



ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL DE BOLIVIA
CÁMARA DE DIPUTADOS

La Paz, 06 de noviembre de 2023
CITE: EMPL N° 03/2023-2024

Dip. Israel Huaytari Martínez
PRESIDENTE
CÁMARA DE DIPUTADOS
ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
Presente. -

PL-017/23



REF.: SOLICITA REPOSICIÓN DEL PROYECTO DE LEY N°
337/2022-2023

Mediante la presente, solicita reposición del PROYECTO DE LEY N° 337/2022-2023 de
"SALUD MENTAL".

Atte.

Cc.Arch.
Contacto: 76115008


Marcelo Pedrazas López
DIPUTADO NACIONAL
ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL



CÁMARA DE DIPUTADOS

Legislando con el pueblo

CÁMARA DE DIPUTADOS PRESIDENCIA RECIBIDO			
9:28 29 MAR 2023			
HORA	FIRMA		
Nº REGISTRO	Nº FOJAS	b	
51			



ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL DE BOLIVIA
CÁMARA DE DIPUTADOS

La Paz, 29 de marzo del 2023
CITE: EMPL N° 50-2023

Dip. Jerges Mercado Suárez
PRESIDENTE
CÁMARA DE DIPUTADOS
ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
Presente. -

PL 337 / 22-23

Ref.: PRESENTA PROYECTO DE LEY DE SALUD MENTAL

Mediante la que cursa, al amparo del Art. 23 del Reglamento General de la Cámara de Diputados concordante con los Arts. 158-59 de la CPE, se presenta el adjunto Proyecto de Ley.


Marcelo Pedraza López
DIPUTADO NACIONAL
ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL



PROYECTO DE LEY DE SALUD MENTAL

I. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I.1) MOTIVACIÓN SOCIAL. –

Como se expone en el artículo científico “*La legislación en salud mental en Bolivia*” (Aboaja Anne *et al*; 2015; The Royal College of Psychiatrists):

“RESUMEN

El plan de salud mental en Bolivia no está actualmente incluido en la legislación sobre salud mental, ni cuenta con un marco legal, a pesar que en 2014 se propuso un cambio normativo destinado a brindar protección y apoyo en caso de admisiones hospitalarias, en el tratamiento y cuidado de las personas afectadas por trastornos mentales. En el ámbito de la salud mental, aún hay necesidad de una praxis adecuadamente financiada, normada y basada en los derechos de los pacientes. Se debería dar la prioridad a la atención en salud mental en el contexto de la atención primaria, salvaguardando la autonomía de todos los pacientes, incluso aquellos encarcelados, los grupos vulnerables y aquellos entregados al cuidado de personas cercanas.

Bolivia es un país de ingreso medio bajo, en América del Sur, rodeado por países con ingresos medianos (Perú, Brasil, Paraguay, Argentina) y uno de ingreso alto (Chile). A pesar de la falta de estudios de prevalencia en este país, hay indicios de que los trastornos mentales son frecuentes. Un estudio transversal ha señalado que casi una de cada dos mujeres es víctima de violencia perpetrada por la pareja y que esta condición está asociada con depresión (Meekers *et al*, 2013). De acuerdo a una reseña publicada por Jaen-Varas *et al* (2014) la dependencia de alcohol tiene un claro impacto en las hospitalizaciones psiquiátricas, la violencia doméstica y los accidentes de tráfico. Un estudio realizado utilizando el World Health Organization’s Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS) ha examinado los motivos de admisión de los pacientes en centros psiquiátricos y ha demostrado que más de un cuarto de ellos eran internado debido a psicosis, y que una proporción similar se debía a los problemas derivados del uso de sustancias, mientras que una proporción levemente inferior era representativa de los trastornos neuróticos o afectivos. (Caetano, 2008). Sin embargo, no hay datos sobre la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población general o en aquella encarcelada, lo cual podría ser utilizado para orientar la política nacional y dar forma a la legislación.

