



Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental

RESOLUCIÓN S.E. N° 02/2020

Buenos Aires, 29 de diciembre de 2020.

VISTO, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/13 del Registro del Poder Ejecutivo Nacional; la Resolución DGN N° 797/13 y Resolución S.E. N° 11/15 y

ANTECEDENTES

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 luego de reuniones plenarias en las que se valoraron los diez años de implementación de la ley 26.657 y con los aportes realizados por todos los sectores intervinientes se concretó el documento “A 10 años de la Ley Nacional de Salud Mental: posicionamiento del Órgano de Revisión de Salud Mental” el cual posiciona al ORN en la efectiva aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental.

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

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 SALUD MENTAL DE LA NACIÓN

RESUELVE:

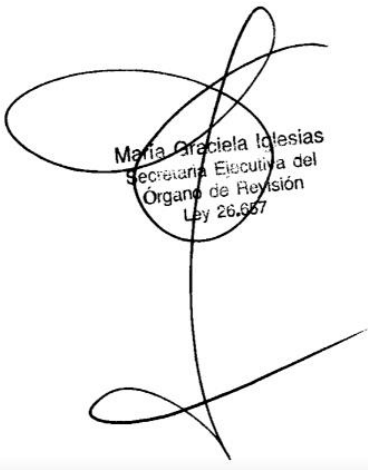
I.- TENER POR APROBADO el documento “A 10 años de la Ley Nacional de Salud Mental: posicionamiento del Órgano de Revisión de Salud Mental”, de conformidad con lo acordado por el Plenario del Órgano de Revisión en la sesión de fecha 28 de diciembre de 2020 y cuyo texto -obrante como Anexo - forma parte 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.

III.- SE REALICE una adenda respecto de la CABA respecto de la presente recomendación en cumplimiento de la disposición transitoria del Decreto Reglamentario N° 603/13.

Protocolícese, comuníquese y oportunamente archívese.



María Graciela Iglesias
Secretaria Ejecutiva del
Órgano de Revisión
Ley 26.687



Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental

ANEXO: RESOLUCIÓN SE N° 02/2020

“A 10 años de la Ley Nacional de Salud Mental: posicionamiento del Órgano de Revisión de Salud Mental”

Como Órgano de Revisión Nacional (integrado en este período por Una Movida de Locos Asociación Civil, el Centro de Estudios Legales y Sociales, la Asociación Argentina y Salud Mental y el Ministerio Público de la Defensa, Dirección Nacional de Salud Mental, Secretaría de Derechos Humanos de la Nación) consideramos necesario posicionarnos respecto del estado de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) N° 26.657 a diez años de su aprobación.

La sanción de la LNSM marcó un hito en el camino de desandar el paradigma basado en el abandono y la segregación de las personas usuarias de los servicios de salud mental, y en la sustitución de su voluntad. Para ello, y de conformidad con los estándares internacionales de derechos humanos, estableció la obligación estatal de sustituir las instituciones monovalentes públicas y privadas por una red de servicios comunitarios y la atención en hospitales generales. Su decreto reglamentario, promulgado en 2013, adoptó el criterio del Consenso de Panamá y estableció el año 2020 como fecha límite para alcanzar dicha meta.

Consideramos que la sanción de la LNSM marcó las bases para esa transformación y la arquitectura institucional generada en consecuencia (instituciones, dispositivos, resoluciones, prácticas) consolidó un proceso del cual hoy ya no es posible retroceder. El trabajo de los usuarios y usuarias, así como de diversos organismos estatales junto con organizaciones sociales ha instalado definitivamente esta problemática en la agenda de derechos humanos. Así, la creación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones en la órbita del Ministerio de Salud de la Nación; de direcciones, subsecretarías o secretarías de salud mental en las distintas jurisdicciones del país, del Órgano de Revisión Nacional y los órganos de revisión locales, las unidades de defensa pública especializadas para internaciones involuntarias, la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CONISMA) en la órbita de la Jefatura de Gabinete de Ministros y el Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones, son algunos de los avances que, aunque insuficientes, motorizaron transformaciones que han ido incidiendo en los procesos de adecuación institucional a los estándares de derechos humanos.

