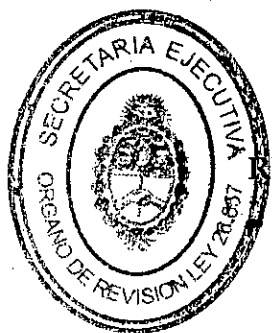


Órgano de Revisión - Ley 26.657

Secretaría Ejecutiva



RESOLUCIÓN S.E. N° 01/2016.

Buenos Aires, 15 de abril de 2016.

VISTO, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/13 del Registro del PEN; la Resolución DGN N° 797/13; y

CONSIDERANDO

Que mediante Resolución N° 797/13, del Registro de la Defensoría General de la Nación, quien suscribe ha sido designada como Secretaria Letrada a cargo de la Secretaría Ejecutiva del Órgano de Revisión, con todas las atribuciones que; en orden a su adecuado funcionamiento, fueron contempladas en la Ley Nacional de Salud Mental y su Decreto Reglamentario.

Que en el marco de la reunión plenaria del 3 de diciembre de 2015, los representantes ante el Órgano de Revisión aprobaron el Informe de Gestión 2015 y se delegó la publicidad de su contenido a la Secretaría Ejecutiva.

Que en dicho ámbito y como resultado de los aportes de los sectores que lo componen, el citado Órgano aprobó por unanimidad el texto definitivo del referido informe.

Asimismo, y a los fines de su publicidad la Secretaria Ejecutiva elaboró un resumen ejecutivo del Informe de Gestión 2015.

Que en consecuencia, corresponde protocolizar dichos textos a los fines de su adecuado registro y comunicación.

USO OFICIAL

Que en virtud de las consideraciones que anteceden y de conformidad con las facultades conferidas por el artículo 40 de la Ley 26.657, el Decreto 603/13 y cdtes.,

**LA SECRETARIA EJECUTIVA
DEL ÓRGANO DE REVISIÓN DE LA NACIÓN**

RESUELVE:

I.- TENER POR APROBADO el Informe de Gestión Anual 2015, de conformidad con lo acordado por el Plenario del Órgano de Revisión en la sesión de fecha 03 de Diciembre de 2015 y cuyo texto -obrante como Anexo I- forma parte integral de la presente resolución.

II. TENER POR APROBADO el resumen ejecutivo del Informe de Gestión Anual 2015 cuyo texto -obrante como Anexo II- forma parte integral de la presente resolución.

II.- COMUNICAR lo resuelto a los representantes ante el Órgano de Revisión y a las autoridades correspondientes a los fines de su conocimiento.

Protocolícese, comuníquese y oportunamente archívese.

Maria Graciela Iglesias
Secretaria Ejecutiva del
Órgano de Revisión
Ley 26.657



ANEXO II – Resolución SE Nº 01/16

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES, CONFORMACIÓN Y FUNCIONES

2. PLAN DE ACCIÓN 2015

3. RESEÑA CUANTITATIVA DE LAS GESTIONES REALIZADAS POR LA SE DEL ORN

4. RESULTADO DE MONITOREOS REALIZADOS EN LAS INSTITUCIONES VISITADAS SEGÚN LO DISPUESTO POR EL PLAN DE ACCIÓN

INSTRUMENTO DE MONITOREO. APROBACIÓN E IMPLEMENTACIÓN

RESULTADOS DE LOS MONITOREOS REALIZADOS EN LAS INSTITUCIONES VISITADAS SEGÚN LO DISPUESTO EN EL PLAN DE ACCIÓN

RESULTADOS DEL MONITOREO SOBRE LAS CONDICIONES DE DETENCIÓN EN PROGRAMAS DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL PARA PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD EN EL SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL

OTROS MONITOREOS

6. RELEVAMIENTOS

DOCUMENTO DE MUERTE EN INSTITUCIONES MONOVALENTES DE SALUD MENTAL

SALAS DE CONTENCIÓN Y AISLAMIENTO

ELECTROSHOCK/TEC

7. ARTICULACIÓN POLÍTICO INSTITUCIONAL

OTROS PAÍSES

OTRAS INTERVENCIONES

8. RELEVAMIENTO DE INTERVENCIONES EN CASOS DE PERSONAS MAYORES

9. DOCUMENTOS

10. ACCIONES DE PROMOCIÓN Y COOPERACIÓN

11. CAPACIDAD JURÍDICA

12. COMUNICACIÓN Y DIFUSIÓN

13. CONCLUSIONES

14. RECOMENDACIONES DEL ÓRGANO DE REVISIÓN A LA AUTORIDAD DE APLICACIÓN. ART. 40 INC. H) DE LA LNSM



1. INTRODUCCIÓN

El presente informe tiene por objetivo dar a conocer las acciones del Órgano de Revisión de la Ley Nacional de Salud Mental (ORN) durante el ejercicio 2015, con el fin de cumplir con el artículo 40 inc. h) de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) Nº 26.657 y su Decreto Reglamentario PEN Nº 603/13 en la medida en que corresponde al ORN efectuar recomendaciones a la autoridad de aplicación a través de informes anuales que den cuenta del estado de situación de la aplicación de la LNSM en todo el territorio nacional.

Es por eso que este informe dará cuenta de las acciones realizadas por el ORN en su segundo año de gestión –entre el 1º de enero de y el 30 de noviembre de 2015–, los resultados obtenidos y, finalmente, las recomendaciones destinadas a la Autoridad de Aplicación de la ley.

ANTECEDENTES, CONFORMACIÓN Y FUNCIONES

La sanción de la ley 26.657 marcó un hito en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial: parte de la presunción de la capacidad jurídica, les reconoce el derecho a ser oídos y a gozar de asistencia jurídica en decisiones relativas a su internación, crea el Órgano de Revisión como mecanismo para la protección de los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud mental y establece la sustitución de las instituciones manicomiales públicas y privadas por dispositivos con base en la comunidad.

En efecto, el Órgano de Revisión de la Ley Nacional de Salud Mental fue creado por dicha ley como organismo de protección de derechos humanos, supervisión y monitoreo de las internaciones por razones de salud mental. A fin de garantizar su independencia, la ley escogió como ámbito de funcionamiento el Ministerio Público de la Defensa –el cual ejerce la presidencia, la representación legal y la coordinación, a través de una Secretaria Ejecutiva (SE)– y estableció una composición intersectorial y equitativa entre organismos estatales y de la sociedad civil, entre las que incluye organizaciones de personas usuarias de servicios de salud mental.¹

Entre las principales funciones que la LNSM le asigna al ORN pueden identificarse: la supervisión y monitoreo de las condiciones de internación, el control del cumplimiento de la ley (en particular en lo que respecta al resguardo de los derechos de los usuarios del sistema de salud mental), la realización de recomendaciones a la autoridad de aplicación de la ley, la promoción de órganos de revisión locales y la revisión de las internaciones involuntarias y voluntarias prolongadas.

Algunas de las tareas del ORN incluidas dentro de este tipo de funciones son: las visitas a instituciones tanto para la intervención en situaciones individuales, como para monitoreos integrales de los distintos establecimientos, la elaboración de recomendaciones tendientes a modificar patrones estructurales de violaciones de derechos humanos en el ámbito de los servicios de salud mental. También brinda asistencia técnica a las jurisdicciones para la formulación y

¹ De conformidad con los arts. 38 y 39 de la ley 26.657 y el decreto 603/13.



puesta en marcha de órganos de revisión locales y de políticas y servicios de salud mental respetuosos de los derechos humanos de las personas.

2. PLAN DE ACCIÓN 2015

Con el fin de sistematizar las actividades para cumplir con los propósitos, los objetivos y las metas previstos para este año, el Órgano de Revisión confeccionó y aprobó, por Resolución SE Nº 10/15, el Plan de Acción 2015. El antecedente inmediato de dicha planificación fueron las conclusiones a las que se llegó luego de la implementación del Plan de Acción 2014.

Así, a las dos dimensiones conceptuales generales rectoras del Plan de Acción 2014, la promoción y el monitoreo, este año se sumaron tres dimensiones más: capacidad jurídica (destinada a incidir en los procesos de determinación de capacidad jurídica), producción (destinada a la elaboración de recomendaciones, dictámenes e informes) y cooperación (destinada a la realización de convenios de cooperación institucional).

El objetivo general del Plan de Acción 2015 es monitorear y promover el cumplimiento de la ley Nº 26.657. Los objetivos específicos se organizaron en función de las cinco dimensiones mencionadas.

El siguiente cuadro permite dar cuenta de la correspondencia entre los objetivos específicos y las dimensiones conceptuales.