UN COMIENZO PROMETEDOR, PERO INFRUCTUOSO DE LEGISLACIÓN SOBRE SALUD MENTAL

A pesar de que Bolivia fue uno de los primeros países en América del Sur en redactar un plan de salud mental (Bolis, 2002), en las últimas dos décadas los cambios han sido menores a los esperados en cuanto a desarrollo de los servicios psiquiátricos. En contraste, otros países de América Latina han dado importantes pasos adelante para cumplir con los acuerdos de la Declaración de Caracas de 1990, declaración suscrita por todos los ministerios de salud de América Latina (Almeida & Horvitz-Lennon, 2010). Esta declaración tan importante tenía



ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL DE BOLIVIA
CÁMARA DE DIPUTADOS

como objetivo garantizar que la legislación que rige la salud mental protegiera los derechos civiles y humanos de las personas afectadas por trastornos mentales, y de guiar la reforma de los servicios de salud mental según criterios basados en la evidencia. Los objetivos principales del plan de salud mental más reciente (2009) en Bolivia, revisado (2009-2015) consistían en incluir los servicios de salud mental dentro de la atención primaria y promover el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental (World Health Organization, 2011). Sin embargo, comparado con otros países de América del Sur y tomando como parámetro de medición el número de camas psiquiátricas (Mundt et al, 2015), después de la Declaración de Caracas se ha observado una reducción mínima de los institucionalizados. Además, el plan regulador de los servicios de salud mental no aborda la provisión de servicios de atención a los pacientes o la regulación de estos servicios en aquellos hospitalizados en contra de su voluntad. Inclusive, la falta de fondos suficientes para su implementación ha significado la imposibilidad de cumplir con los objetivos. De acuerdo a los interesados, hay que incluir entre las razones del incumplimiento la escasa importancia asignada a los problemas de salud mental por parte de la sociedad civil, por las autoridades y el estigma asociado con los trastornos mentales (CBM, 2010).

INFLUENCIAS INTERNACIONALES SOBRE LA LEGISLACIÓN DE SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS

En el siglo XXI muchos países de América Latina han suscrito los principios subyacentes a una nueva era, caracterizada por la integración de recomendaciones internacionales en legislación y en políticas nacionales, y por la creación de mecanismos de monitoreo de los derechos humanos en los servicios de salud mental. Si bien Bolivia ha avanzado más lentamente que otros países a su alrededor en la adopción de cambios similares, también se han aprobado nuevas leyes, como la Ley 4034, que promueve el alojamiento de personas con demencia, y la Ley para Personas con Discapacidad, que brinda beneficios a aquellos que padecen de discapacidad intelectual y trastornos mentales graves (Ortiz-Antelo et al, 2009; Montaña-Viaña et al, 2012). Es más, la nueva Constitución de Bolivia (2008) promete proteger el derecho a la salud (Bolivia, 2008; y véase la Tabla 1). La legislación civil define como, a partir de una evaluación médica, una persona pueda ser declarada mentalmente incapaz y estar sujeta al poder de un tutor legal.



ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL DE BOLIVIA
CÁMARA DE DIPUTADOS

Tabla 1 Artículos de la Constitución boliviana relevantes en materia de salud mental

Artículo	Disposiciones
35	I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud
37	El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades
41	El Estado garantizará el acceso de la población a los medicamentos.
70	Toda persona con discapacidad goza del derecho de ser protegido por su familia y por el estado
71	II. El Estado adoptará medidas de acción positiva para promover la efectiva integración de las personas con discapacidad en el ámbito productivo, económico, político, social y cultural, sin discriminación alguna. III. El Estado generará las condiciones que permitan el desarrollo de las potencialidades individuales de las personas con discapacidad.
72	El Estado garantizará a las personas con discapacidad los servicios integrales de prevención y rehabilitación, así como otros beneficios que se establezcan en la ley
73	I. Toda persona sometida a cualquier forma de privación de libertad será tratada con el debido respeto a la dignidad humana.

El gobierno boliviano ha suscrito en 1969 la Convención Americana sobre los Derechos Humanos y en 2006 la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, donde la definición de discapacidad incluye aquella asociada con el impedimento intelectual y mental (Gable et al ,2005). A partir de 2007 el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos ha jugado un papel formal en monitorear, reportar y aconsejar sobre la condición de los derechos humanos en Bolivia (United Nations,2014). La Oficina del Alto Comisionado ha presentado una serie de recomendaciones a los ministerios de gobierno para mejorar los derechos humanos. Sin embargo, el cometido actual de la Oficina no abarca el monitoreo de los derechos de los pacientes admitidos en los hospitales psiquiátricos, y el plan de salud mental 2009 no encara los problemas éticos implicados por la práctica médica, ni los problemas relacionados con la protección de los derechos de las personas con trastorno mental.