Sin embargo, nos preocupa que el plazo comprometido por nuestro país haya vencido

este año y que a pesar de los avances y cambios sustantivos, producidos sobre todo en materia de garantías de derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud mental, la transformación global del sistema de salud mental hacia un sistema comunitario, con mayor descentralización territorial y con un presupuesto acorde a la pauta del 10% prevista en la LNSM, que permita la sustitución definitiva de los hospitales monovalentes siga siendo una deuda pendiente.

Los datos que arrojó la primera parte del Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental (2019) muestran que todavía hay en Argentina 12.035 personas internadas en 162 instituciones públicas y privadas monovalentes de salud mental que permanecen internadas un promedio de 8,2 años y una mediana de 2. Más precisamente, seis de cada diez personas permanecen internadas un año o más y una de cada cuatro lo está once o más. Ello demuestra que las internaciones prolongadas en instituciones monovalentes continúan siendo la principal política para responder, de modo insuficiente, a las necesidades de salud pública de la población y ratifican la inmediata necesidad de diseñar e implementar acciones intersectoriales e interseccionales que garanticen los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud mental, muy especialmente el derecho a vivir en la comunidad.

Queremos resaltar que la omisión de transformar el sistema de atención de salud mental, además de sostener la histórica vulneración de derechos de las personas con discapacidad psicosocial, puede comprometer la responsabilidad internacional del Estado argentino. En efecto, el Comité de los derechos de las personas con discapacidad ha instado al Estado argentino a implementar de manera efectiva las estrategias de desinstitutionalización así como a desarrollar e implementar planes de salud mental basados en el modelo de derechos humanos de la discapacidad. En el mismo sentido, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales le recomendó concretar en 2020 la sustitución del sistema de instituciones psiquiátricas de salud mental públicas y privadas por un sistema integral, integrado, interdisciplinario y comunitario de salud mental, en cumplimiento del Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018 aprobado por Resolución 2177/2013 del Ministerio de Salud de la Nación. Asimismo, recomendó que se restrinja la institucionalización y se fortalezca la red de servicios comunitarios así como la apertura de servicios de salud mental en los hospitales generales, para el cumplimiento de lo establecido en el artículo 28 de la Ley 26657 y en el Plan Nacional de Salud Mental. A su vez, el Comité de Derechos Humanos instó al Estado a velar por la plena aplicación de los estándares internacionales y de la Ley Nacional de Salud Mental. Por último, muy recientemente, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos llamó a los Estados a adoptar medidas especiales para garantizar la capacidad jurídica



Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental

plena de las personas con discapacidad, incorporando un enfoque de derechos humanos y los urgió a erradicar las diferentes formas de discriminación y estigmatización contra las personas con discapacidad, especialmente, a través de políticas que promuevan su desinstitucionalización.

Sostenemos que la persistencia de un sistema que mantiene internaciones innecesariamente prolongadas constituye, sin duda, un problema de salud pública, pero sobre todo de derechos humanos. Por ello, a 10 años de la sanción y promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental como Órgano de Revisión Nacional destacamos con preocupación la necesidad urgente de la implementación de una política de salud mental que permita avanzar sin dilaciones y con compromiso en la transformación que resulta tanto de la normativa interna como de los estándares internacionales de manera de evitar la responsabilidad internacional del Estado argentino.

Los ejes que a continuación detallamos son, a nuestro criterio, los principales pendientes para concretar la sustitución del modelo hospitalocéntrico hacia uno basado en la comunidad y con un enfoque de derechos humanos.