DIMENSIÓN	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
MONITOREO	<ul style="list-style-type: none">- Intervenir para velar por el cumplimiento de las personas en procesos de determinación de capacidad jurídica.- Evaluar la legitimidad del plazo de las internaciones involuntarias y la continuidad de la voluntariedad en las internaciones voluntarias.- Intervenir ante denuncias de violación de derechos y/o ante situaciones de gravedad institucional.- Monitorear y evaluar el cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental en instituciones monovalentes privadas y públicas destinadas a personas adultas, niñas, niños y adolescentes.- Monitorear e incidir en los procesos judiciales y/o administrativos.- Monitorear la instrumentación y aplicación de los dictámenes y recomendaciones elaborados por el Órgano de Revisión.
PROMOCIÓN	<ul style="list-style-type: none">- Promover el cumplimiento de la ley 26.657 en las instituciones monovalentes públicas y privadas destinadas a personas adultas, niñas, niños y adolescentes.- Promover el cumplimiento de la ley 26.657 en los hospitales generales públicos y privados destinados a personas adultas, niñas, niños y adolescentes.



	<ul style="list-style-type: none">- Promover que los procesos de determinación de capacidad jurídica se ajusten al Código Civil y Comercial de la Nación, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Ley Nacional de Salud Mental.- Promover la creación y el desarrollo de los Órganos de Revisión locales.
PRODUCCIÓN	<ul style="list-style-type: none">- Producir recomendaciones y dictámenes acordes al eje de capacidad jurídica sobre protección de derechos humanos de personas usuarias de servicios de salud mental.
COOPERACIÓN	<ul style="list-style-type: none">- Promover la articulación inter institucional destinada a mejorar las condiciones para el cumplimiento de la ley 26.657.
CAPACIDAD JURÍDICA	<ul style="list-style-type: none">- Trabajar en forma interinstitucional con las dependencias de la Defensoría General de La Nación.- Promover la autonomía de las personas usuarias de servicios de salud mental y el mejoramiento de los procesos de determinación de la capacidad jurídica.

3. RESEÑA CUANTITATIVA DE LAS GESTIONES REALIZADAS POR LA SE DEL ORN

Para contar con una adecuada organización, el Órgano de Revisión elaboró una base que permite registrar todas las comunicaciones de internación, las visitas institucionales, los informes interdisciplinarios elaborados por el equipo técnico y por aquellos requeridos en colaboración a la Secretaría de Derechos Humanos.

En el período analizado, se recibieron **4539** comunicaciones sobre casos individuales, de las cuales un 72% (3258) comunicaron internaciones, un 5,6% (254) requirieron evaluaciones del OR (cfr. art. 18, 24, 21, de la LNSM, 152 ter del Código Civil) y un 2,3% (104) comunicaron otras posibles afectaciones de derechos. Por su parte, el 3.06% (151) notificaron fallecimientos de personas en contextos de encierro por salud mental y las restantes comunicaron externaciones e informes de evolución. En el 77% (3528) de las comunicaciones se informó la modalidad de la internación que, en un 90,2% (1565 comunicaciones) corresponde a internaciones involuntarias y un 9.8% (346 comunicaciones) se trata de voluntarias prolongadas. El 22.36% de las comunicaciones están relacionadas con personas menores de edad.

Un análisis comparativo con el mismo periodo de 2014 (2713 comunicaciones) permite advertir un notorio incremento de las comunicaciones en casos particulares que alcanza el



67,3% y que muestra un considerable crecimiento del deber de las instituciones y juzgados de informar las internaciones, conforme lo previsto en la LNSM.

A partir de la recepción de las comunicaciones de internación, se valora la información recibida y se decide la intervención en razón a las atribuciones establecidas en el artículo 40 de la LNSM, aun cuando no fuera requerido expresamente. En ese sentido, la Secretaría Ejecutiva del OR ha tomado intervención en casi en el 15% de las comunicaciones recibidas (671 casos) en las cuales se realizaron, entre otras gestiones, evaluaciones interdisciplinarias, se elaboraron dictámenes sobre condiciones de internación, solicitud de informes a distintas autoridades, intervención en expedientes judiciales y presentación de denuncias penales a fin de que se investiguen las muertes ocurridas en contextos de encierro por salud mental.

Cabe señalar que la Secretaría Ejecutiva ha realizado todas las evaluaciones interdisciplinarias requeridas en el transcurso del presente año por los juzgado civiles intervinientes relativas a personas internadas por padecimiento mental. También, se intervino en la totalidad de comunicaciones de fallecimientos con el objetivo de hacer cumplir las previsiones de la Resolución SE Nº 15/14. En este aspecto, se advierte que en el informe de gestión 2014 las comunicaciones de fallecimientos fueron muy marginales mientras que el número en este período se incrementó considerablemente.

Para 2016 se aspira a ampliar la intervención del ORN en las comunicaciones de internación y a profundizar las gestiones en cada una de las comunicaciones por fallecimientos con el propósito de promover, además de la comunicación al fuero penal, la efectiva actuación de esa instancia.

La supervisión de las condiciones de internación es otra de las funciones privilegiadas del ORN y se lleva a cabo a través de visitas a las instituciones, tanto para la intervención en casos individuales, como para monitoreos de los distintos establecimientos. Así, en el periodo analizado se realizaron 238 visitas.

Los monitoreos generales implicaron 26 visitas a siete instituciones: dos de la ciudad de Buenos Aires, tres de la provincia de Buenos Aires y dos programas que funcionan en el ámbito del Servicio Penitenciario Federal. Asimismo, se realizaron 4 relevamientos de situaciones específicas denunciadas ante la SE en cuatro instituciones: una de la CABA y tres de Córdoba. Las evaluaciones interdisciplinarias dieron lugar a 195 visitas que abarcaron 38 instituciones diferentes, todas de la ciudad de Buenos Aires. También se visitaron instituciones para llevar adelante acciones de promoción, asistencia técnica y capacitación. Con ese objetivo, se realizaron 13 visitas a distintas instituciones.



También se registraron y analizaron las comunicaciones recibidas que no refieren a personas individualizadas sino a situaciones generales². Entre el 1 de enero y el 31 de octubre de 2015 se recibieron en el ORN 44 presentaciones relativas a situaciones de carácter general de condiciones de internación, modalidad de abordaje y violaciones de derechos en instituciones de internación. Además, se recibieron 28 presentaciones correspondientes a solicitudes de informes, dictámenes o puesta en conocimiento de situaciones relativas a la actuación de órganos estatales. La mayoría de las comunicaciones (65,9%, 29 casos) han sido realizadas por dependencias de la Defensoría General de la Nación.

4. RESULTADO DE MONITOREOS REALIZADOS EN LAS INSTITUCIONES VISITADAS SEGÚN LO DISPUESTO POR EL PLAN DE ACCIÓN

INSTRUMENTO DE MONITOREO. APROBACIÓN E IMPLEMENTACIÓN

Para dar efectivo cumplimiento al artículo 40 de la Ley Nacional de Salud Mental, y con el objetivo de recabar información de manera sistemática para posteriormente procesar y analizar, se desarrolló el “Instrumento de Monitoreo del Órgano de Revisión Nacional” (aprobado mediante Resolución SE Nº 14/15).

Para la confección del instrumento se tuvieron en consideración los sistemas de evaluación *Who Aims* (Instrumento de Evaluación para el Sistema de Salud Mental de la OMS) y *Quality Rights Tool Kit* (Sistema de Evaluación de Derechos Humanos para las Personas con Capacidad Mental de OPS en 2012).

El instrumento cuenta con cinco instancias de relevamiento de información, las cuales están organizadas en cuatro dimensiones: documentación, observación, entrevistas y situación jurídica. Además, incluye un apartado que busca recabar información sobre cuestiones vinculadas a identidad de género, elaborado con el asesoramiento de la Comisión de Género de la DGN.

RESULTADO DE LOS MONITOREOS REALIZADOS EN LAS INSTITUCIONES VISITADAS SEGÚN LO DISPUESTO EN EL PLAN DE ACCIÓN

Se realizaron 7 monitoreos integrales a un hospital neuropsiquiátrico infanto-juvenil de la CABA, una institución de albergue de niños, niñas y adolescentes de la provincia de Buenos Aires, una clínica psiquiátrica privada de la CABA, dos comunidades terapéuticas de la provincia de Buenos Aires y dos programas de atención en salud mental para personas privadas de su libertad del Servicio Penitenciario Federal.

² En esta categoría consignamos las presentaciones que no refieren a personas individualizadas. Las comunicaciones que comprenden conjuntamente la referencia a un caso individual incluyendo situaciones generales en el lugar de internación, son incluidas en la categoría “presentaciones relativas a casos individuales”.



Además, se realizaron seguimientos de los monitoreos integrales realizados en 2014, uno de los cuales derivó en una nueva solicitud de adecuación a los principios establecidos en la LNSM (Resolución SE Nº 11/15).

Para un abordaje más claro, se describen las irregularidades constadas en función de los artículos de la ley 26.657 que se han visto vulnerados en cada tipo de dispositivo.

ABORDAJE DE LAS ADICCIONES COMO PARTE INTEGRANTE DE LAS POLÍTICAS DE SALUD MENTAL (artículo 4)

Comunidad terapéutica

- Una concepción y un abordaje de la problemática del consumo como enfermedad crónica sobre la que se reproducen metodologías únicas de alto grado de restricción en vez de estrategias terapéuticas particulares para cada persona.