Según la Constitución, una persona puede ser internada en hospitales psiquiátricos contra su voluntad (Camisón Yagüe,2012). Sin embargo, no existen mecanismos formales para que un paciente detenido pueda apelar contra su institucionalización y no existe un organismo independiente responsable de monitorear la detención ilegal y el uso de prácticas coercitivas en el tratamiento brindado a pacientes hospitalizados o reinsertos a la comunidad, y tampoco está reglamentado el uso de medidas físicas de sujeción. La legislación referente a la salud mental en Bolivia es débil en cuanto a protección e igualdad brindada a esta clase de personas, quienes tienen que enfrentar el estigma social, que no siempre tienen introspección de su estado de salud y de sus necesidades sociales, y que pueden estar en desacuerdo con la opinión médica acerca de su internación y tratamiento (Gable et al ,2005). En ausencia de una legislación nacional sobre salud mental, y la efectiva implementación de un plan de salud mental, directrices de salud mental de alcance regional se han publicado (Cocarico et al, 2014).



PSIQUIATRÍA FORENSE Y LEGISLACIÓN

La psiquiatría forense, entrecruza muchas ramas del derecho, no es una especialidad reconocida como tal en Bolivia, al momento de esta publicación. No se han establecido mecanismos que permitan desviar las personas con trastorno mental desde el sistema de justicia penal hacia los servicios de salud mental. No existen recursos legales por los cuales los detenidos con trastornos mentales graves puedan ser transferidos a un hospital psiquiátrico para recibir el tratamiento y la asistencia adecuada (Caetano, 2008) A nivel nacional no se ha alcanzado un acuerdo entre el sistema carcelario y los servicios de salud mental. A pesar de que el plan de salud de 2009 se propuso satisfacer las necesidades de las franjas más vulnerables de las personas, como por ejemplo las mujeres, los niños, y las personas con problemas de adicción, los privados de libertad no han sido identificados dentro del plan como subgrupo que necesita un específico tratamiento de salud mental (Camacho-Rivera, 2009). Por lo tanto, no sorprende que el sistema de salud mental en las cárceles no esté desarrollado en Bolivia.

La legislación actual en Bolivia permite que los niños hasta los seis años de edad residan con los padres dentro del recinto penitenciario, a pesar de que estos presidios no estén equipados para niños de esta edad. Se han reportado casos de niños más grandes que viven dentro de las cárceles con los padres y el gobierno boliviano ha establecido objetivos para la resolución de este problema. Considerando el problema globalmente, hay escases de literatura sobre las necesidades de niños con padres detenidos y sobre los efectos psicológicos a largo plazo de la residencia de niños en cárceles para adultos. Se ha constatado que los detenidos en espera de juicio (los cuales representan un grupo con riesgo de trastorno mental más elevado que los demás) representan el 83% de la población total carcelaria y que la población sobrepasa las capacidades de acogida en un 256% (otro riesgo potencial de trastorno mental (International Centre for Prison Studies, 2014). Hay motivos para que la legislación y la política pública encaren estos riesgos, ya observados por otro lado por el Alto Comisionado por los Derechos Humanos (United Nations, 2014). A raíz de lo anterior, el desarrollo de un adecuado sistema de atención de salud mental dentro de las cárceles es particularmente importante en Bolivia. Y sin embargo, si están disponibles, se brindan de manera ad hoc o voluntaria (Caetano, 2008; Garcia, 2011).

OPORTUNIDADES FUTURAS

Bolivia ha demostrado su voluntad de compromiso a mejorar la atención en salud mental con una serie de planes revisados a lo largo de la última década. A pesar de que no existe una específica legislación en salud mental, actualmente las necesidades de acceso a servicios de salud mental de la población entran de alguna manera a ser parte de la legislación sobre derechos humanos y discapacidad. Para el lapso de tiempo 2014 -2019 se han desarrollado específicas directrices (WHO & PAHO, 2014). La decisión de promover la desinstitucionalización probablemente reducirá los riesgos de tratamiento coercitivo de los pacientes con trastorno mental y el riesgo de privar inapropiadamente de la libertad a pacientes detenidos voluntaria o involuntariamente. En Agosto 2014 la población interesada, junto con la oficina regional de la WHO, desarrollaron una propuesta de legislación de salud mental que ha sido presentada al gobierno (World Health Organization & Pan American Health Organization, 2014).