1. Sustitución de instituciones monovalentes públicas y privadas: Fortalecimiento de una red masiva de servicios de salud mental con base en la comunidad, desarrollo de dispositivos intermedios y atención en hospitales generales

El artículo 27 de la LNSM prohibió expresamente la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos y privados, y dispuso la sustitución progresiva y definitiva de los existentes. Como dijimos, el plazo previsto para alcanzar esta meta está vencido y, a pesar de algunas iniciativas y el esfuerzo de muchos equipos de trabajadores y trabajadoras, el Estado no ha desarrollado políticas públicas suficientes para concretarlo ni se han promovido políticas de desinstitucionalización de las personas que aún permanecen internadas innecesariamente en esas instituciones. En este desafío debe radicar el esfuerzo intersectorial y la política pública nacional y de las provincias en materia de Salud Mental y Derechos Humanos.

En efecto, el modelo de salud mental comunitario que recoge la LNSM propone la atención integral, interdisciplinaria e intersectorial en el ámbito territorial donde las personas desarrollan sus vidas cotidianas y su participación activa en la planificación de su atención y cuidados. Sin embargo, observamos insuficiente cuando no inexistente, la

atención ambulatoria especializada en los centros de atención primaria, centros provinciales de atención y hospitales generales, lo cual obliga a las personas usuarias y a las familias a buscar estos servicios en instituciones monovalentes. Además, constatamos que los dispositivos de atención intermedios como casas de medio camino, servicios de atención domiciliaria supervisada u otros dispositivos de apoyo son absolutamente deficitarios y ello conlleva la prolongación innecesaria de las internaciones.

Por ello, entendemos necesario el desarrollo y fortalecimiento de una red de servicios con base en la comunidad que se integre con los restantes servicios de salud y que articule intersectorialmente con otras áreas. Debe garantizarse la disponibilidad y accesibilidad de centros de salud con equipos de salud mental interdisciplinarios, servicios de salud mental en los hospitales generales, sanatorios y policlínicos (con atención ambulatoria, abordaje de las urgencias las 24 horas), centros de día comunitarios, hospitales de día y de noche, entre otras. También los psicofármacos deben estar disponibles en el primer nivel de atención y en los hospitales generales.

A su vez, consideramos indispensable la creación de diferentes dispositivos de inclusión socio laboral y habitacionales con diferentes niveles de apoyo, seguros de caución para alquileres, apoyos financieros a las personas usuarias y referentes afectivos, como modos de garantizar el derecho de las personas de elegir dónde y con quién vivir.

En el mismo sentido, opinamos que la implementación medidas específicas para las personas en proceso de externación y personas externadas, ya sean de apoyo financiero, acompañamiento o programas resultan centrales para garantizar la inclusión social.

En la misma línea, cabe destacar que acertadamente la LNSM establece que las internaciones por motivos de salud mental y adicciones deben realizarse en hospitales generales, sin embargo, hemos constatado que un significativo porcentaje de ellas aún se lleva a cabo en hospitales monovalentes. Remarcamos que la insuficiencia de servicios de salud mental en hospitales generales, policlínicos o sanatorios ocasiona o bien el rechazo de la atención o bien una estadía prolongada en guardias o salas que no ofrecen condiciones ni personal adecuados. La apertura de estos servicios y/o el fortalecimiento de los ya existentes es un requerimiento impostergable en tanto que su insuficiencia es, junto con la falta de una red de servicios de salud mental con base en la comunidad y desarrollo de dispositivos intermedios, la que habilita la perpetuación de las instituciones manicomiales.

2. Planes de externación de personas internadas por problemáticas sociales o de vivienda

Con la labor del Órgano de Revisión hemos observado con preocupación la subsistencia



Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental

USO OFICIAL

de internaciones prolongadas por problemáticas sociales o de vivienda prohibidas por la LNSM (cfr. Arts. 15 y 18), sobre todo en instituciones monovalentes del sector público, donde las personas permanecen internadas sin criterio, debido a su alta vulnerabilidad socioeconómica, sin acceso a recursos básicos, vivienda, empleo, cobertura sanitaria y social.

La prolongación de este tipo de internaciones fue corroborada, como indicamos más arriba, por el Censo Nacional.

La permanencia de estas personas en las instituciones no obedece a criterios de riesgo cierto e inminente sino a cuestiones socioeconómicas, así como a la insuficiencia de políticas públicas (dispositivos comunitarios tales como casas de medio camino, acompañantes terapéuticos, residencias protegidas, etc.), sumado a problemas adicionales de pérdida de autonomía y otras consecuencias que provocan la institucionalización prolongada.

Hemos advertido también que en algunos servicios persiste la idea de que las personas con padecimiento de salud mental pueden vivir en hospitales, especialmente si son personas que llevan mucho tiempo de internación y no tienen familia. Observamos que, como consecuencia de ello, no se diseñan estrategias de externación ni se desarrollan acciones para promover la autonomía de las personas internadas.

Como ya hemos referido, tampoco hemos constatado la existencia de suficientes programas estatales específicos de externación para este tipo de casos.

Es por ello que, para concretar la externación de estas personas consideramos indispensable profundizar el diseño de planes específicos que contengan una diversa gama de acciones interdisciplinarias e intersectoriales que garanticen que las personas puedan vivir en sus comunidades y recibir los cuidados y apoyos que demanden en el ámbito de sus localidades. Creemos que el éxito de un plan de estas características demanda que todos los poderes del Estado se involucren a través del fortalecimiento o creación de áreas específicas y le asignen el presupuesto adecuado.

Creemos también que el diseño y la implementación de los planes de externación deben contar con la participación de cada una de las personas afectadas y, además, contener un enfoque interseccional que tenga en cuenta el impacto diferencial que tiene la internación sobre ciertos colectivos sociales, como las mujeres y la niñez, diversas identidades de género y migrantes, todas ellas particularmente expuestas a la invisibilización y a la estigmatización.

3. Inclusión de los consumos problemáticos a las políticas de Salud Mental y Derechos Humanos

En materia de consumos problemáticos de drogas legales e ilegales la reestructuración del sistema de atención demanda el trabajo conjunto de las autoridades de aplicación con los distintos actores y sectores sociales gubernamentales y no gubernamentales para concretar, como primera medida, la modificación de las normas de habilitación y adecuación de las comunidades terapéuticas. En este aspecto, destacamos la labor integrada de la Dirección Nacional de Salud Mental y la Sedronar con la participación del Órgano de Revisión y autoridades de Salud Mental de la Provincia de Buenos Aires. Ello con el propósito de propender a eliminar la discriminación en el acceso a la salud en razón del consumo problemático y como modo de hacer visible los derechos y garantías que le asisten a este colectivo.

Se requiere, además, relevar la situación de las personas que se encuentran internadas en las comunidades terapéuticas para elaborar, con su resultado, las políticas públicas que se necesiten para garantizar la atención de las personas desde una perspectiva de salud integral con eje en la persona y con perspectiva de reducción de daños, y que garanticen la totalidad de los derechos y garantías reconocidos en la LNSM.

Por otra parte, señalamos que aún está pendiente de reglamentación y cumplimiento la Ley 26.934 “Plan integral para el abordaje de los consumos problemáticos”

4. Órganos de Revisión de Salud Mental

El control y monitoreo de las instituciones de salud mental por organismos independientes, intersectoriales y de carácter participativo es un requerimiento del sistema internacional de Derechos Humanos. El Órgano de Revisión Nacional fue puesto en funcionamiento por la defensora general de la Nación en 2013 y en los últimos cinco años fueron creados doce Órganos de Revisión Locales de los cuales cinco fueron establecidos durante 2019. En la actualidad, diez de esos doce se encuentran en pleno funcionamiento en las siguientes provincias: Buenos Aires, Santa Cruz, Chaco, Entre Ríos, Tierra del Fuego, Jujuy, Santa Fe, Chubut, Neuquén y Río Negro. Los dos restantes (correspondientes a las provincias de Tucumán y La Rioja) aguardan la reglamentación de las leyes para su puesta en funcionamiento.

Como resultado de la labor del ORN, constatamos, entre otras cuestiones, la existencia de salas de aislamiento y prácticas injustificadas de contención, el uso de electroshock, la internación y la farmacología como base prioritaria del abordaje terapéutico, un inadecuado uso del procedimiento del consentimiento informado, la existencia de internaciones prolongadas por razones sociales y la ausencia de una política de salud mental infanto juvenil, entre otras cuestiones. Para revertir y erradicar estas prácticas se promovieron mesas de trabajo, se realizaron presentaciones ante los organismos responsables y se dictaron resoluciones tales como la que establece que se investiguen



Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental

la totalidad de las muertes ocurridas en contextos de encierro por salud mental y otras destinadas a garantizar el derecho al ejercicio de la maternidad de las mujeres u otras personas con capacidad de gestar con discapacidad psicosocial y los derechos de las personas internadas durante la pandemia COVID 19.

Entendemos que la intervención del ORN contribuye, por un lado, a modificar patrones estructurales de violaciones de derechos humanos en el ámbito de los servicios de salud mental, y al mismo tiempo, propende a uniformar el control y propiciar que las jurisdicciones monitoreen en sus ámbitos de competencia la plena efectividad de la LNSM que configura uno de los pilares del sistema de protección de derechos humanos. En esa línea, el Comité DESC le recomendó al Estado argentino en 2018: a) Adoptar medidas para prevenir y abordar actos de malos tratos en todos los establecimientos de salud mental; b) Garantizar el cumplimiento en todo el país de la resolución del ORSM 15/14 sobre muertes en instituciones monovalentes de salud mental y la resolución ORSM 17/14 sobre el no uso de electroshock; c) Garantizar que los tratamientos se administran sobre la base de un consentimiento libre e informado.

Consideramos que el cumplimiento de esa recomendación requiere potenciar esfuerzos para lograr que el monitoreo pueda cumplirse en todo el territorio nacional.

5. El rol del Poder Judicial y del Ministerio Público de la Defensa

Tanto la LNSM como el Código Civil y Comercial jerarquizaron la labor de los y las juezas al ubicarlos como contralor inmediato de las internaciones y en garantizar que éstas efectivamente se realicen en los plazos más breves que sean posibles. Sin embargo, y a pesar de los avances, observamos que no existen prácticas unificadas ni un rol procesal activo y periódico, sobre todo en materia de exigibilidad a los obligados (Estado, obras sociales, prepagas) de brindar los dispositivos que hagan efectivas las externaciones. Como así tampoco una genuina revisión de las sentencias de restricción a la capacidad jurídica.

Por otro lado, la creación, en el ámbito de la Defensoría General de la Nación desde el año 2011, de las unidades de defensa pública especializada que brindan patrocinio legal, respetan la autonomía de la voluntad y no sustituyen a las personas en la toma de decisiones ha sido otro gran avance en materia de reconocimiento de la condición de sujetos de derechos de las personas internadas involuntariamente y en la posibilidad de estas de ser oídas, acceder a la justicia, y cuestionar ciertas prácticas. Creemos que la extensión de esa práctica a todo el país, que hasta ahora se desarrolla exclusivamente en la Ciudad de Buenos Aires (justicia nacional) y en la provincia de Entre Ríos, es otro aspecto medular que debe ser considerado en la transformación del sistema de salud

mental.

Resaltamos la modificación del Código Civil en materia de capacidad jurídica como otro importante logro y adecuación normativa a los estándares internacionales, a pesar de la brecha que aún lo separa del modelo previsto en la Convención de los Derechos de las Personas con discapacidad, principalmente al sostener a los sistemas de apoyo como mecanismos de restricciones a la capacidad jurídica.

Sin embargo, hemos advertido que son frecuentes las sentencias judiciales que hacen alusión al modelo social de la discapacidad en sus considerandos, pero luego reproducen el modelo tutelar en la parte resolutoria. Advertimos necesaria una capacitación de los operadores del sistema de justicia en la materia, de modo que la reforma normativa tenga implicancias concretas en el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad.

En el mismo sentido, el acceso a un sistema de apoyos efectivo que promueva la toma de decisiones es otro de los pendientes del Estado argentino en materia de derechos humanos de las personas con discapacidad.

6. Perspectiva de género

Analizamos las violencias a las que están expuestas las mujeres con discapacidad con una perspectiva interseccional que es definida por la Observación General N°3 del Comité de CDPD como una situación en la que varios motivos interactúan al mismo tiempo de forma que son inseparables, y perpetúan y profundizan la discriminación.

Desde este análisis, la perspectiva de género debe aplicarse en el diseño e implementación de las políticas como vía de transformar la discriminación que pesa sobre este colectivo y debe ser transversal a las políticas de salud mental comunitaria, como la externación, la atención en servicios de salud en la comunidad, el trabajo, la participación real y efectiva en prácticas preventivas, etc.

En particular, nos interesa destacar la situación de las mujeres que son separadas de sus hijos o hijas por razones de discapacidad que se ha constatado con mucha frecuencia durante las internaciones por salud mental, y que se sostiene en base de estereotipos que consolidan la idea de que estas mujeres no son aptas para ejercer la maternidad, además de la existencia de prejuicios y consecuentes intervenciones discriminatorias por parte de juzgados, organismos administrativos de protección de derechos de las infancias y de los hospitales. Asimismo, destacamos la ausencia de dispositivos adecuados y de sistemas de apoyo para el ejercicio de estos derechos. Consideramos necesario, también, que se garantice el acceso a la salud sexual y reproductiva a las mujeres internadas por salud mental y se promueva la articulación con consejerías especializadas.



Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental

USO OFICIAL

Del mismo modo consideramos que se debe instrumentar la recomendación del ORN N3/2019 “Derechos sexuales y Reproductivos. Derecho al maternaje de las mujeres y otras personas gestantes con discapacidad mental alojadas en establecimientos de salud mental” tanto en el ámbito sanitario como de administración de justicia, teniendo en cuenta la Ley 27499 llamada Ley Micaela de Capacitación Obligatoria en Género para todas las personas que integran los tres poderes del Estado.

En relación con las mujeres víctimas de violencia de género que requieren internación por salud mental, destacamos la ausencia de recursos de acompañamiento, ayuda económica y dispositivos de alojamiento adecuados post alta, que aborden las situaciones de manera integral. También, se observa que los refugios existentes actúan de manera expulsiva en relación con las mujeres que requieren atención por salud mental. Evaluamos necesario, además, que las instituciones cuenten con protocolos de intervención en casos de violencias de género y violencia sexual respecto de procedimientos, medidas a adoptar y recursos que brinden capacitación a los/las profesionales de salud respecto de estas intervenciones.

Finalmente, teniendo en cuenta la creación de ministerios específicos tanto a nivel nacional como de la Provincia de Buenos Aires consideramos la conveniencia de señalar la posibilidad de que en esas estructuras gubernamentales se creen programas específicos para salud mental.

7. Salud Mental Infanto Juvenil

Como ya hemos señalado, la adecuación de las prácticas al enfoque de derechos sigue siendo un desafío en el campo de la salud mental, en especial en lo referente a la infancia que atraviesa situaciones de sufrimiento psíquico y vulneración psico social.

Si bien algunas prácticas se han ido adaptando paulatinamente a los nuevos estándares, en muchos casos gracias a la intervención de actores externos, como por ejemplo la unidad de defensa técnica especializada, evaluamos que la respuesta institucional preferencial continúa siendo la internación en vez de centrarse en garantizar el acceso a los cuidados integrales y en implementar estrategias de fortalecimiento familiar.

Hemos detectado, además, la prolongación innecesaria de internaciones por problemáticas sociales, vulneraciones al derecho a la identidad, a la educación y al sostenimiento de vínculos familiares. Es de destacar que en el último período hemos constatado una disminución en el uso de sujeciones, plazos más breves en la internación, un mayor nivel de acompañamiento durante las internaciones, así como una notable disminución de la cantidad de personas menores de edad internadas. Del mismo modo, en el año en curso se concretó una mayor articulación intersectorial para dar solución a

problemáticas individuales.

Si bien la temática está en la agenda prioritaria del ORN y se llevan a cabo diversas acciones tendientes a adecuar las respuestas institucionales destinadas a niños, niñas y adolescentes, consideramos que es indispensable y urgente el diseño de políticas territoriales integrales que propicien que la atención de este colectivo se brinde dentro del sistema de atención comunitaria, en cumplimiento de las normativas internacionales sobre las modalidades alternativas de cuidados donde se priorice la atención ambulatoria, la domiciliaria y se desaliente la internación y, en caso necesario, se efectúe en hospitales generales.

En el mismo sentido, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales le recomendó al Estado argentino propiciar que niños, niñas y adolescentes sean atendidos en forma comunitaria, priorizando la atención ambulatoria, domiciliaria y en la zona de arraigo, y que se restrinja la institucionalización.

8. Justicia Penal

Son muchos los compromisos pendientes en materia de salud mental y sistema de justicia penal. Consideramos que no se han desarrollado i) estrategias claras para el tratamiento de las personas declaradas inimputables que promuevan la asignación de apoyos integrales y dirigidos a una inserción sostenida de la persona en el ámbito comunitario que reduzca el riesgo de reincidencia, (ii) acciones para facilitar el acceso a apoyos y ajustes de las personas con discapacidad intelectual y psicosocial que están privadas de libertad en espacios penitenciarios, (iii) medidas para un abordaje conforme los términos de la LNSM de las personas con problemáticas de consumo que se encuentran sometidas a procesos penales y/o privadas de libertad en contextos penitenciarios; (iv) estrategias coordinadas del sistema de administración de justicia para la investigación eficiente de prácticas abusivas a personas con discapacidad psicosocial; (v) programas de capacitación adecuados y suficientes destinados a operadores judiciales del sistema penal en materia de salud mental y discapacidad y (vi) regulación normativa clara y criterio jurisprudencial único que evite la problemática respecto de los conflictos negativos de competencia entre juzgados civiles y penales, ante la disposición de medidas de seguridad o alojamiento de personas en el dispositivo PRISMA del Servicio Penitenciario Federal (SPF) y que eviten también medidas restrictivas de la libertad desproporcionadas y sin plazos, (vii) medidas para reemplazar el criterio de peligrosidad por el de riesgo cierto e inminente incluido en la Ley Nacional de Salud Mental y definido en el Decreto Nº 603/13.

9. Derecho al voto



Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental

USO OFICIAL

A partir de la ratificación de la Convención de los Derechos de las Personas con discapacidad y de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental se produjeron avances en otras normativas con el propósito de adecuarlas a los nuevos estándares fijados en materia de los derechos de las personas con discapacidad.

Si bien se incorporaron al padrón electoral las personas con discapacidad que sin tener declaración judicial de incapacidad se encuentran internadas en instituciones y a las personas sordomudas y se promovió la implementación del voto asistido, el Código Nacional Electoral (artículo 3, inciso “a”) y la mayoría de los códigos provinciales mantienen la exclusión del padrón electoral a los “dementes declarados tales en juicio” a pesar de que el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha instado al Estado argentino a revisarlo y adecuarlo a los estándares de la CDPD.

A su vez, se destaca un esfuerzo gradual y progresivo en servicios de salud mental para realizar acciones de documentación, empadronamiento y verificar la existencia o no de sentencias que restringen la capacidad jurídica e identificar y solicitar, en su caso, los apoyos necesarios para que las personas internadas puedan hacer efectivo el derecho al voto. Sin embargo, observamos que las campañas no se logran muchas veces con antelación suficiente. Creemos que resulta necesario el dictado de resoluciones o normativas por parte de autoridades de aplicación a fin de generar una regulación que sea obligatoria para los efectores públicos y privados de salud, y que los inste a adoptar medidas positivas para garantizar el derecho al voto de las personas internadas. Asimismo, sugerimos la promoción de campañas de capacitación y sensibilización masivas sobre el derecho al voto de las personas con discapacidad psicosocial.

10. Adecuación normativa

Consideramos que existe un sector pendiente de reformas que depende básicamente del Estado nacional vinculado a diversas regulaciones. Resulta necesario encarar la revisión pendiente de la normativa que produce efectos sobre el sistema de salud mental entre otros: la Ley sobre Derechos del Paciente, en lo que respecta al derecho de las personas con discapacidad psicosocial al consentimiento informado y su capacidad en la toma de decisiones vinculados con tratamientos de salud, la ley 26130 de contracepción quirúrgica a fin de evitar esterilizaciones forzadas, la ley 23737 a fin de no perseguir penalmente a las personas que padecen consumos problemáticos de drogas, el Programa Médico Obligatorio (por ejemplo, en cuanto a la limitación de financiamiento de tratamientos ambulatorios, entre otras prácticas), las funciones de la Superintendencia de Salud en salud mental, y las áreas y normas de fiscalización del Ministerio de Salud de la Nación, entre otras varias cuestiones.

También la Ley 24.901, Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad, requiere adecuaciones, por ejemplo en su Capítulo VI (Sistemas alternativos al grupo familiar), en tanto no privilegia la inclusión familiar de las personas con discapacidad.

Por otra parte, la mayoría de los códigos procesales (nacional y provinciales) no han sido revisados luego de la sanción de la ley de salud mental ni tampoco después de la sanción del Código Civil y Comercial de la Nación y son numerosas las regulaciones de esos cuerpos normativos que requieren adecuación a los nuevos paradigmas.

11. Fortalecimiento de la organización y participación efectiva de las personas usuarias de los servicios de salud mental

El derecho a la participación de las personas con discapacidad está ampliamente reconocido en la Convención de los Derechos de las Personas con discapacidad y puede sintetizarse en el lema *Nada sobre Nosotros sin nosotros* acuñado por ese colectivo. Sin embargo, la efectivización de ese derecho es prácticamente nula.

Es de destacar la actividad de la sociedad civil y los emprendimientos territoriales que se han realizado para promover esta participación. Sin embargo, la intervención de este sector se encuentra fuertemente atravesada por la estigmatización a la que se los somete y que se configura en una de las principales barreras para su inclusión en todos los ámbitos.

Resulta necesaria la implementación de políticas y programas que promuevan la organización y la plena participación genuina de las personas usuarias de los servicios de salud mental y que su voz sea tenida en cuenta, tanto en el diseño como en la implementación y evaluación de las acciones implementadas.

Asimismo, se requiere la implementación de los sistemas de apoyos que garanticen el ejercicio de este derecho en igualdad de condiciones que el resto de las personas.

12. Adecuación de las currículas universitarias

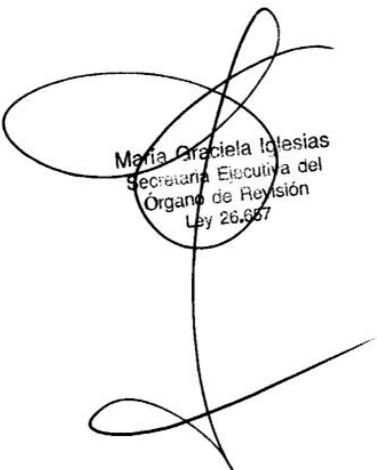
Tal como prevé el art. 33 de la LNSM, consideramos necesario que las universidades públicas y privadas adecúen sus currículas para que la formación de los y las profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la ley. Para ello, entendemos que las universidades deben actualizar y aplicar las “Recomendaciones a las Universidades Públicas y Privadas – Art. 33 Ley 26.657” realizadas oportunamente por la CONISMA.

A modo de conclusión, consideramos que estos ejes resultan prioritarios para una política de salud mental transformadora del actual sistema de atención que se adecúa al



Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental

paradigma previsto en la LNSM y en el Sistema Internacional de Derechos Humanos. Para ello insistimos en la urgencia de que el Estado argentino -en todos sus niveles- lleve adelante múltiples políticas públicas y acciones masivas con partidas presupuestarias adecuadas, con la finalidad de multiplicar los servicios y dispositivos comunitarios, promover la desestigmatización y garantizar el derecho de todas las personas a ser atendidas y vivir en la comunidad.


María Graciela Iglesias
Secretaria Ejecutiva del
Órgano de Revisión
Ley 26.687