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados;
- p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

Capítulo V

Modalidad de abordaje

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

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

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

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

ARTICULO 11. — La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

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

Capítulo VI

Del equipo interdisciplinario

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

Capítulo VII

Internaciones

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra;
- b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento;
- c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.

ARTICULO 21. — La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de DIEZ (10) horas al juez competente y al órgano de revisión, debiendo agregarse a las CUARENTA Y OCHO (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20. El juez en un plazo máximo de TRES (3) días corridos de notificado debe:

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

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

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

ARTICULO 23. — El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 18 ó 26 de

la presente ley. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente. Queda exceptuado de lo dispuesto en el presente artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal.

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

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo VIII

Derivaciones

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

Capítulo IX

Autoridad de Aplicación

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

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

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

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

ARTICULO 35. — Dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días corridos de la sanción de la presente ley, la Autoridad de Aplicación debe realizar un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado para relevar la situación de las personas internadas, discriminando datos personales, sexo, tiempo de internación,

existencia o no de consentimiento, situación judicial, situación social y familiar, y otros datos que considere relevantes. Dicho censo debe reiterarse con una periodicidad máxima de DOS (2) años y se debe promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización.

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

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

Capítulo X

Organo de Revisión

ARTICULO 38. — Créase en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa el Organo de Revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.

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

ARTICULO 40. — Son funciones del Organo de Revisión:

- a) Requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos;
- b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado;
- c) Evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del juez;
- d) Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30 de la presente ley;

- e) Informar a la Autoridad de Aplicación periódicamente sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes;
- f) Requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares;
- g) Hacer presentaciones ante el Consejo de la Magistratura o el Organismo que en cada jurisdicción evalúe y sancione la conducta de los jueces en las situaciones en que hubiera irregularidades;
- h) Realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación;
- i) Realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos;
- j) Promover y colaborar para la creación de órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, sosteniendo espacios de intercambio, capacitación y coordinación, a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones;
- k) Controlar el cumplimiento de la presente ley, en particular en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental;
- l) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de inhabilidad y durante la vigencia de dichas sentencias.

Capítulo XI

Convenios de cooperación con las provincias

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

- a) Cooperación técnica, económica y financiera de la Nación para la implementación de la presente ley;
- b) Cooperación para la realización de programas de capacitación permanente de los equipos de salud, con participación de las universidades;
- c) Asesoramiento para la creación en cada una de las jurisdicciones de áreas específicas para la aplicación de políticas de salud mental, las que actuarán en coordinación con la Autoridad de Aplicación nacional de la presente ley.

Capítulo XII

Disposiciones complementarias

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

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

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

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

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

A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la evaluación de un equipo interdisciplinario de salud para las personas que se encuentren afectadas de enfermedades mentales y adicciones, que requieran asistencia en establecimientos adecuados aunque no justifiquen la declaración de incapacidad o inhabilidad.

ARTICULO 44. — Derógase la Ley 22.914.

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

ARTICULO 46. — Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

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

— REGISTRADA BAJO EL N° 26.657 —

JULIO C. C. COBOS. — EDUARDO A. FELLNER. — Enrique Hidalgo. — Juan H. Estrada.

ANEXO B

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL BRASILEIRA

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 9.4.2001

ANEXO C

DECLARACIÓN DE CARACAS

Caracas, Venezuela 14 de noviembre de 1990

Adoptada por aclamación por la Conferencia Reestructuración De la Atención Psiquiátrica en América Latina Caracas, Venezuela 11-14 de noviembre de 1990

Las organizaciones, asociaciones, autoridades de salud, profesionales de salud mental, legisladores y juristas reunidos en la conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud.

Notando,

1. Que la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva;
2. Que el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados al:
 - a) aislar al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social,
 - b) crear condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo,
 - c) requerir la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental,
 - d) impartir una enseñanza insuficientemente vinculada con las necesidades de salud mental de las poblaciones, de los servicios de salud y otros sectores.

Considerando,

1. Que la Atención Primaria de Salud es la estrategia adoptada por la Organización Mundial de la Salud y la organización Panamericana de la Salud y refrendada por los Países Miembros para lograr la meta Salud para Todos en el Año 2000;
2. Que los Sistemas Locales de Salud (SILOS) han sido establecidos por los países de la Región para facilitar el logro de esa meta, por cuanto ofrecen mejores condiciones para desarrollar programas basados en las necesidades de la población de características descentralizadas, participativas y preventivas;
3. Que los programas de Salud Mental y Psiquiatría deben adaptarse a los principios y orientaciones que fundamentan esas estrategias y modelos de organización de la atención de salud.

DECLARAN

1. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud y en los marcos de los Sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales;
2. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios;
3. Que los recursos, cuidados y tratamiento provistos deben:
 - a) salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles,
 - b) estar basado en criterios racionales y técnicamente adecuados.
 - c) propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario
4. Que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que:
 - a) aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales,
 - b) promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento;
5. Que la capacitación del recurso humano en Salud Mental y Psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales, de acuerdo con los principios rectores que fundamentan esta reestructuración;
6. Que las Organizaciones, asociaciones y demás participantes de esta Conferencia se comprometen mancomunada y solidariamente a abogar y desarrollar en los países programas que promuevan la reestructuración, y al monitoreo y defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales de acuerdo a las legislaciones nacionales y los compromisos internacionales respectivos.