Es esencial un aumento de datos epidemiológicos sobre las necesidades de atención en salud mental en la población en general y en privación de libertad, a fin de diseñar la futura política



ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL DE BOLIVIA
CÁMARA DE DIPUTADOS

pública de salud mental en Bolivia. También son necesarias investigaciones y auditorias de las actuales prácticas en admisiones y tratamiento. La Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos en Bolivia podría ampliar su cometido incluyendo la vigilancia de los derechos humanos de pacientes psiquiátricos y de encarcelados con trastornos mentales. Por último, la implementación de cualquier plan de salud mental y cualquiera discusión seria sobre la legislación en este ámbito exige un apoyo financiero más grande de parte del gobierno, si se quiere obtener mejoras de larga duración en la población afectada por trastornos mentales.

CONCLUSIONES

Las intenciones del actual plan de salud mental, así como de la legislación sobre la incapacidad en general son buenas. Toman en consideración recomendaciones globales, promueven principios de inclusión social e incorporan prácticas modernas como la atención comunitaria. Sin embargo, puede que resulten efectivas solo en parte debido a la carencia de evidencia epidemiológica local y de suficientes recursos humanos y financieros. Como sea que Bolivia opte por una legislación nueva en materia de salud mental o que elija operar en el marco de aquella preexistente, hay necesidad de una adecuada protección de tipo financiero a beneficio de la atención en salud mental dentro del presupuesto nacional destinado a la salud, a fin de sostener la plena implementación de un plan moderno en salud mental, con mira la integración del mismo en la atención primaria; esto para garantizar la autonomía del paciente, mejorar el acceso a diagnósticos, tratamientos, y garantía de respeto de los derechos humanos tanto en salud mental como en la asistencia social. (")

Adicionalmente, se debe señalar el evidente impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19), aún en curso, en la salud mental a nivel mundial, con porcentajes considerables de prevalencia de cuadros de ansiedad y depresión. Hecho que llevó a que la Dirección General de la OMS "llamara la atención a todos los países para que presten más atención a la salud mental y hagan un mejor trabajo de apoyo a la salud mental de sus poblaciones". Así como de la beligerancia internacional entre Rusia y Ucrania, que subsume a la población en un temor de guerra nuclear.



I.2) FUNDAMENTO JURÍDICO. -

- Considerando que la Constitución Política del Estado (CPE) boliviana del 2009, en su Art. 35.I dispone: *“El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.”*

Que en su Art. 37 dispone: *“El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.”*

Que en su Art. 41.I dispone: *“El Estado garantizará el acceso de la población a los medicamentos.”*

Que en su Art. 70 dispone: *“Toda persona con discapacidad goza de los siguientes derechos:*

- 1. A ser protegido por su familia y por el Estado.*
- 2. A una educación y salud integral gratuita.*
- 3. A la comunicación en lenguaje alternativo.*
- 4. A trabajar en condiciones adecuadas, de acuerdo a sus posibilidades y capacidades, con una remuneración justa que le asegure una vida digna.*
- 5. Al desarrollo de sus potencialidades individuales.”*

Que en su Art. 72 dispone que: *“El Estado garantizará a las personas con discapacidad los servicios integrales de prevención y rehabilitación, así como otros beneficios que se establezcan en la ley.”*

Que en su Art. 73.I dispone: *“Toda persona sometida a cualquier forma de privación de libertad será tratada con el debido respeto a la dignidad humana.”*

- Derecho comparado: El presente Proyecto de Ley ha sido “acondicionado” del texto de la Ley Nacional de Salud Mental argentina N° 26657 de 2 diciembre del 2010, considerando los años de vigencia normativa argentina relativa a la materia.



Marcelo Pedrazas López
DIPUTADO NACIONAL
ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL



LA ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL,

DECRETA:

PL 337/22-23
PROYECTO DE LEY DE SALUD MENTAL

CAPÍTULO I DERECHOS Y GARANTÍAS

Artículo 1° - La presente ley tiene por objeto asegurar el ejercicio del 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 la Constitución Política del Estado de 7 de febrero del 2009, los instrumentos internacionales de Derechos Humanos con énfasis en los que declarasen derechos más favorables a los contenidos en la Constitución.

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 instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas.

CAPÍTULO II DEFINICIÓN

Artículo. 3° - En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Se debe partir de la presunción de capacidad jurídica y de obrar de todas las personas. En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

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

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



ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL DE BOLIVIA
CÁMARA DE DIPUTADOS

y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud, en el marco del Programa Nacional de Prevención y Tratamiento de Adicciones (PNPTA).