ADECUACIÓN DE LOS EFECTORES Y SERVICIOS DE SALUD A LA NORMATIVA VIGENTE (artículo 6 y 27)

Clínica privada

- No se identificó un proceso de adecuación, ni de programas, metodología o acciones sistemáticas y específicas de adaptación/adecuación a la ley.
- En uno de los casos, la clínica no contaba con habilitación del Ministerio de Salud de la Nación para funcionar en tratamientos crónicos a largo plazo ni estaba llevando a cabo ningún tipo de adecuación.

DERECHO AL RESGUARDO DE LA INTIMIDAD Y AL RESPETO DE LA VIDA PRIVADA Y DE LA LIBERTAD DE COMUNICACIÓN (artículo 7 inc. I)

Clínica privada

- No se considera resguardada la intimidad, la privacidad, la libertad de comunicación y la concepción de la persona como sujeto de derecho toda vez que un usuario institucionalizado comparte su vida con otras personas no elegidas y está sujeto a una normativa que regula su vida en un continuo que lo priva del derecho cuando la persona se encuentra fuera de la situación de riesgo.
- Se percibió un déficit en los objetos personales y en las pertenencias de las personas usuarias.
- Tampoco se observa un proceso de captación familiar ni de favorecimiento de la permanencia de vínculos significativos para las personas internadas como parte del funcionamiento institucional.
- Existencia de restricciones en la circulación de personas usuarias, de ingreso y de egreso y de recepción de llamadas telefónicas. Falta de acceso a un sistema de comunicación telefónico gratuito.



Comunidad terapéutica

- Utilización del aislamiento y la incomunicación inicial parcial y/o total como estrategia de atención.
- Se detectó un espacio muy reducido entre las camas de las habitaciones, lo que no posibilita la intimidad y la privacidad de las personas que allí pernoctan.

Instituciones de niñas, niños y adolescentes

- Presencia de rejas y puertas cerradas con llave o sin picaporte que dan cuenta de una organización edilicia basada en la noción de internación custodial, en la que impera la estructura del “cuidado – encierro”.
- Sanitarios y duchas sin puertas que permitan preservar la identidad de los usuarios y ausencia de mobiliario que les permita guardar sus pertenencias.
- No se garantiza debidamente el derecho de los niños, niñas y adolescentes a ser oídos al relativizar sus denuncias sobre situaciones de malos tratos³.

DERECHO A CONOCER Y A PRESERVAR SU IDENTIDAD (artículo 7 inc. b)

Clínica privada

- Usuarios sin acceso a sus DNI, a pesar de contar con ellos.

DERECHO A NO SUFRIR DISCRIMINACIÓN POR UN PADECIMIENTO MENTAL ACTUAL O PASADO (artículo 7 inc. d)

Clínica privada

- En al menos un caso, se identificaron percepciones negativas acerca del padecimiento mental y del pronóstico de los usuarios “crónicos”. Dichas percepciones son argumento para la institucionalización debido a que se asocia a la persona a un estado inmodificable.

DERECHO A SER INFORMADO DE MANERA ADECUADA Y COMPRENSIBLE SOBRE LOS DERECHOS QUE LO ASISTEN (artículo 7 inc. j)

Clínica privada

- Déficit de información por parte de los usuarios entrevistados sobre los derechos que le confiere la LNSM, su estado de salud y tratamiento, alternativas a su atención, medicación administrada y estrategia terapéutica implementada.
- Historias clínicas incompletas y en las que, en ocasiones, no se consigna el carácter de internaciones.

³ cfr. 12 CDN y los artículos 25 a 30 Libro Primero, Título I, Capítulo 2, Sección 2da -Persona Menor de Edad-; arts. 648 a 657 Libro Segundo, Título VII, Capítulo 4 –Deberes y Derechos sobre el Cuidado de los Hijos- del Código Civil y Comercial de la Nación).



DERECHO A PODER TOMAR DECISIONES RELACIONADAS CON SU ATENCIÓN Y TRATAMIENTO SEGÚN SUS POSIBILIDADES Y A SER INFORMADO DE MANERA CLARA Y COMPRENSIBLE SOBRE LOS DERECHOS QUE LO ASISTEN (CONSENTIMIENTO INFORMADO) (artículo 7 inc. j, k, artículo 7 inc. k decreto reglamentario 603/13)

Clínica privada

- Ausencia de participación de las personas internadas en la estrategia terapéutica.
- No se observó un procedimiento sistematizado de información-participación activa de las personas internadas y/o sus familiares para la construcción de consentimiento informado aunque en las historias clínicas se constató la existencia de formularios de consentimiento informado firmados por los usuarios y/o familiares.
- Persisten irregularidades en la foliación y en la falta de información del carácter de las internaciones en al menos una institución monitoreada.
- Incumplimiento del deber de comunicación de las internaciones, como así también lo dispuesto sobre consentimiento informado.

DERECHO A CONTAR CON UN TRATAMIENTO LO MENOS RESTRICTIVO POSIBLE Y A UNA INTERNACIÓN LO MÁS BREVE POSIBLE (artículos 14, 15 y 18)

Clínica privada

- Se constataron internaciones de larga data y personas institucionalizadas. Dichas situaciones son naturalizadas por el cuerpo directivo del establecimiento.
- Presencia de personas institucionalizadas por razones clínicas, sin abordaje específico en salud mental ni tratamiento con medicación psicofarmacológica.
- Ausencia en la promoción del fortalecimiento y del desarrollo de referentes comunitarios en condiciones de acompañar el proceso de tratamiento de personas internadas.
- Falta de acciones sistemáticas de reinclusión social en general y de desarrollo de rehabilitación psicosocial.
- La institución no dispone de abordajes ambulatorios que permitan utilizar la internación como último recurso.

Comunidad terapéutica

- Internación prolongada de adolescentes y jóvenes como estrategia básica de la atención.
- Inexistencia de situaciones de riesgo cierto e inminente que justificasen las internaciones.

Institución de niñas, niños y adolescentes



- Ausencia de metodologías de abordaje menos restrictivas para evitar internaciones y la consecuente separación de niños y niñas de su hogar y de sus vínculos afectivos.
- Se detectaron internaciones de largo plazo (más de seis meses), las cuales tienen impacto negativo cuanto más temprano se aplican en la vida de un niño. Por otra parte, se detectó la permanencia de niños en la institución por “razones sociales” que continúan hospitalizados por la falta de dispositivos sustitutivos.
- Se conocieron casos de niños que son reinternados y muchos de ellos circulan permanentemente entre la hospitalización y un alta sin sustentabilidad suficiente como para evitar el reingreso a la institución.

DERECHO A RECIBIR UN TRATAMIENTO FUERA DEL ÁMBITO INSTITUCIONAL, CON UNA MODALIDAD DE ABORDAJE INTERDISCIPLINARIA Y EN EL MARCO DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS) (artículos 7, 8, 9, 10 y 28)

Comunidad terapéutica

- Modalidad de abordaje clínico-asistencial en institución monovalente de carácter cerrado, basada en la institucionalización, el control sintomático general y la abstinencia en particular, con desarrollo de intervenciones intramuros, sin abordajes territoriales, intersectoriales ni comunitarios en general.
- Modalidad de intervención basada en el individuo-problema y su aislamiento, sustentada en el abstencionismo, en base a internaciones prolongadas y el control sintomático.

Derecho a que la internación sea un recurso terapéutico de carácter restrictivo (art. 14 y 20 LNSM)

Clínica privada

- No se identificó un abordaje interdisciplinario, sistemático y programático debido a que, entre otros factores, se percibe la ausencia de registros de informes interdisciplinarios, dificultad por parte del personal de precisar los modos de implementación del trabajo interdisciplinario, contradicciones para identificar la presencia de reuniones sistemáticas, carencia de encuentros sistemáticos para capacitación conjunta y sociabilización de la información, desconocimiento de la planta de trabajadores y las disciplinas en las que se desempeñan, criterios de internación basados en la disciplina psiquiátrica y no en criterios interdisciplinarios.
- Ausencia de registros que dieran cuenta de modalidades de abordaje alternativas.
- No se percibe una modalidad de abordaje basada en principios de atención primaria de la salud, ni trabajo intersectorial ni promoción y restitución de lazos sociales.

Comunidad terapéutica



- Se identificaron personas internadas que, al momento de ser entrevistadas, no presentaban situación de riesgo cierto o inminente que justifiquen la continuidad de la internación.

Institución de niños, niñas y adolescentes

- Modalidad de abordaje de tipo clínico-asistencial, centrado en la persona enferma, el control sintomático y la internación en el hospital psiquiátrico como eje de la atención de problemáticas sociales severas y de alta complejidad. Se percibe una creciente disposición de internaciones y medicalización de niños pequeños.
- Niños que adquieren el estatus de “institucionalizados” y entran en el circuito de derivaciones a instituciones convivenciales (menos restrictivas que el hospital) pero que, ante una descompensación, son nuevamente derivados al hospital. Ello genera un pasaje entre instituciones que naturaliza la situación de encierro y de control social, y perpetúa el proceso de institucionalización.
- Naturalización de la institucionalización y alejamiento de la inclusión comunitaria de la población infantojuvenil como parte de un sistema de protección y albergue de niños, niñas y adolescentes con problemáticas psicosociales.

DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL: VIOLENCIA INSTITUCIONAL (artículo 7)

Institución de niñas, niños y adolescentes

- Se detectaron casos en que niños manifestaron malestar por diferentes motivos, entre ellos malos tratos, medicación suministrada, extrañamiento de sus afectos y del hogar, y sujeción física.

DERECHO A LA INCLUSIÓN COMUNITARIA. TERRITORIALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL (artículos 1, 7 inc. d, 9, 11, 14⁴, 17 y 30)

Clínica privada

- No se identificaron acciones sistemáticas ni programáticas de inclusión social (habitacional y laboral), socioeducativas, de lazos comunitarios, barriales, etc. con los que cuentan los usuarios antes de ingresar y que se interrumpen con la internación/institucionalización.
- No se identificaron programas ni acciones específicas de externación de las personas institucionalizadas.

⁴ Art. 19 CDPD; ppios 3, 9 de los Principios para la Protección de los Enfermos mentales y Mejoramiento de la Atención en Salud Mental; ppio III. 3 de los Principios y Buenas Prácticas para la Protección de las Personas Privadas de Libertad de las Américas; arts. 4 y 23 CDN; art. 5, 6, 7, 22 y 23 de la Ley 114.



- No se implementan las alternativas terapéuticas menos restrictivas de derechos y libertades toda vez que se legitima la institucionalización y la integración familiar, laboral y comunitaria.
- Falta de atención ambulatoria, atención de emergencias, intervenciones domiciliarias, y trabajo comunitario.
- No se relevaron actividades tendientes a preservar la salud desde una perspectiva integral.
- No se observó un apoyo sostenido para el alta, ni acciones tendientes a una externación. Tampoco acciones de salud mental comunitaria en general.
- La modalidad de tratamiento implementada es, según los directivos, psicofarmacológico y psicoterapéutico incluyendo eventualmente acompañamiento psicoterapéuticos. No obstante ello, los profesionales entrevistados mencionaron otros abordajes, tales como la musicoterapia y, eventualmente, acompañamientos terapéuticos, psicoterapia familiar, re-vinculación familiar mediante reuniones periódicas.
- Las estrategias para el desarrollo de la autonomía de las personas usuarias resulta insuficiente.
- No se identificó el acceso a una atención integral a fin de promover y restablecer la integración social de las personas usuarias. Tampoco se relevaron actividades tendientes a preservar la salud en una perspectiva social integral ni esfuerzos por impedir el proceso de desvinculación sociolaboral y familiar.
- No se han identificado criterios de abordaje territorial, reconociendo la existencia de usuarios de diferentes localidades y provincias internados en la clínica. El ORN no ha recibido comunicación alguna al respecto.

Institución de niños, niñas y adolescentes:

- La carencia de efectores territoriales que den respuesta a problemáticas de salud mental de la población infanto-juvenil favorece que se trasgredan criterios de territorialidad postulados por los principios de atención primaria de la salud y por los enfoques de salud y derechos humanos previstos en la modalidad de abordaje comunitario propuesta por la legislación vigente.
- No se ha identificado un programa que tenga como objetivo el fortalecimiento, desarrollo y/o producción de redes de apoyo sociofamiliar. Se destaca la carencia de intervenciones domiciliarias.
- En al menos un caso, se detectaron indicios de un trabajo institucional para que los niños realicen la continuidad de su tratamiento en dispositivos ambulatorios cercanos al lugar de residencia. Sin embargo, la institución destaca la dificultad para derivar a tratamientos psicológicos y psiquiátricos a los hospitales del territorio en que se asienta o de la localidad de residencia de los niños.
- Carencia y dificultades para desarrollar un trabajo intersectorial continuo e intensivo con organismos que trabajan problemáticas psicosociales (servicios locales y zonales de promoción y protección de derechos).



DERECHO A RECIBIR MEDICACIÓN CON FINES EXCLUSIVAMENTE TERAPÉUTICOS Y PARA RESPONDER A NECESIDADES FUNDAMENTALES DE LAS PERSONAS (artículo 12)

Clínica privada

- No se identificaron criterios de uso racional de psicofármacos. Se observa la indicación de varios medicamentos con iguales efectos y con dosis elevadas en gran parte de las historias clínicas.
- Personas internadas se manifestaron sobre el empleo excesivo de medicación.
- Un usuario manifestó la existencia de amenazas sobre la aplicación de medicación inyectable por parte del personal de enfermería.

DERECHO A LA IGUALDAD ENTRE PROFESIONALES PARA OCUPAR CARGOS DE CONDUCCIÓN Y TAREAS DE GESTIÓN DE SERVICIOS (artículo 13)

Clínica privada

- Los cargos directivos están ocupados por médicos. La decisión del médico psiquiatra es preponderante en las estrategias terapéuticas implementadas, los profesionales no han podido explicar el “cómo” del desarrollo del trabajo interdisciplinario que afirman realizar y se identificó ausencia de capacitaciones para los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales.

PROHIBICIÓN DE SALAS DE AISLAMIENTO (artículo 14 decreto reglamentario 603/13)

Clínica privada

- Aunque no se observó la existencia de salas de aislamiento y, según referencias de los directivos, no existiría en la institución lugares con ese objeto, se constató la utilización de una sala común en la que se encontraba una persona sola, con sujeción mecánica y sin acompañamiento permanente, compatible con una “práctica de aislamiento”.

COMUNICACIÓN DE INTERNACIONES INVOLUNTARIAS, EN PARTICULAR DE MENORES DE EDAD (artículos 21 y 26)

Clínica privada

- La clínica no estaría comunicando debidamente la totalidad de las internaciones involuntarias ni las internaciones voluntarias prolongadas.

Comunidad terapéutica

- Ausencia de comunicación de las internaciones de las personas internadas en general y de los menores de edad en particular.

PROHIBICIÓN DE CREACIÓN DE NUEVAS INSTITUCIONES DE INTERNACIÓN MONOVALENTES Y ADECUACIÓN DE LOS EXISTENTES PARA SU SUSTITUCIÓN DEFINITIVA (artículo 27)



Clínica privada

- No se identificaron pautas de adaptación a los principios de la normativa vigente, ni una implementación de abordaje afín a la misma, ni indicadores de adaptación-sustitución de la institución. Tampoco existen actividades de capacitación ni de reasignación de recursos a nuevos dispositivos comunitarios.
- En 2015 se mantiene la misma cantidad de camas que en 2014 y el mismo porcentaje de ocupación.
- No se constataron indicadores de adecuación al nuevo paradigma de salud mental en materia de reconversión de la institución en servicios generales y comunitarios. Tampoco procesos de adecuación de la modalidad de abordaje.
- Escasa participación de usuarios, familiares y allegados en las estrategias de atención-integración social y en ausencia de intervenciones de psicoeducación.

FUNCIONES DEL ÓRGANO DE REVISIÓN: SUPERVISIÓN DE LAS CONDICIONES DE INTERNACIÓN E INGRESO IRRESTRICTO A LAS INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL (Artículos 40 inc. b LNSM y artículo 40 inc. b decreto reglamentario)

Comunidad terapéutica

- Obstrucción de la labor de los organismos estatales de fiscalización y Derechos Humanos en la medida en que se obstaculizó el ingreso, se impidió el acceso irrestricto a las historias clínicas y la posibilidad de entrevistar aleatoriamente a personas internadas. También, se negó la presentación de la habilitación del establecimiento.
- Negativa al acceso a los medicamentos para evaluar sus condiciones. Imprecisiones respecto de la medicación prescripta.

RESULTADOS DEL MONITOREO SOBRE LAS CONDICIONES DE DETENCIÓN EN PROGRAMAS DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL PARA PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD EN EL SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL

Se realizó un diagnóstico acerca del grado de cumplimiento de la LNSM en dos dispositivos de atención de los programas desarrollados en el Servicio Penitenciario Federal.

INTERNACIÓN COMO ÚLTIMO RECURSO TERAPÉUTICO Y SU DURACIÓN A LO LARGO DEL TIEMPO (artículos 14)

- Se trata de un dispositivo que funciona en un complejo dentro del Sistema Penitenciario Federal donde rigen normativas que caracterizan a una institución total de tipo carcelario, por lo que, desde su propia definición, no respondería a los criterios de un dispositivo de salud mental comunitaria acorde a los postulados de la LNSM.

DERECHO A LA INCLUSIÓN COMUNITARIA. TERRITORIALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL (artículos 1,7 inc. d, 9, 11 y 14)



- En relación a las estrategias de externación del programa que en la mayoría de los casos la persona es derivada a hospitales monovalentes, explicando que esta situación se debe a que sólo cuando se propone la derivación a una internación, los juzgados autorizan el egreso de la persona de la cárcel. A esto se suma, que sólo los hospitales monovalentes aceptan dichas derivaciones, siendo que los hospitales generales las rechazan explícitamente.
- Si bien la posibilidad de lograr el pasaje de una persona del ámbito carcelario al ámbito sanitario es visualizada por los profesionales como algo positivo, desde el enfoque de salud mental comunitaria que propone la LNSM, lo recomendable consistiría en lograr la externación del ámbito carcelario al contexto comunitario, garantizando la atención y cuidados de salud mental de manera ambulatoria o en dispositivos habitacionales pertinentes para la presente población.

DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS (artículo 7, inc. d, j, k, artículo 14 del decreto reglamentario 603/13)

- En relación a la tramitación de los DNI, de las pensiones no contributivas y de los certificados de discapacidad, entre otros, el personal entrevistado informó que, al tratarse de un ámbito penitenciario, muchas de las gestiones dependen de áreas del Servicio Penitenciario y que, debido al escaso plantel profesional que posee, no logra resolverlo a tiempo. Como consecuencia de esto, muchas de las personas se encuentran sin la documentación, los beneficios y cobertura social necesarios para su reinserción social y comunitaria cuando se van del programa. Esta omisión constituye una discordancia con los preceptos de todo proceso de rehabilitación psicosocial y, en particular, desaprovecha la instancia de institucionalización de las personas, un tiempo de desubjetivación, que podría optimizarse gestionando estas instancias que resultan muy difíciles de tramitar para las personas con altos grados de vulnerabilidad psicosocial y sus referentes sociofamiliares, de contar con estos.

MODALIDAD DE ABORDAJE (artículos 8 a 10)

- Se observa una modalidad clínico-asistencial basada en el control sintomático, la institucionalización y el alcance de mayores grados de adaptación del sujeto al sistema penitenciario.
- Otro factor que se contradice con la modalidad de abordaje propuesto por la LNSM y con un enfoque de derechos, son aquellas medidas que atañen al favorecimiento y al fortalecimiento de los vínculos familiares y comunitarios, previstos para la atención en salud mental. Criterios restrictivos como son las visitas escasas (una a la semana), la separación por sexo de las visitas (obstaculizando así visitas de todo el grupo de pertenencia), la imposibilidad de mantener vínculo con el territorio comunitario en el cual la persona vivía, son claros obstáculos a los derechos que deberían garantizarse a usuarios de salud mental, aún en condiciones de privación de su libertad ambulatoria.



- El equipo técnico sostiene la necesidad de una reflexión crítica con referentes intersectoriales que permitan esclarecer el alcance de la Ley Nacional de Salud Mental en el marco de institución total penitenciaria, que por definición no representa una estructura incluida en la red de servicios de salud mental de base comunitaria, tal y como postula la citada norma para la atención de las personas con padecimiento mental.
- Se han constatado restricciones establecidas en las normas de organización y seguridad penitenciarias, que se contradicen con lo propuesto por la LNSM, en todo lo que atañe al favorecimiento y fortalecimiento de los lazos familiares y sociales. En este sentido, fueron relevados criterios restrictivos para recibir las visitas, la imposibilidad de mantener visitas íntimas, la imposibilidad de mantener vínculo con el territorio comunitario en el cual la persona vive o quiere vivir, son claros obstáculos a los derechos que deberían garantizarse a los usuarios del sistema de salud mental. En este mismo sentido los profesionales tratantes informaron sobre las dificultades que presentan para poder desarrollar un trabajo con las familias debido, por un lado, al acceso restringido de civiles al Complejo por lo que las entrevistas deben realizarse en el horario de visita y, por otro, al tiempo y el dinero que requieren los referentes sociofamiliares para poder trasladarse hasta el CPF situado en Ezeiza.

OTROS MONITOREOS

A partir de la intervención del ORN para suspender las obras de “refuncionalización” de un hospital psiquiátrico de la provincia de Córdoba —en función del incumplimiento del artículo 27 de la LNSM y mediante la Resolución SE N°13/14—, y de las gestiones posteriores llevadas a cabo a partir de dicha intervención, se realizó una visita a la institución junto con integrantes de la Secretaría de DDHH de la Nación, al hospital de la localidad de Oliva⁵.

Como resultado, se emitió un dictamen dirigido al Director de Programas de Salud Mental provincia en el que se le comunicaron las recomendaciones tendientes a la adecuación de los neuropsiquiátricos de la provincia a los principios que establece la LNSM.

Entre ellas, pueden mencionarse aquellas vinculadas a la necesaria transformación de los actuales hospitales monovalentes en dispositivos menos restrictivos con inserción comunitaria y el cierre efectivo y definitivo de las salas de aislamiento acompañado de la capacitación de profesionales en la atención de situaciones de crisis.

Además, las recomendaciones hicieron hincapié en la concepción de la medicación como bien social y no como elemento disciplinador, y en la importancia de contar con la suficiente cantidad de profesionales y trabajadores de la salud mental que puedan ejercer las adecuadas funciones de contención, acompañamiento y tratamiento terapéutico de los usuarios.

6. RELEVAMIENTOS

⁵ Además, se concretaron visitas a otros dos hospitales monovalentes provinciales.



La capacidad de realizar relevamientos es un rol privilegiado que cumple el Órgano de Revisión en la medida en que, por un lado, puede detectar patrones estructurales de violaciones de derechos humanos en el ámbito de los servicios de salud mental y, por otro, permite realizar requerimientos, solicitudes y recomendaciones para uniformar el control y para fomentar que las jurisdicciones monitoreen en sus ámbitos de competencia, la plena efectividad de la LNSM, en tanto pilar del sistema de protección de derechos humanos.

Para ello, durante 2015 se instrumentaron las recomendaciones sobre “Muertes en instituciones monovalentes de salud mental” (Resolución SE Nº 15/14), sobre el “Uso del Electroshock” (Resolución SE Nº 17/14) y el documento de “Pautas Mínimas para la creación de Órganos de Revisión locales” (Resolución SE Nº 3/13). Asimismo, el ORN realizó detecciones puntuales, por denuncia o en el marco de visitas a instituciones, de la existencia de salas de aislamiento, cuyo cierre fue requerido en forma inmediata (vgr. Resolución SE Nº 25/14).

Para monitorear el nivel de cumplimiento de las referidas resoluciones, se llevó a cabo un relevamiento nacional por cada tema y acciones de promoción e intervención en casos concretos.

DOCUMENTO DE MUERTE EN INSTITUCIONES MONOVALENTES DE SALUD MENTAL

La Resolución SE Nº 15/14 “Muerte en instituciones monovalentes de Salud Mental” recomienda la efectivización de un registro de los fallecimientos que tuvieron lugar en condiciones de institucionalización psiquiátrica y la promoción de la intervención del juez penal o fiscal competente a los efectos de verificar sus causas. Encuentra su fundamento en los estándares de Derechos Humanos vigentes relativos a la posición especial de garante y la especial vulnerabilidad de las personas con padecimiento mental que se encuentran institucionalizadas⁶.

Además de comunicarse a las dependencias de los poderes ejecutivo y judicial de la Nación y de las provincias competentes, la resolución fue enviada a los directores de los hospitales públicos monovalentes y de las clínicas privadas de la ciudad de Buenos Aires.

El documento fue recibido por todos los destinatarios de las 24 jurisdicciones del país y comenzó a ser implementado en varias provincias las cuales comenzaron a realizar el registro según los estándares fijados en la recomendación.

La recomendación se implementó en diversa medida y con diversos alcances en CABA, provincia de Buenos Aires, Entre Ríos, Mendoza, Chaco, Santa Cruz, Misiones, Neuquén, La Pampa, Salta y Jujuy. Para 2016, se proyecta seguir trabajando con aquellas jurisdicciones que aún no han realizado un efectivo cumplimiento de la resolución.

⁶ Principio I de los “Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas; Corte Interamericana de Derechos Humanos. “Ximenes Lopes vs: Brasil”. Sent. 4 de julio de 2006, párr. 106; CSJN: caso “RMJ s/ Insania” sent.19-02-2008.



El Órgano de Revisión recibió, desde octubre de 2014, un total de 170 comunicaciones de fallecimientos ocurridos en instituciones de salud mental. La cantidad de comunicaciones repartidas en los doce meses del período analizado, da cuenta de que el volumen de comunicaciones fue en aumento. Así, mientras que en octubre y en noviembre de 2014 las comunicaciones fueron una sola por mes, para diciembre, la información recibida aumentó a siete. Si bien en enero (debido a las ferias judiciales) las comunicaciones bajaron a una, durante 2015 la tendencia fue en aumento, al margen de las fluctuaciones mensuales.

SALAS DE CONTENCIÓN Y AISLAMIENTO

En el marco del Plan de Acción vigente, se evaluó el efectivo cumplimiento del cierre de las salas de aislamiento detectadas durante los monitoreos de 2014 en dos instituciones privadas de la provincia de Buenos Aires.

Por otra parte, se reiteró a las provincias que no habían respondido el requerimiento formal sobre existencia de salas de aislamiento formulado por el ORN en 2014. En febrero de 2015 las provincias nuevamente notificadas fueron: Tierra del Fuego, Santiago del Estero, Santa Fe, La Pampa, Mendoza, Córdoba, San Juan, La Rioja, Catamarca, Jujuy, Misiones, Formosa, Corrientes, Entre Ríos, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y provincia de Buenos Aires. Hasta el momento, se siguen recibiendo respuestas.