Para lo cual,

INSTAN

A los Ministerios de Salud y de Justicia, a los Parlamentos, los Sistemas de Seguridad Social y otros prestadores de servicios, las organizaciones profesionales, las asociaciones de usuarios, universidades y otros centros de capacitación y a los medios de comunicación a que apoyen la reestructuración de la atención psiquiátrica asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la Región.

ANEXO D

PRINCIPIOS DE BRASILIA

Principios Rectores Para el Desarrollo de La Atención en Salud Mental en las Américas

El Ministerio de la República Federativa de Brasil, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), convocaron al personal gubernamental de Salud Mental, organizaciones de la sociedad civil, usuarios y familiares a la “CONFERENCIA REGIONAL PARA LA REFORMA DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL: 15 AÑOS DESPUES DE CARACAS”, los días 7-9 del mes de Noviembre del año 2005, con el fin de evaluar los desarrollos producidos desde 1990.

LOS PARTICIPANTES DE LA CONFERENCIA DESTACAN

Que la Declaración de Caracas surgió como resultado de un análisis crítico del estado de la atención de Salud Mental en las Américas, que hacia ineludible su reforma;

Que la Declaración de Caracas consideró que el mejoramiento de la atención era posible por medio de la superación del modelo asistencial basado en el Hospital Psiquiátrico y su reemplazo por alternativas comunitarias de atención, y por acciones de salvaguarda de los derechos humanos e inclusión social de las personas afectadas por trastornos mentales; y

Que la Declaración de Caracas ha sido endosada por todos los países de la región de las Américas.

NOTAN

Que en los últimos 15 años se han producido en el nivel regional avances en la reestructuración de la atención psiquiátrica;

Que las Resoluciones de los Consejos Directivos de la OPS en 1997 y 2001 constituyen importantes apoyos a los principios de la Declaración de Caracas;

Que los Estados-Miembros de la OPS adoptaron en Septiembre del 2005 la Declaración de Montevideo, la cual contiene nuevas orientaciones sobre la Atención Primaria de Salud, tales como la creación de Sistemas Sanitarios basados en la inclusión social, la equidad, la promoción de la salud y la calidad de la atención; y

Que la OMS ha formulado principios rectores que orientan la reforma de la atención de Salud Mental a nivel global, los cuales fueron incluidos en el Informe Mundial de Salud Mental de 2001 y en otros programas e iniciativas.

TOMAN CONOCIMIENTO

Que los principios esenciales de la Declaración están siendo implementados exitosamente en numerosos países de la Región;

Que con el transcurso del tiempo valiosas experiencias y lecciones se han acumulado tanto de éxitos como de obstáculos;

Que la Declaración de Caracas ha sido utilizada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) como un estándar para interpretar la Convención Americana sobre Derechos Humanos y otros instrumentos legales en los informes relacionados con los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidades mentales;

Que existen experiencias exitosas en algunos países que sirven de referencia para la OMS en sus acciones globales, tales como la reforma de la atención psiquiátrica en Brasil, que promueve la movilización cultural, la reducción significativa de camas psiquiátricas y la creación de redes comunitarias de atención; y la reforma en Chile, que prescribe la integración de la Salud Mental dentro de las redes de servicio de salud pública. Cabe destacar ejemplos adicionales, entre otros, la integración de Salud Mental en la Atención Primaria de Salud y el desarrollo de servicios de Salud Mental Infanto-Juveniles en Cuba; aspectos sobresalientes del “Modelo Nacional Miguel Hidalgo de atención en Salud Mental” cuyo desarrollo contempla importantes acciones de prevención, hospitalización breve y reintegración social en México; el desarrollo de servicios de Salud Mental basado en la utilización de enfermeras, calificadas en Belice y Jamaica; la atención a grupos vulnerables en El Salvador, Guatemala y Nicaragua; y el desarrollo de un sistema de salud mental descentralizado en Panamá.

REITERAN

La validez de los principios rectores señalados en la Declaración de Caracas con relación a:

El papel central que corresponde a la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas afectadas por trastornos mentales;

La necesidad de establecer redes de servicios comunitarios que reemplacen los hospitales psiquiátricos y aseguren;

1. La provisión de adecuada atención integral y multidisciplinaria de las personas con trastornos psiquiátricos y en situaciones de crisis, incluyendo cuando sea necesario la admisión en hospitales generales;
2. La formulación de respuestas que prevengan el surgimiento de nuevas generaciones de personas enfermas afectadas por trastornos psiquiátricos de larga evolución y discapacidad psicosocial;
3. El establecimiento de vínculos sólidos con los servicios de Atención Primaria de Salud con alta capacidad resolutive;
4. La participación de usuarios y familiares en la planificación y desarrollo de los programas y servicios de Salud Mental; y
5. La concertación de acciones con los diferentes actores sociales a fin de mejorar el estado de salud mental de la población.

Cabe subrayar que si mucho se ha avanzado, aún más debe ser hecho para cumplir las acciones pendientes derivadas de la Declaración de Caracas. Por ejemplo, continúa siendo excesivo el número de camas en los hospitales psiquiátricos y, por contraste, demasiado exiguo el número de servicios alternativos en la comunidad. Además, aún es insuficiente la capacidad de documentación, monitoría y evaluación.

ADVIERTEN

Que los servicios de Salud Mental deben afrontar nuevos desafíos técnicos y culturales que se han hecho más evidentes en estos quince años, tales como:

1. La vulnerabilidad psicosocial, que incluye la problemática de las poblaciones indígenas y las consecuencias adversas de la urbanización desorganizada de las grandes metrópolis, que se ha incrementado notablemente;
2. El aumento de la mortalidad y de la problemática psicosocial de la niñez y adolescencia;
3. El aumento de la demanda de servicios por parte de la sociedad que faciliten la adopción de medidas efectivas de prevención y abordaje precoz de la conducta suicida y del abuso de alcohol; y
4. El aumento creciente de las diferentes modalidades de violencia, que exige una participación activa de los servicios de salud mental, en especial con referencia a la atención de las víctimas

Por lo tanto,

LOS AUSPICIADORES DE LA CONFERENCIA RESUELVEN AUNAR ESFUERZOS A FIN DE:

1. Gestionar la realización de una Reunión Regional de Ministros de Salud que tenga como objetivo la formulación de un Plan de Acción Regional con metas definidas;
2. Continuar sensibilizando a las autoridades nacionales respecto a la necesidad imperiosa de aumentar la inversión en salud mental para afrontar la dramática carga de mortalidad y discapacidad generada por los trastornos mentales;
3. Recopilar, documentar y diseminarlas experiencias de atención en salud mental, que hayan incorporado indicadores estándares promovidos por la OPS y la OMS; y
4. Promover los programas de colaboración bi y multilateral entre países para el desarrollo de servicios, capacitación e investigación.

Y LLAMAN TODAS LAS PARTES INVOLUCRADAS A.

Continuar trabajando firmemente en la implementación de los principios étnicos, jurídicos, técnicos y políticos incluidos en la Declaración de Caracas.

ANEXO E

Principios de Naciones Unidas para la Protección de Enfermos mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental

Adoptados por la Asamblea General en su resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991

APLICACION

Los presentes Principios se aplicarán sin discriminación alguna por motivos de discapacidad, raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional, étnico o social, estado civil o condición social, edad, patrimonio o nacimiento.

DEFINICIONES

En los presentes Principios:

- a) Por "defensor" se entenderá un representante legal u otro representante calificado;
- b) Por "autoridad independiente" se entenderá una autoridad competente e independiente prescrita por la legislación nacional;
- c) Por "atención de la salud mental" se entenderá el análisis y diagnóstico del estado de salud mental de una persona, y el tratamiento, el cuidado y las medidas de rehabilitación aplicadas a una enfermedad mental real o presunta;
- d) Por "institución psiquiátrica" se entenderá todo establecimiento o dependencia de un establecimiento que tenga como función primaria la atención de la salud mental;
- e) Por "profesional de salud mental" se entenderá un médico, un psicólogo clínico, un profesional de enfermería, un trabajador social u otra persona debidamente capacitada y calificada en una especialidad relacionada con la atención de la salud mental;
- f) Por "paciente" se entenderá la persona que recibe atención psiquiátrica; se refiere a toda persona que ingresa en una institución psiquiátrica;
- g) Por "representante personal" se entenderá la persona a quien la ley confiere el deber de representar los intereses de un paciente en cualquier esfera determinada o de ejercer derechos específicos en nombre del paciente y comprende al padre o tutor legal de un menor a menos que la legislación nacional prescriba otra cosa;
- h) Por "órgano de revisión" se entenderá el órgano establecido de conformidad con el principio 17 para que reconsidere la admisión o retención involuntaria de un paciente en una institución psiquiátrica.

CLAUSULA GENERAL DE LIMITACION

El ejercicio de los derechos enunciados en los presentes Principios sólo podrá estar sujeto a las limitaciones previstas por la ley que sean necesarias para proteger la salud o la seguridad

de la persona de que se trate o de otras personas, o para proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral públicos o los derechos y libertades fundamentales de terceros.

Principio 1

Libertades fundamentales y derechos básicos

1. Todas las personas tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, que será parte del sistema de asistencia sanitaria y social.
2. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, serán tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana.
3. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, tienen derecho a la protección contra la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico o de otra índole y el trato degradante.
4. No habrá discriminación por motivo de enfermedad mental. Por "discriminación" se entenderá cualquier distinción, exclusión o preferencia cuyo resultado sea impedir o menoscabar el disfrute de los derechos en pie de igualdad. Las medidas especiales adoptadas con la única finalidad de proteger los derechos de las personas que padezcan una enfermedad mental o de garantizar su mejoría no serán consideradas discriminación. La discriminación no incluye ninguna distinción, exclusión o preferencia adoptada de conformidad con las disposiciones de los presentes Principios que sea necesaria para proteger los derechos humanos de una persona que padezca una enfermedad mental o de otras personas.
5. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental tendrán derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y otros instrumentos pertinentes, tales como la Declaración de los Derechos de los Impedidos y el Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión.
6. Toda decisión de que, debido a su enfermedad mental, una persona carece de capacidad jurídica y toda decisión de que, a consecuencia de dicha incapacidad, se designe a un representante personal se tomará sólo después de una audiencia equitativa ante un tribunal independiente e imparcial establecido por la legislación nacional. La persona de cuya capacidad se trate tendrá derecho a estar representada por un defensor. Si la persona de cuya capacidad se trata no obtiene por sí misma dicha representación, se le pondrá ésta a su disposición sin cargo alguno en la medida de que no disponga de medios suficientes para pagar dichos servicios. El defensor no podrá representar en las mismas actuaciones a una institución psiquiátrica ni a su personal, ni tampoco podrá representar a un familiar de la persona de cuya capacidad se trate, a menos que el tribunal compruebe que no existe ningún conflicto de intereses. Las decisiones sobre la capacidad y la necesidad de un representante personal se revisarán en los intervalos razonables previstos en la legislación nacional. La

persona de cuya capacidad se trate, su representante personal, si lo hubiere, y cualquier otro interesado tendrán derecho a apelar esa decisión ante un tribunal superior.

7. Cuando una corte u otro tribunal competente determine que una persona que padece una enfermedad mental no puede ocuparse de sus propios asuntos, se adoptarán medidas, hasta donde sea necesario y apropiado a la condición de esa persona, para asegurar la protección de sus intereses.

Principio 2

Protección de menores

Se tendrá especial cuidado, conforme a los propósitos de los presentes Principios y en el marco de la ley nacional de protección de menores, en proteger los derechos de los menores, disponiéndose, de ser necesario, el nombramiento de un representante legal que no sea un miembro de la familia.

Principio 3

La vida en la comunidad

Toda persona que padezca una enfermedad mental tendrá derecho a vivir y a trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad.

Principio 4

Determinación de una enfermedad mental

1. La determinación de que una persona padece una enfermedad mental se formulará con arreglo a normas médicas aceptadas internacionalmente.
2. La determinación de una enfermedad mental no se efectuará nunca fundándose en la condición política, económica o social, en la afiliación a un grupo cultural, racial o religioso, o en cualquier otra razón que no se refiera directamente al estado de la salud mental.
3. Los conflictos familiares o profesionales o la falta de conformidad con los valores morales, sociales, culturales o políticos o con las creencias religiosas dominantes en la comunidad de una persona en ningún caso constituirán un factor determinante del diagnóstico de enfermedad mental.
4. El hecho de que un paciente tenga un historial de tratamientos o de hospitalización no bastará por sí solo para justificar en el presente o en el porvenir la determinación de una enfermedad mental.
5. Ninguna persona o autoridad clasificará a una persona como enferma mental o indicará de otro modo que padece una enfermedad mental salvo para fines directamente relacionados con la enfermedad mental o con las consecuencias de ésta.

Principio 5

Examen médico

Ninguna persona será forzada a someterse a examen médico con objeto de determinar si padece o no una enfermedad mental, a no ser que el examen se practique con arreglo a un procedimiento autorizado por el derecho nacional.

Principio 6

Confidencialidad

Se respetará el derecho que tienen todas las personas a las cuales son aplicables los presentes Principios a que se trate confidencialmente la información que les concierne.

Principio 7

Importancia de la comunidad y de la cultura

1. Todo paciente tendrá derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive.
2. Cuando el tratamiento se administre en una institución psiquiátrica, el paciente tendrá derecho a ser tratado, siempre que sea posible, cerca de su hogar o del hogar de sus familiares o amigos y tendrá derecho a regresar a la comunidad lo antes posible.
3. Todo paciente tendrá derecho a un tratamiento adecuado a sus antecedentes culturales.

Principio 8

Normas de la atención

1. Todo paciente tendrá derecho a recibir la atención sanitaria y social que corresponda a sus necesidades de salud y será atendido y tratado con arreglo a las mismas normas aplicables a los demás enfermos.
2. Se protegerá a todo paciente de cualesquiera daños, incluida la administración injustificada de medicamentos, los malos tratos por parte de otros pacientes, del personal o de otras personas u otros actos que causen ansiedad mental o molestias físicas.

Principio 9

Tratamiento

1. Todo paciente tendrá derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros.
2. El tratamiento y los cuidados de cada paciente se basarán en un plan prescrito individualmente, examinado con el paciente, revisado periódicamente, modificado llegado el caso y aplicado por personal profesional calificado.

3. La atención psiquiátrica se dispensará siempre con arreglo a las normas de ética pertinentes de los profesionales de salud mental, en particular normas aceptadas internacionalmente como los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas. En ningún caso se hará uso indebido de los conocimientos y las técnicas psiquiátricos.

4. El tratamiento de cada paciente estará destinado a preservar y estimular su independencia personal.

Principio 10

Medicación

1. La medicación responderá a las necesidades fundamentales de salud del paciente y sólo se le administrará con fines terapéuticos o de diagnóstico y nunca como castigo o para conveniencia de terceros. Con sujeción a las disposiciones del párrafo 15 del principio 11 infra, los profesionales de salud mental sólo administrarán medicamentos de eficacia conocida o demostrada.

2. Toda la medicación deberá ser prescrita por un profesional de salud mental autorizado por la ley y se registrará en el historial del paciente.

Principio 11

Consentimiento para el tratamiento

1. No se administrará ningún tratamiento a un paciente sin su consentimiento informado, salvo en los casos previstos en los párrafos 6, 7, 8, 13 y 15 del presente principio.

2. Por consentimiento informado se entiende el consentimiento obtenido libremente sin amenazas ni persuasión indebida, después de proporcionar al paciente información adecuada y comprensible, en una forma y en un lenguaje que éste entienda, acerca de:

- a) El diagnóstico y su evaluación;
- b) El propósito, el método, la duración probable y los beneficios que se espera obtener del tratamiento propuesto;
- c) Las demás modalidades posibles de tratamiento, incluidas las menos alteradoras posibles;
- d) Los dolores o incomodidades posibles y los riesgos y secuelas del tratamiento propuesto.

3. El paciente podrá solicitar que durante el procedimiento seguido para que dé su consentimiento estén presentes una o más personas de su elección.

4. El paciente tiene derecho a negarse a recibir tratamiento o a interrumpirlo, salvo en los casos previstos en los párrafos 6, 7, 8, 13 y 15 del presente principio. Se deberán explicar al paciente las consecuencias de su decisión de no recibir o interrumpir un tratamiento.

5. No se deberá alentar o persuadir a un paciente a que renuncie a su derecho a dar su consentimiento informado. En caso de que el paciente así desee hacerlo, se le explicará que el tratamiento no se puede administrar sin su consentimiento informado.

6. Con excepción de lo dispuesto en los párrafos 7, 8, 12, 13, 14 y 15 del presente principio, podrá aplicarse un plan de tratamiento propuesto sin el consentimiento informado del paciente cuando concurren las siguientes circunstancias:

a) Que el paciente, en la época de que se trate, sea un paciente involuntario;

b) Que una autoridad independiente que disponga de toda la información pertinente, incluida la información especificada en el párrafo 2 del presente principio, compruebe que, en la época de que se trate, el paciente está incapacitado para dar o negar su consentimiento informado al plan de tratamiento propuesto o, si así lo prevé la legislación nacional, teniendo presente la seguridad del paciente y la de terceros, que el paciente se niega irracionalmente a dar su consentimiento;

c) Que la autoridad independiente compruebe que el plan de tratamiento propuesto es el más indicado para atender a las necesidades de salud del paciente.

7. La disposición del párrafo 6 supra no se aplicará cuando el paciente tenga un representante personal facultado por ley para dar su consentimiento respecto del tratamiento del paciente; no obstante, salvo en los casos previstos en los párrafos 12, 13, 14 y 15 del presente principio, se podrá aplicar un tratamiento a este paciente sin su consentimiento informado cuando, después que se le haya proporcionado la información mencionada en el párrafo 2 del presente principio, el representante personal dé su consentimiento en nombre del paciente.

8. Salvo lo dispuesto en los párrafos 12, 13, 14 y 15 del presente principio, también se podrá aplicar un tratamiento a cualquier paciente sin su consentimiento informado si un profesional de salud mental calificado y autorizado por ley determina que ese tratamiento es urgente y necesario para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a otras personas. Ese tratamiento no se aplicará más allá del período estrictamente necesario para alcanzar ese propósito.

9. Cuando se haya autorizado cualquier tratamiento sin el consentimiento informado del paciente, se hará no obstante todo lo posible por informar a éste acerca de la naturaleza del tratamiento y de cualquier otro tratamiento posible y por lograr que el paciente participe en cuanto sea posible en la aplicación del plan de tratamiento.

10. Todo tratamiento deberá registrarse de inmediato en el historial clínico del paciente y se señalará si es voluntario o involuntario.

11. No se someterá a ningún paciente a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo con arreglo a los procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiátrica y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros. Esas prácticas no se prolongarán más allá del período estrictamente necesario para alcanzar ese propósito. Todos los casos de restricción física o de reclusión involuntaria, sus motivos y su carácter y duración se registrarán en el historial clínico del paciente. Un paciente sometido a restricción o reclusión será mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular de personal calificado. Se dará pronto aviso de toda restricción física o reclusión involuntaria de pacientes a los representantes personales, de haberlos y de proceder.

12. Nunca podrá aplicarse la esterilización como tratamiento de la enfermedad mental.

13. La persona que padece una enfermedad mental podrá ser sometida a un procedimiento médico u operación quirúrgica importantes únicamente cuando lo autorice la legislación nacional, cuando se considere que ello es lo que más conviene a las necesidades de salud del paciente y cuando el paciente dé su consentimiento informado, salvo que, cuando no esté en condiciones de dar ese consentimiento, sólo se autorizará el procedimiento o la operación después de practicarse un examen independiente.

14. No se someterá nunca a tratamientos psicoquirúrgicos u otros tratamientos irreversibles o que modifican la integridad de la persona a pacientes involuntarios de una institución psiquiátrica y esos tratamientos sólo podrán, en la medida en que la legislación nacional lo permita, aplicarse a cualquier otro paciente cuando éste haya dado su consentimiento informado y cuando un órgano externo independiente compruebe que existe realmente un consentimiento informado y que el tratamiento es el más conveniente para las necesidades de salud del paciente.

15. No se someterá a ensayos clínicos ni a tratamientos experimentales a ningún paciente sin su consentimiento informado, excepto cuando el paciente esté incapacitado para dar su consentimiento informado, en cuyo caso sólo podrá ser sometido a un ensayo clínico o a un tratamiento experimental con la aprobación de un órgano de revisión competente e independiente que haya sido establecido específicamente con este propósito.

16. En los casos especificados en los párrafos 6, 7, 8, 13, 14 y 15 del presente principio, el paciente o su representante personal, o cualquier persona interesada, tendrán derecho a apelar ante un órgano judicial u otro órgano independiente en relación con cualquier tratamiento que haya recibido.

Principio 12

Información sobre los derechos

1. Todo paciente recluido en una institución psiquiátrica será informado, lo más pronto posible después de la admisión y en una forma y en un lenguaje que comprenda, de todos los derechos que le corresponden de conformidad con los presentes Principios y en virtud de la

legislación nacional, información que comprenderá una explicación de esos derechos y de la manera de ejercerlos.

2. Mientras el paciente no esté en condiciones de comprender dicha información, los derechos del paciente se comunicarán a su representante personal, si lo tiene y si procede, y a la persona o las personas que sean más capaces de representar los intereses del paciente y que deseen hacerlo.

3. El paciente que tenga la capacidad necesaria tiene el derecho de designar a una persona a la que se debe informar en su nombre y a una persona que represente sus intereses ante las autoridades de la institución.

Principio 13

Derechos y condiciones en las instituciones psiquiátricas

1. Todo paciente de una institución psiquiátrica tendrá, en particular, el derecho a ser plenamente respetado por cuanto se refiere a su:

a) Reconocimiento en todas partes como persona ante la ley;

b) Vida privada;

c) Libertad de comunicación, que incluye la libertad de comunicarse con otras personas que estén dentro de la institución; libertad de enviar y de recibir comunicaciones privadas sin censura; libertad de recibir, en privado, visitas de un asesor o representante personal y, en todo momento apropiado, de otros visitantes; y libertad de acceso a los servicios postales y telefónicos y a la prensa, la radio y la televisión;

d) Libertad de religión o creencia.

2. El medio ambiente y las condiciones de vida en las instituciones psiquiátricas deberán aproximarse en la mayor medida posible a las condiciones de la vida normal de las personas de edad similar e incluirán en particular:

a) Instalaciones para actividades de recreo y esparcimiento;

b) Instalaciones educativas;

c) Instalaciones para adquirir o recibir artículos esenciales para la vida diaria, el esparcimiento y la comunicación;

d) Instalaciones, y el estímulo correspondiente para utilizarlas, que permitan a los pacientes emprender ocupaciones activas adaptadas a sus antecedentes sociales y culturales y que permitan aplicar medidas apropiadas de rehabilitación para promover su reintegración en la comunidad. Tales medidas comprenderán servicios de orientación vocacional, capacitación vocacional y colocación laboral que permitan a los pacientes obtener o mantener un empleo en la comunidad.

3. En ninguna circunstancia podrá el paciente ser sometido a trabajos forzados. Dentro de los límites compatibles con las necesidades del paciente y las de la administración de la institución, el paciente deberá poder elegir la clase de trabajo que desee realizar.

4. EL trabajo de un paciente en una institución psiquiátrica no será objeto de explotación. Todo paciente tendrá derecho a recibir por un trabajo la misma remuneración que por un trabajo igual, de conformidad con las leyes o las costumbres nacionales, se pagaría a una persona que no sea un paciente. Todo paciente tendrá derecho, en cualquier caso, a recibir una proporción equitativa de la remuneración que la institución psiquiátrica perciba por su trabajo.

Principio 14

Recursos de que deben disponer las instituciones psiquiátricas

1. Las instituciones psiquiátricas dispondrán de los mismos recursos que cualquier otro establecimiento sanitario y, en particular, de:

- a) Personal médico y otros profesionales calificados en número suficiente y locales suficientes, para proporcionar al paciente la intimidad necesaria y un programa de terapia apropiada y activa;
- b) Equipo de diagnóstico y terapéutico para los pacientes;
- c) Atención profesional adecuada;
- d) Tratamiento adecuado, regular y completo, incluido el suministro de medicamentos.

2. Todas las instituciones psiquiátricas serán inspeccionadas por las autoridades competentes con frecuencia suficiente para garantizar que las condiciones, el tratamiento y la atención de los pacientes se conformen a los presentes Principios.

Principio 15

Principios de admisión

- 1. Cuando una persona necesite tratamiento en una institución psiquiátrica, se hará todo lo posible por evitar una admisión involuntaria.
- 2. El acceso a una institución psiquiátrica se administrará de la misma forma que el acceso a cualquier institución por cualquier otra enfermedad.
- 3. Todo paciente que no haya sido admitido involuntariamente tendrá derecho a abandonar la institución psiquiátrica en cualquier momento a menos que se cumplan los recaudos para su mantenimiento como paciente involuntario, en la forma prevista en el principio 16 infra; el paciente será informado de ese derecho.

Principio 16

Admisión involuntaria

1. Una persona sólo podrá ser admitida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica o ser retenida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica a la que ya hubiera sido admitida como paciente voluntario cuando un médico calificado y autorizado por ley a esos efectos determine, de conformidad con el principio 4 supra, que esa persona padece una enfermedad mental y considere:

a) Que debido a esa enfermedad mental existe un riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros; o

b) Que, en el caso de una persona cuya enfermedad mental sea grave y cuya capacidad de juicio esté afectada, el hecho de que no se la admita o retenga puede llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que sólo puede aplicarse si se admite al paciente en una institución psiquiátrica de conformidad con el principio de la opción menos restrictiva.

En el caso a que se refiere el apartado b) del presente párrafo, se debe consultar en lo posible a un segundo profesional de salud mental, independiente del primero. De realizarse esa consulta, la admisión o la retención involuntaria no tendrá lugar a menos que el segundo profesional convenga en ello.

2. Inicialmente la admisión o la retención involuntaria se hará por un período breve determinado por la legislación nacional, con fines de observación y tratamiento preliminar del paciente, mientras el órgano de revisión considera la admisión o retención. Los motivos para la admisión o retención se comunicarán sin demora al paciente y la admisión o retención misma, así como sus motivos, se comunicarán también sin tardanza y en detalle al órgano de revisión, al representante personal del paciente, cuando sea el caso, y, salvo que el paciente se oponga a ello, a sus familiares.

3. Una institución psiquiátrica sólo podrá admitir pacientes involuntarios cuando haya sido facultada a ese efecto por la autoridad competente prescrita por la legislación nacional.

Principio 17

El órgano de revisión

1. El órgano de revisión será un órgano judicial u otro órgano independiente e imparcial establecido por la legislación nacional que actuará de conformidad con los procedimientos establecidos por la legislación nacional. Al formular sus decisiones contará con la asistencia de uno o más profesionales de salud mental calificados e independientes y tendrá presente su asesoramiento.

2. El examen inicial por parte del órgano de revisión, conforme a lo estipulado en el párrafo 2 del principio 16 supra, de la decisión de admitir o retener a una persona como paciente involuntario se llevará a cabo lo antes posible después de adoptarse dicha decisión y se efectuará de conformidad con los procedimientos sencillos y expeditos establecidos por la legislación nacional.

3. El órgano de revisión examinará periódicamente los casos de pacientes involuntarios a intervalos razonables especificados por la legislación nacional.
4. Todo paciente involuntario tendrá derecho a solicitar al órgano de revisión que se le dé de alta o que se le considere como paciente voluntario, a intervalos razonables prescritos por la legislación nacional.
5. En cada examen, el órgano de revisión determinará si se siguen cumpliendo los requisitos para la admisión involuntaria enunciados en el párrafo 1 del principio 16 supra y, en caso contrario, el paciente será dado de alta como paciente involuntario.
6. Si en cualquier momento el profesional de salud mental responsable del caso determina que ya no se cumplen las condiciones para retener a una persona como paciente involuntario, ordenará que se dé de alta a esa persona como paciente involuntario.
7. El paciente o su representante personal o cualquier persona interesada tendrá derecho a apelar ante un tribunal superior de la decisión de admitir al paciente o de retenerlo en una institución psiquiátrica.

Principio 18

Garantías procesales

1. El paciente tendrá derecho a designar a un defensor para que lo represente en su calidad de paciente, incluso para que lo represente en todo procedimiento de queja o apelación. Si el paciente no obtiene esos servicios, se pondrá a su disposición un defensor sin cargo alguno en la medida en que el paciente carezca de medios suficientes para pagar.
2. Si es necesario, el paciente tendrá derecho a la asistencia de un intérprete. Cuando tales servicios sean necesarios y el paciente no los obtenga, se le facilitarán sin cargo alguno en la medida en que el paciente carezca de medios suficientes para pagar.
3. El paciente y su defensor podrán solicitar y presentar en cualquier audiencia un dictamen independiente sobre su salud mental y cualesquiera otros informes y pruebas orales, escritas y de otra índole que sean pertinentes y admisibles.
4. Se proporcionarán al paciente y a su defensor copias del expediente del paciente y de todo informe o documento que deba presentarse, salvo en casos especiales en que se considere que la revelación de determinadas informaciones perjudicaría gravemente la salud del paciente o pondría en peligro la seguridad de terceros. Conforme lo prescriba la legislación nacional, todo documento que no se proporcione al paciente deberá proporcionarse al representante personal y al defensor del paciente, siempre que pueda hacerse con carácter confidencial. Cuando no se comunique al paciente cualquier parte de un documento, se informará de ello al paciente o a su defensor, así como de las razones de esa decisión, que estará sujeta a revisión judicial.
5. El paciente y su representante personal y defensor tendrán derecho a asistir personalmente a la audiencia y a participar y ser oídos en ella.

6. Si el paciente o su representante personal o defensor solicitan la presencia de una determinada persona en la audiencia, se admitirá a esa persona a menos que se considere que su presencia perjudicará gravemente la salud del paciente o pondrá en peligro la seguridad de terceros.

7. En toda decisión relativa a si la audiencia o cualquier parte de ella será pública o privada y si podrá informarse públicamente de ella, se tendrán en plena consideración los deseos del paciente, la necesidad de respetar su vida privada y la de otras personas y la necesidad de impedir que se cause un perjuicio grave a la salud del paciente o de no poner en peligro la seguridad de terceros.

8. La decisión adoptada en una audiencia y las razones de ella se expresarán por escrito. Se proporcionarán copias al paciente y a su representante personal y defensor. Al determinar si la decisión se publicará en todo o en parte, se tendrán en plena consideración los deseos del paciente, la necesidad de respetar su vida privada y la de otras personas, el interés público en la administración abierta de la justicia y la necesidad de impedir que se cause un perjuicio grave a la salud del paciente y de no poner en peligro la seguridad de terceros.

Principio 19

Acceso a la información

1. El paciente (término que en el presente principio comprende al ex paciente) tendrá derecho de acceso a la información relativa a él en el historial médico y expediente personal que mantenga la institución psiquiátrica. Este derecho podrá estar sujeto a restricciones para impedir que se cause un perjuicio grave a la salud del paciente o se ponga en peligro la seguridad de terceros. Conforme lo disponga la legislación nacional, toda información de esta clase que no se proporcione al paciente se proporcionará al representante personal y al defensor del paciente, siempre que pueda hacerse con carácter confidencial. Cuando no se proporcione al paciente cualquier parte de la información, el paciente o su defensor, si lo hubiere, será informado de la decisión y de las razones en que se funda, y la decisión estará sujeta a revisión judicial.

2. Toda observación por escrito del paciente o de su representante personal o defensor deberá, a petición de cualquiera de ellos, incorporarse al expediente del paciente.

Principio 20

Delincuentes

1. El presente principio se aplicará a las personas que cumplen penas de prisión por delitos penales o que han sido detenidas en el transcurso de procedimientos o investigaciones penales efectuados en su contra y que, según se ha determinado o se sospecha, padecen una enfermedad mental.

2. Todas estas personas deben recibir la mejor atención disponible en materia de salud mental, según lo estipulado en el principio 1 supra. Los presentes Principios se aplicarán en su caso en

la medida más plena posible, con las contadas modificaciones y excepciones que vengan impuestas por las circunstancias. Ninguna modificación o excepción podrá menoscabar los derechos de las personas reconocidos en los instrumentos señalados en el párrafo 5 del principio 1 supra.

3. La legislación nacional podrá autorizar a un tribunal o a otra autoridad competente para que, basándose en un dictamen médico competente e independiente, disponga que esas personas sean internadas en una institución psiquiátrica.

4. El tratamiento de las personas de las que se determine que padecen una enfermedad mental será en toda circunstancia compatible con el principio 11 supra.

Principio 21

Quejas

Todo paciente o ex paciente tendrá derecho a presentar una queja conforme a los procedimientos que especifique la legislación nacional.

Principio 22

Vigilancia y recursos

Los Estados velarán por que existan mecanismos adecuados para promover el cumplimiento de los presentes Principios, inspeccionar las instituciones psiquiátricas, presentar, investigar y resolver quejas y establecer procedimientos disciplinarios o judiciales apropiados para casos de conducta profesional indebida o de violación de los derechos de los pacientes.

Principio 23

Aplicación

1. Los Estados deberán aplicar los presentes Principios adoptando las medidas pertinentes de carácter legislativo, judicial, administrativo, educativo y de otra índole, que revisarán periódicamente.

2. Los Estados deberán dar amplia difusión a los presentes Principios por medios apropiados y dinámicos.

Principio 24

Alcance de los principios relativos a las instituciones psiquiátricas

Los presentes Principios se aplican a todas las personas que ingresan en una institución psiquiátrica.

Principio 25

Mantenimiento de los derechos reconocidos

No se impondrá ninguna restricción ni se admitirá ninguna derogación de los derechos de los pacientes, entre ellos los derechos reconocidos en el derecho internacional o nacional aplicable, so pretexto de que los presentes Principios no reconocen tales derechos o de que sólo los reconocen parcialmente.