Artículo. 5° La existencia de un diagnóstico en el campo de la salud mental, en ningún caso, supone peligro para la sociedad o riesgo de daño o incapacidad del paciente diagnosticado. Lo que sólo podrá deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria, evaluación de los resultados de un tratamiento, y la respectiva certificación para cada situación particular en un momento determinado.

CAPÍTULO III ÁMBITO DE APLICACIÓN

Artículo. 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.

Artículo 7° - El Estado boliviano 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, discriminado o criminalizado por un padecimiento mental actual o pasado;



ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL DE BOLIVIA
CÁMARA DE DIPUTADOS

- 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. Y otros derechos reconocidos en el ordenamiento vigente.

CAPÍTULO V MODALIDAD DE ABORDAJE

Artículo 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.

Artículo 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.

Artículo 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 objeto de la presente ley tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

Artículo 11. - La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada nivel de Gobierno autonómico, 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;



ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL DE BOLIVIA
CÁMARA DE DIPUTADOS

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.

Artículo 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

Artículo 13. - Los profesionales con título en provisión nacional 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

Artículo 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.

Artículo 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.

Artículo 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 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;



ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL DE BOLIVIA
CÁMARA DE DIPUTADOS

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.

Artículo 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.

Artículo 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. El órgano de revisión 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 fuerza mayor ajena al paciente y a la institución prestadora de los servicios, el órgano de revisión deberá informar detalladamente las causales y gestionar la externación del paciente a la mayor brevedad posible, comunicando dicha situación a los familiares, tutores o allegados del paciente.

Artículo 19. El consentimiento obtenido o mantenido con dolo, debidamente comprobado por autoridad competente, 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.

Artículo 20. I. La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios. En principio, 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 que realice la internación. Se debe determinar y acreditar 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 el paciente, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra;

b) Ausencia o fracaso de otra alternativa eficaz para su tratamiento;



ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL DE BOLIVIA
CÁMARA DE DIPUTADOS

c) Informe acerca de las alternativas previas implementadas, si las hubiera.

II. Excepcionalmente, en atención a la inminencia del riesgo para sí o para terceros y según el grado de autonomía del paciente, se procederá a la internación involuntaria inmediata del mismo prescindiendo de lo dispuesto en el parágrafo precedente.

En ambas modalidades, este procedimiento se efectuará con la cooperación de personal de salud y/o efectivos de las fuerzas del orden a sola solicitud verbal o escrita (incluidos servicios de mensajería digital) de alguno de los actores del procedimiento.

III. En el caso de cooperación de personal policial, los efectivos deberán únicamente resguardar la integridad física de todas las personas involucradas en el procedimiento de internación del paciente, incluido éste. Las actuaciones policiales se ejecutarán en estricto apego a los criterios de necesidad, proporcionalidad, racionalidad, y discriminación respecto a victimadores y víctimas que eventualmente resultaren del procedimiento. Los efectivos policiales estarán autorizados para portar y hacer uso de pistolas "taser", previa satisfacción de los criterios mencionados. Estas actuaciones se ejecutarán bajo Protocolo específico que deberá ser implementado por el Ministerio de Gobierno en el plazo máximo de (30) treinta días de publicarse la presente ley. La Policía Boliviana creará una Unidad especializada y descentralizada, respectivamente equipada y dotada en número suficiente de efectivos policiales, para la ineludible atención de solicitudes, verbales o escritas, de cooperación en la internación involuntaria de pacientes.

Artículo 21. - La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de DIEZ (10) horas al órgano de revisión, debiendo agregarse a las CUARENTA Y OCHO (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20.

El órgano de revisión, a los TRES (3) días corridos, de haber sido 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 órgano de revisión 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.

Artículo 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 órgano de revisión deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento.



ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL DE BOLIVIA
CÁMARA DE DIPUTADOS

Artículo 23. - El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del órgano de revisión, aunque sí le será comunicado a este. 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 17 del Código Penal.

Artículo 24. - Habiendo autorizado la internación involuntaria, el órgano de revisión 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 órgano de revisión designará de oficio un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento, y en lo posible independiente del servicio 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.

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

Artículo 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.

Artículo 27. - En el caso de institutos de psiquiatría, neuropsiquiátricos, centros de rehabilitación, instituciones de internación monovalentes, públicos, privados o de convenio, existentes, estos se deben adaptar progresivamente a los objetivos y principios expuestos en la presente ley. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal, de equipamiento o de recursos de ningún tipo, ni merma en los derechos adquiridos de los mismos.