Además, en el marco de la visita del ORN y la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación a la provincia de Córdoba, se elaboró un dictamen en el cual, entre otros temas, se solicitó el cierre de las salas de contención y aislamiento de los tres monovalentes visitados.

En el caso de una clínica privada de la provincia de Buenos Aires, se solicitó la inmediata clausura de las salas de aislamiento y contención y, con motivo de la conformación del Órgano de Revisión de provincia de Buenos Aires, este seguimiento fue derivado allí.

ELECTROSHOCK / TEC

A partir de la Resolución SE Nº 17/14 la Secretaría Ejecutiva requirió información a las autoridades competentes de los poderes ejecutivos y judiciales de las 24 jurisdicciones argentinas sobre el uso de TEC. De las respuestas obtenidas 17 provincias respondieron que no utilizan esa práctica (Córdoba, La Rioja, Tierra del Fuego, Santiago del Estero, Santa Cruz, Río Negro, Neuquén, Chubut, La Pampa, San Luis, Catamarca, Tucumán, Jujuy, Formosa, Entre Ríos, Chaco y Misiones), Santa Fe informó que no realiza esta práctica en el ámbito público pero que recibieron denuncias de su uso en el sector privado y San Juan que no se utilizó esta práctica en 2013, en 2014 ni en 2015.

En el caso de Salta —que había respondido que utilizaba el TEC— revirtió su práctica a partir de una intervención concreta de la SE⁷. A la fecha, solo dos provincias han informado que sostienen el uso del electroshock, con quienes se profundizará el trabajo durante el año próximo.

⁷ En 2015, el Hospital de Salud Mental Dr. Ragone de la provincia de Salta, solicitó intervención de la SE para que la Obra Social de la Provincia (IPSS) cesara la autorización de prácticas electroconvulsivas como situaciones privadas.



Hasta el momento, la Ciudad de Buenos Aires no remitió una respuesta.

En el caso de la provincia de Buenos Aires, si bien el uso de electroshock no es una práctica sistemática en la jurisdicción, en algunos casos, hospitales monovalentes han reconocido su uso en casos extremos, informó el Ministerio de Salud provincial.

Durante 2016 se aspira a continuar promoviendo la aceptación y aplicación de la recomendación sobre la prohibición del electroshock en todo el país.

7. ARTICULACIÓN POLÍTICO INSTITUCIONAL

A lo largo de 2015, la Secretaría Ejecutiva del Órgano de Revisión ha llevado adelante un intenso trabajo de articulación político-institucional en la casi totalidad de las provincias argentinas (y también en el exterior) con el fin de promover la conformación de los ORL, tal cual lo dispone el artículo 40 inc. j de la LNSM, y la incidencia en los procesos de determinación de la capacidad jurídica.

El eje de la capacidad jurídica elaborado en el Plan de Acción se despliega en las dimensiones de la promoción, la capacitación y la incidencia, y su efectivización se corresponde tanto con el artículo 40 inc. i de la LNSM, como con el art. 42. En las primeras dos dimensiones mencionadas, se desarrolló el trabajo intersectorial a lo largo de todo el país mediante acciones de promoción, concientización y capacitación con asociaciones de profesionales y con funcionarios de los poderes ejecutivo y judicial provinciales. En el caso de la incidencia en la determinación de capacidad jurídica se trabajó en acciones concretas con las Escuelas Judiciales de las diferentes jurisdicciones de todo el país, para su efectivo cumplimiento a la luz del Nuevo Código Civil y Comercial de la Nación.

Asimismo, la labor orientada para la conformación de los ORL, se ha constituido como uno de los ejes rectores de esta Secretaría Ejecutiva y aquellas primeras acciones de articulación y promoción de 2014, se han visto materializadas en el ejercicio 2015.

Para que el conjunto de las acciones llevadas a cabo tanto en materia de capacidad jurídica como en la conformación de ORL sea ponderado en toda su magnitud, y a los efectos de dar a conocer de forma acabada sus resultados, se presenta la información de este apartado en función de las actividades realizadas en cada una de las provincias argentinas, y también en otros países de la región. De esta forma, es posible evidenciar el carácter federal de la tarea que el Órgano de Revisión materializa su función de referente en el país y, también, su papel estratégico a nivel regional.

PROVINCIA	INTERVENCIÓN
SANTA CRUZ	<ul style="list-style-type: none">- ORL creado y en funcionamiento en el ámbito del MPD mediante Ley provincial 3343 que adhiere a la LNSM.- Acciones de capacitación a integrantes del ORL.



	<ul style="list-style-type: none">- Contacto, intercambio y asesoramiento permanente.
BUENOS AIRES	<ul style="list-style-type: none">- ORL creado y en funcionamiento en el ámbito de la Defensoría del Pueblo (Res. ministerial 6848/2014).- Capacitación a integrantes del ORL sobre la LNSM y sobre Capacidad Jurídica (CJ).- Contacto, intercambio y asesoramiento permanente.- La ley provincial 14.580 que adhiere a la LNSM.- Capacitación en cuestiones de Capacidad Jurídica (CJ).
CHACO	<ul style="list-style-type: none">- ORL creado por ley 7622 en el ámbito del MPD (normativa adherente a la LNSM)⁸.- Convenio de cooperación, capacitación y asistencia técnica para la conformación del ORL.- Jornadas de capacitación para la puesta en marcha del ORL.
TUCUMÁN	<ul style="list-style-type: none">- ORL creado por ley 8726 en el ámbito de la Defensoría del Pueblo (normativa adherente a la LNSM).- Proceso de conformación con participación ORN.- Jornada de Capacitación para conformar ORL y sobre CJ.- Dictamen del ORN sobre la reglamentación de la ley.
RÍO NEGRO	<ul style="list-style-type: none">- ORL: proyecto de ley en elaboración (modificación de la ley 2440 para su adecuación a la LNSM).- Jornadas de capacitación en CJ.- "Declaración de Bariloche" mediante la cual se propició la conformación del ORL.
SANTA FE	<ul style="list-style-type: none">- Proyecto de ley en elaboración.- Dictamen del ORN sobre valoración del proyecto- Acta acuerdo para asistencia técnica.- Capacitación ORL.
JUJUY	<ul style="list-style-type: none">- Jornada de capacitación para la conformación del ORL.- Dictamen del ORN sobre el proyecto de ley de ley provincial, en base al documento "Pautas Mínimas para la conformación del ORN".

⁸ El ORL de Chaco fue puesto en funcionamiento en abril de 2016.



MENDOZA	<ul style="list-style-type: none">- Conformación de un equipo provisorio para la conformación del ORL- Proyecto de ley elaborado.
SALTA	<ul style="list-style-type: none">- Jornadas de capacitación para la conformación del ORL.- Participación en Congreso Latinoamericano en SM.
CHUBUT	<ul style="list-style-type: none">- Acciones de incidencia para la conformación del ORL.- Acta compromiso para asistencia técnica en la elaboración del proyecto de ley de creación del ORL.
CATAMARCA	<ul style="list-style-type: none">- Acta compromiso para la conformación del ORL.
CÓRDOBA y ENTRE RÍOS	<ul style="list-style-type: none">- Proceso de identificación de actores e incidencia para la conformación del ORL.- Capacitación intersectorial LNSM y CJ.
FORMOSA	<ul style="list-style-type: none">- Proceso de identificación de actores e incidencia para la conformación del ORL.- Articulación con Procuración General.
LA PAMPA, MISIONES, CORRIENTES Y TIERRA DEL FUEGO	<ul style="list-style-type: none">- Proceso de identificación de actores e incidencia para la conformación del ORL.
CABA	<ul style="list-style-type: none">- Dos proyectos de ley de creación del ORL presentado por uno por la Defensoría General y otro por la Defensoría del Pueblo

OTROS PAÍSES

Uruguay

Actualmente, Uruguay avanza en la sanción de una ley nacional de salud mental. Para ello, han tomado como antecedente a la legislación argentina, en particular en aquellos aspectos relacionados con la creación de un ORN. Para su conformación, la “Asamblea Instituyente por salud mental, desmanicomialización y vida digna” de Uruguay convocó a la Secretaria Ejecutiva del OR argentino, a participar como conferencista del seminario “Derechos, políticas y legislación en salud mental”. La capacitación incluyó el eje de la conformación del OR. Asimismo, se realizaron acciones de incidencia en materia de capacidad jurídica y de sistema de apoyos.

Perú

En el marco de las acciones de incidencia en la determinación de capacidad jurídica y el sistema de apoyos, la Secretaria Ejecutiva participó como expositora en la Diplomatura para jueces, defensores y fiscales de los fueros penal y de familia.



OTRAS INTERVENCIONES

Jornada de promoción de los Órganos de Revisión Locales desde una perspectiva de participación de la sociedad civil

La Secretaría Ejecutiva del ORN participó como organizadora y encabezó la primera reunión nacional para la promoción de órganos de revisión locales. El evento, co-organizado con el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y la Asociación por los Derechos de la Salud Mental (ADESAM) contó con la participación de representantes de los ejecutivos y judiciales provinciales, asociaciones de profesionales y organizaciones de la sociedad civil. Además, estuvieron presentes los miembros de los órganos de revisión de la provincia de Buenos Aires y de Santa Cruz.

Las jurisdicciones participantes fueron: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Mendoza, Chaco, Santa Fe, Buenos Aires, Río Negro, Chubut, Jujuy, Salta, Tucumán, Córdoba, Entre Ríos, Santa Cruz. También participó un referente en asuntos de salud mental de Perú.

OPS (Organización Panamericana de la Salud)

La Secretaría Ejecutiva del ORN mantuvo una reunión con el ex asesor subregional en Salud Mental para Sudamérica y con la Asesora Regional de Salud Mental de la OPS, para firmar convenios de asistencia técnica entre ambos organismos.

Asimismo se formalizó la solicitud de orientación, capacitación y apoyo técnico para el desarrollo de un sistema de información que permita monitorear la implementación de la LNSM y evaluar el grado de cumplimiento de los derechos humanos.

En cuanto a determinación de la capacidad jurídica, la titular de la SE fue docente del Curso Virtual que organizaron la OPS y el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires para toda la región de las Américas. Como resultado de ello, la Secretaría Ejecutiva dictó un Seminario Virtual de la Red Iberoamericana de Discapacidad, como representante de la OPS.

OSI (Open Society Institute)

La Secretaría Ejecutiva dictó un seminario sobre Capacidad Jurídica, con auspicio de OSI (Open Society Institute) y con la participación de representantes de Perú, Colombia, México y Argentina.

Consejo de la Magistratura y Corte Suprema de Justicia de la Nación: formación del cuerpo interdisciplinario para los Juzgados Nacionales en Primera Instancia en lo Civil



Con motivo de la eventual creación del cuerpo interdisciplinario para los Juzgados Nacionales de Primera Instancia en lo Civil con competencia en cuestiones de familia la SE se puso a disposición para avanzar en la implementación del cuerpo interdisciplinario y para solicitar se considere la participación de la SE en la selección y capacitación de los integrantes⁹.

8. RELEVAMIENTO DE INTERVENCIONES EN CASOS DE PERSONAS MAYORES

La Secretaría Ejecutiva del ORN realizó un abordaje de la vejez y del envejecimiento desde una perspectiva de derechos humanos, tal cual lo dispone la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

Para ello, se contemplaron la modalidad de abordaje y las garantías de derechos a partir de lo cual, el ORN ha dictaminado respecto de la falta de una visión integral de garantías y derechos, que suele afectar a las personas mayores.

Estas violaciones importan supuestos que no siempre son advertidos como maltrato en el ámbito sanitario, por ejemplo la autonomía y la omisión del consentimiento informado que suele quedar a cargo de los familiares porque los adultos mayores no suelen ser considerados sujetos de diálogo sanitario.

Asimismo, el alojamiento es una cuestión que merece ser abordada y profundizada, debido a que, si bien mayoritariamente las instituciones se definen como “lugares residenciales”, al momento de abordar casos concretos, se detectan restricciones a la libertad ambulatoria y en la toma de decisiones lo que convierte a la persona mayor en un sujeto dependiente de la atención farmacológica, sin rehabilitación ni garantía del derecho a la movilidad personal.

Ante los casos abordados, la SE solicitó la garantía de los derechos personales y patrimoniales de las personas mayores y se advirtió sobre la complejidad que se presenta en el entorno cuando las personas no reciben los apoyos necesarios los cuales pueden encuadrarse en lo que el Código Civil y Comercial concibe como apoyos informales (relacionados con la asistencia para la autonomía personal).

El Órgano de Revisión señaló la importancia de tener presente el estado de vulnerabilidad de este colectivo y de asegurar su plena integración social, económica, educativa, política y cultural. En ese sentido, los dispositivos habitacionales deben priorizar las características residenciales por sobre las terapéuticas.

Para el Plan de Acción 2016 se prevé la elaboración de recomendaciones sobre la intervención en el caso de personas mayores que permitan delinear acciones, responsables y estrategias de intervención.

⁹ En mayo de 2016, se realizó la reunión entre la SE del Órgano de Revisión y el Consejo de la Magistratura para dar opinión respecto de la conformación del mencionado Cuerpo.



9. DOCUMENTOS

Durante 2015 y, como resultado de la implementación del Plan de Acción en el nivel “Producción”, se elaboraron una serie de documentos implementados mediante resoluciones de la Secretaría Ejecutiva

Aprobación del Régimen Recursivo (Resolución SE Nº 8/15)

El Plenario del ORN resolvió contar con un procedimiento administrativo para la tramitación de los recursos que pudieran interponerse contra las resoluciones dictadas por la SE del ORN. En él se detallan las condiciones, características y plazos para la presentación de un recurso de reconsideración o de un recurso jerárquico.

Aprobación del procedimiento de selección de las organizaciones de la sociedad civil para integrar el Plenario del ORN (Resolución SE Nº 15/15)

La Secretaría Ejecutiva aprobó el procedimiento administrativo para la selección de las organizaciones referidas en los incisos d), e) y f) del artículo 39 de la LNSM. Asimismo, ese reglamento estableció los requisitos a cumplir y con criterios de selección para elegir a las organizaciones.

Aportes a la Autoridad de Aplicación para la modificación de la “Guía Básica. Criterios y Sugerencias para la adecuación y el desarrollo de la Red de Servicios de Salud Mental (Resolución SE Nº 6/15)

La SE aprobó las recomendaciones a la Autoridad de Aplicación para que sean incorporadas a la “Guía Básica. Criterios y Sugerencias para la adecuación y el desarrollo de la Red de Servicios de Salud Mental” de 2014, en el marco de las atribuciones dispuestas por el artículo 40 de la LNSM.

En el documento se organizaron los contenidos en función de las siguientes temáticas: Sustitución definitiva de instituciones monovalentes, necesaria capacitación de los recursos humanos, externación sustentable, inclusión laboral de las personas usuarias, Participación e información de los usuarios y familiares, dispositivos habitacionales efectores de salud (DHES), protocolo de crisis, cuestiones presupuestarias y abordaje de adicciones.

10. ACCIONES DE PROMOCIÓN Y COOPERACIÓN

Para dar cumplimiento al artículo 28 de la LNSM y en el marco del Plan de Acción 2015, se concurrió a nueve hospitales generales y a dos hospitales infantojuveniles de la CABA para relevar la modalidad y los alcances de la atención en salud mental en general y de la población infantojuvenil (en particular primera infancia), y de evaluar las condiciones de tratamiento en cuanto a infraestructura y modalidades atencionales.

Las conclusiones a las que se llegó son completamente homologables con las alcanzadas en 2014, como resultado de las visitas realizadas en aquel momento.



Entre ellas se destacan:

- Mención a la ausencia de directrices, asesoramiento y planificación sobre el área de salud mental y sus competencias. Falta de asignación presupuestaria y de apertura de camas para internación en salud mental.
- Constante referencia a la falta de estructuras intermedias y comunitarias de salud mental como un obstáculo que desalienta la internación en el hospital general en la medida en que se dificulta la externación, la inclusión social y/o genera mayor cantidad de reinternaciones.
- Rechazo o déficit de aceptación de internaciones en hospitales generales bajo el argumento de no estar preparados, no contar con los recursos humanos necesarios o no disponer de sala especializada.
- Desconocimiento acerca de las metodologías de internación en el área de salud mental. En la mayoría de los casos se puntualizó acerca de la necesidad de contar con una sala específica como requisito para internar.
- Ausencia de posibilidad de internación de salud mental en la institución con recursos actuales a pesar de contar con ellos.
- Necesidad continua de derivación al hospital psiquiátrico como producto del déficit en cuanto a la selección del tipo de padecimiento y/o de los usuarios “internables” como aquellos que presentan problemáticas de menor impacto signosintomático y de vulnerabilidad psicosocial.
- Demanda de capacitación sobre modalidad de abordaje comunitario por parte de miembros de la conducción hospitalaria.
- Ausencia de intervenciones coordinadas con dispositivos de Atención Primaria de la Salud (APS) para la continuidad de cuidados de usuarios dados de alta.
- Identificación de resistencias solapadas al cambio de prácticas hacia una modalidad de abordaje comunitario, basadas en la alta carga de trabajo, la ausencia de recursos las dificultades para realizar trabajo domiciliario, comunitario e intersectorial y aquellas labores que parecen reservadas a los trabajadores sociales, sin alcance a todo el equipo interdisciplinario. Tampoco se identificó el propósito de inclusión de recursos no convencionales en los equipos tratantes, ni expectativas acerca de esta temática.
- Conocimiento de la existencia del ORN, de la LNSM y de su contenido por parte de los equipos sanitarios.
- Reconocimiento de existencia de obstáculos en recursos humanos y materiales, de políticas y de directrices en los servicios de salud mental de los hospitales generales para el cumplimiento del artículo 28 de ley, antes que por razones ideológicas y/o sanitarias.

Cabe destacar que, durante el proceso de sensibilización de la SE, en uno de los hospitales generales de la CABA concretó la apertura de la sala de salud mental como resultado de la decisión



de sus autoridades de materializar un proceso de integración de la atención de la salud mental a la salud en general. La sala abierta cumple con los principios dispuestos por la LNSM respecto de la modalidad de abordaje, la interdisciplinariedad, las condiciones de internación y las características del tratamiento de los usuarios.

11. CAPACIDAD JURÍDICA

El ORN se propuso incidir en los procesos de capacidad jurídica en cuanto al reconocimiento de la igualdad ante la ley, la autonomía y la dignidad inherente, los que debe traducirse en procesos y prácticas transformadoras desde el modelo anterior hacia el modelo social propuesto por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) y contemplado en el Código Civil y Comercial de la Nación (CCyC).

Este modelo social, que implica el pasaje de la sustitución de la voluntad y la tutela a la garantía de derechos, impone la modificación de prácticas jurídicas sobre las cuales el ORN dictaminó en cada una de sus evaluaciones y que tuvieron favorable recepción en la mayoría de los jueces y juezas.

La incidencia en procesos individuales estuvo centrada el abordaje de casos testigo, en los cuales el ORN valoró la autonomía y el respeto a la capacidad jurídica. Las evaluaciones interdisciplinarias tienen como eje el proyecto de vida de la persona y relevan los datos y recursos existentes que podrían ser convocados para elaborar una propuesta que garantice el ejercicio de la capacidad jurídica de la persona con diferentes grados de asistencia (en caso de que lo requiera) y así conformar el sistema de apoyo para la toma de decisiones.

Otra acciones impulsadas fueron solicitar, recomendar y sugerir medidas que facilitaran la construcción de sistemas de apoyos que posibiliten la externación de la personas. Es decir, transversalizar el eje de la presunción de la capacidad general de ejercicio en los procesos y visibilizar las medidas jurisdiccionales posibles basadas en el modelo social de la discapacidad.

También se incidió que, en la realización de las evaluaciones, se partiera del concepto de capacidad legal y no de los diagnósticos o enfermedad.

12. COMUNICACIÓN Y DIFUSIÓN

Con el objetivo de fortalecer y visibilizar las acciones del Órgano de Revisión se desarrolló una estrategia de comunicación que comenzó a implementarse a partir de junio de 2015, la cual consiste en constituir al ORN como un organismo de gestión eficaz que da respuesta al compromiso de velar por los derechos humanos de las personas con padecimiento mental, junto a las demás funciones que la ley dispone. Además, dicha estrategia busca constituir al Órgano de Revisión como entidad referente en temas de salud mental y derechos humanos entre los diferentes actores que forman parte de los campos de la salud mental y del jurídico.



Para ello, se propuso implementar la estrategia de comunicación en dos niveles: el nivel de la comunicación institucional (para construir una imagen y una voz propias del Órgano) y el nivel de la prensa y difusión (para difundir información en medios de comunicación).

A nivel comunicación institucional se trabajó en la construcción de una imagen y una voz del Órgano de Revisión que, de forma conjunta, difundiera sus principios, metas y objetivos.

Los resultados de las actividades desarrolladas en el nivel de la comunicación institucional fueron los siguientes: desarrollo de un logotipo del ORN, elaboración y actualización permanente de los contenidos del micrositio del ORN en la web del MPD, desarrollo de perfiles en redes sociales (Facebook, Twitter), redacción de comunicados para difusión interna de la DGN y desarrollo de contenidos sobre salud mental y derechos humanos para formatos digitales más amplios (blog).

En el nivel de la prensa se trabajó con aquellas acciones que el ORN consideró necesario se difundieran, con énfasis en la presencia de la Secretaria Ejecutiva. Para ello, se elaboraron propuestas de notas a medios periodísticos, elaboración y difusión de gacetillas de prensa, publicación de dicho material en el sitio oficial del organismo, relevamiento de salidas en medios y monitoreo sobre los temas y el enfoque de los temas en medios de comunicación (agenda de los medios y discursos mediáticos).

13. CONCLUSIONES

La articulación interinstitucional llevada a cabo en todo el país por parte del ORN ha dado como resultado el impulso de varias provincias para la implementación de los ORL. EN consecuencia, la participación del ORN resulta clave para potenciar los esfuerzos que permita concretar este logro.

Se ha constatado el impulso de varias provincias para la implementación de los ORL, a partir de la articulación interinstitucional llevada a cabo en todo el país. La participación del ORN resulta clave para potenciar los esfuerzos que permitan concretar ese logro.

Además, la presencia de organismos de control creados por la LNSM ha promovido un incipiente cumplimiento en las instituciones de los recaudos formales establecidos por la norma para la procedencia de las internaciones y ha propiciado la creación de algunas instancias de revisión de algunas de las prácticas que se llevan a cabo en esos establecimientos.

En relación con la atención de salud mental de niños, niñas y adolescentes, se observó la inexistencia de políticas específicas que garanticen sus cuidados. Las respuestas del ámbito público y privado están centradas en políticas que priorizan la institucionalización y el encierro tanto en hospitales monovalentes como en instituciones de albergue. Así y todo, se prolongan innecesariamente las internaciones por insuficiencia de ese tipo de dispositivos y se naturaliza el ámbito hospitalario como un espacio de protección. Tampoco se constató la participación de las personas menores de edad en la toma de decisiones vinculadas con sus tratamientos.

El énfasis puesto en la hospitalización y el alojamiento en instituciones se produce en desmedro de políticas de inserción familiar y comunitaria.



Por otra parte, se observó que la respuesta farmacológica suele ser la base prioritaria del abordaje terapéutico.

Respecto de las personas mayores se ha detectado un abordaje que, como en el caso de niños, niñas y adolescentes, prioriza la atención institucional sin un adecuado desarrollo de sistemas integrales de cuidados que tengan en cuenta el respeto a la dignidad e integridad física y mental de la persona mayor. Tampoco se ha constatado que las instituciones recaben debidamente el consentimiento informado o la manifestación de la voluntad y expresa de la persona mayor, según el caso.

Las personas mayores reciben, en la mayoría de los casos, el mismo tipo de abordaje que se les destina a las personas con padecimientos en su salud mental, sin que se les reconozca la especificidad de su condición de persona mayor.

En materia de capacidad jurídica si bien se advierte un incipiente reconocimiento a partir de la reforma del CCyC, resulta necesario profundizar el trabajo a fin de propiciar el efectivo reconocimiento de este derecho por parte de los y las operadores del sistema de justicia. Con respecto al sistema de apoyos, se verificó la necesidad de promover nuevas instancias de capacitación y de propiciar la implementación de centros de apoyo con el propósito de que las personas que no cuenten con redes familiares accedan a los sistemas de apoyo en igualdad de condiciones.

La cobertura de la atención de salud mental de las personas afiliadas a obras sociales continúa centralizada en un modelo que prioriza el abordaje hospitalario sin que, hasta el momento, se haya adecuado la cobertura a los principios establecidos en la Ley Nacional de Salud Mental.

Tal como se advirtió en 2014, se han vuelto a constatar las siguientes cuestiones:

- Existencia de diversas barreras en la implementación del modelo de abordaje propuesto por la LNSM vinculadas con la carencia de recursos humanos y materiales, resistencia del personal sanitario, falta de capacitación. La lógica manicomial aún se mantiene fuertemente instalada.
- Insuficiencia de red de servicios comunitarios y escasez de servicios de salud mental en hospitales generales.

14. RECOMENDACIONES DEL ÓRGANO DE REVISIÓN A LA AUTORIDAD DE APLICACIÓN (ARTÍCULO 40 INC. H Ley Nº26.657)

- Promover, en articulación con las áreas competentes, el desarrollo de sistemas de atención de niños, niñas y adolescentes que contemplen la especificidad de esa franja, en particular el desarrollo de servicios territorializados e integrales destinados a la promoción, asistencia y atención de esas personas.



- Propiciar que la atención de niños, niñas y adolescentes se brinde dentro del sistema de atención comunitaria, en cumplimiento de las directrices internacionales sobre las modalidades alternativas de cuidados de los niños, en la que se priorice la atención ambulatoria, domiciliaria y se restrinja la institucionalización.
- Propiciar la incorporación del tema del envejecimiento en las políticas públicas (en articulación con las áreas pertinentes), y destinar y gestionar los recursos humanos y materiales para lograr la implementación de las políticas especiales para este sector poblacional.
- Profundizar las acciones tendientes a fortalecer la red de servicios comunitarios y la apertura de servicios de salud mental en los hospitales generales, para el cumplimiento efectivo de lo establecido en el artículo 28 de la Ley 26.657.
- Continuar los esfuerzos tendientes propiciar el cierre definitivo de las instituciones monovalentes en el plazo previsto en el art. 27 del Decreto Nº 603/13.
- Profundizar la articulación y el trabajo de la autoridad de aplicación con la Superintendencia de Servicios de Salud para controlar que se garantice la cobertura en salud mental de los afiliados a obras sociales, adecuando el Programa Médico Obligatorio (PMO) de conformidad a lo dispuesto en el artículo 37 de la LNSM y del Decreto Nº 603/13.
- Profundizar acciones intersectoriales para supervisar y establecer mecanismos que permitan programas de externación de las personas que permanecen internadas por años en los hospitales especializados.