La Autoridad de Cumplimiento tiene el deber hacer seguimiento al cumplimiento de la ley 4034 del 2009 que tiene por objeto la construcción e implementación de Centros de apoyo efectivo para las personas que padecen la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

Artículo 28. - Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales del subsistema público 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 045 Contra el racismo y toda forma de discriminación del 8 de octubre del 2010.

Artículo 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, sobre cualquier sospecha de irregularidad que implicara un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento o



ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL DE BOLIVIA
CÁMARA DE DIPUTADOS

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

Artículo 30. - Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar.

Los traslados deben efectuarse con acompañante del entorno familiar o afectivo de la persona. Si se trata de derivaciones con internación, debe procederse del modo establecido en el Capítulo VII de la presente ley. Tanto el servicio o institución de procedencia como el servicio o institución de destino, están obligados a informar dicha derivación al Órgano de Revisión, cuando no hubiese consentimiento de la persona.

CAPÍTULO IX AUTORIDAD DE APLICACIÓN

Artículo 31. - El Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia 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.

Artículo 32. - El Órgano Ejecutivo, en un plazo no mayor a (noventa) 90 días a la publicación de la presente Ley, deberá remitir a la Asamblea Legislativa Plurinacional un Proyecto de Ley de reforma de la Ley del Presupuesto General del Estado de la gestión en curso, para incluir presupuesto adicional específico para la salud mental dentro de la partida de salud preexistente hasta alcanzar un mínimo del DIEZ POR CIENTO (10 %) del presupuesto total de salud. Asimismo, el Órgano Ejecutivo, en el plazo de (noventa) 90 días a la publicación de la presente Ley deberá garantizar la creación de nuevos ítems en el sector salud para profesionales vinculados a la salud mental, en número suficiente para la adecuada prestación de servicios médicos especializados.

Artículo 33. - El Ministerio de Salud y Deportes 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.



ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL DE BOLIVIA
CÁMARA DE DIPUTADOS

Artículo 34. - El Ministerio de Salud y Deportes debe promover el desarrollo de estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados.

Artículo 35. - Dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días corridos de la publicación de la presente ley, el Ministerio de Salud y Deportes 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.

Artículo 36. - El Ministerio de Salud y Deportes, en coordinación con los ministerios de Educación y de 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.

Artículo 37. - El Ministerio de Salud y Deportes debe promover la adecuación de la cobertura en salud mental del Sistema Único de Salud de Bolivia (SUS) a los principios establecidos en la presente ley, en un plazo no mayor a los NOVENTA (90) días corridos a partir de la publicación de la presente ley.

CAPÍTULO X ÓRGANO DE REVISIÓN

Artículo 38. - Créase el Órgano de Revisión de la Prestación de Servicios de Salud Mental con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental, con dependencia administrativa institucional del Viceministerio de Defensa del Usuario y Consumidor.

Artículo 39. - El Órgano de Revisión de la Prestación de Servicios de Salud Mental es un ente colegiado, multidisciplinario y estará integrado por: Un representante del Ministerio de Salud y Deportes, un representante del Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional, dos representantes de asociaciones de usuarios o familiares de pacientes de padecimientos mentales, dos profesionales vinculados a salud mental pertenecientes a las sociedades bolivianas de Psiquiatría y Psicología respectivamente, quienes desempeñarán funciones sin percibir remuneración por ello.

Este Órgano de Revisión será presidido por la o el Director del Instituto Nacional de Psiquiatría "Gregorio Pacheco", y tendrá su sede en la capital de Bolivia, Sucre.

Artículo 40. - Son funciones del Órgano de Revisión de la Prestación de Servicios de Salud Mental:

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



ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL DE BOLIVIA
CÁMARA DE DIPUTADOS

- 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;
- 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 policial o judicial ante situaciones irregulares;
- g) Realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación;
- h) Realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos;
- i) 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;
- j) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de incapacidad y durante la vigencia de dichas sentencias.

DISPOSICIÓN FINAL

ÚNICA. - En el plazo de (noventa) 90 días calendario a partir de la publicación de la presente Ley, el Órgano Ejecutivo elaborará y presentará oficialmente un "Plan Nacional de Salud Mental" conforme a los preceptos dispuestos en la presente ley, y en el marco del "Plan de acción sobre salud mental" de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

Remítase al Órgano Ejecutivo para fines constitucionales.

Es dada en la Sala de Sesiones de la Asamblea Legislativa Plurinacional a los...



Marcelo Pedrazas López
DIPUTADO NACIONAL
ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL