



Órgano de Revisión Ley 26.657

RESOLUCIÓN S.E. N°/4/2015

Buenos Aires, 08 de octubre de 2015

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 la Resolución S.E. N° 02/13,

CONSIDERANDO,

Que el artículo 38 de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 creó en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa el Órgano de Revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.

Que asimismo el artículo 40 dispone entre las funciones del Órgano de Revisión Nacional, inc. k) *"Controlar el cumplimiento de la presente ley, en particular en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental"*.

Que a efectos de llevar adelante los monitoreos correspondientes en los servicios y en las instituciones de salud mental, ya sean públicas o privadas, resulta necesario contar con un instrumento de monitoreo, cuya finalidad es orientar sobre las variables a considerar, sin detrimento de que sean adaptadas a cada contexto.

Que el instrumento de monitoreo ha sido confeccionado durante el primer semestre de trabajo del Órgano de Revisión, y está basado en los principios y postulados de la Ley Nacional de Salud Mental y su Decreto reglamentario, en particular en lo referido a los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental y la modalidad de abordaje respectiva, ejes desarrollados en los capítulos IV a VIII y X de las referidas normas.

Que resulta necesario destacar que las preguntas referidas en el instrumento, han sido moduladas según las características

USO OFICIAL

del lugar y/o situación que correspondía evaluar, basándose más en el contenido que en la forma del cuestionario.

Que se encuentra incluido como Anexo un cuestionario que responde a la "Perspectiva de Género" confeccionado con la colaboración de la "Oficina de Atención a Víctimas de Violencia de Género" de la Defensoría General de la Nación, de tal forma de incluir este enfoque como parte del instrumento.

Que por ello, y en ejercicio de las atribuciones conferidas por el Decreto PEN N° 603/13 y el Reglamento Interno del Órgano de Revisión de Salud Mental -Resolución S.E. N° 02/13-;

LA SECRETARIA EJECUTIVA
DEL ÓRGANO DE REVISIÓN DE LA NACIÓN
RESUELVE:

I.- **APROBAR** el "Instrumento de Monitoreo del Órgano de Revisión Nacional", (primera versión) cuyo texto -como Anexo-, forma parte integral de la presente resolución.

Regístrese, ~~hagase~~ saber a sus efectos y oportunamente, archívese.

Maria Graciela Iglesias
Secretaria Ejecutiva del
Órgano de Revisión
Ley 26.657



Órgano de Revisión Ley 26.657

ANEXO Resolución S.E. N° 14/2015

INSTRUMENTO DE MONITOREO PRIMERA VERSIÓN

USO OFICIAL

Órgano de Revisión
Ley Nacional de Salud Mental 26.657
2015

María Graciela Iglesias
Secretaría Ejecutiva del
Órgano de Revisión
Ley 26.657

Índice

- Consideraciones previas	Pág. 3
- Documentación a requerir	Pág. 4
- Entrevista a directivos y personal institucional	Pág. 4
- Entrevista con el usuario	Pág. 12
- Observación	Pág. 15
- Situación jurídica	Pág. 17
-Anexos:	
Anexo Enfoque de Género	Pág. 19



Órgano de Revisión Ley 26.657

Consideraciones Previas

Este instrumento (actualmente en etapa de pilotaje) ha sido confeccionado durante el primer semestre de trabajo del Órgano de Revisión, y está basado en los principios y postulados de la ley nacional de salud mental y su decreto reglamentario, en particular en lo referido a los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental y la modalidad de abordaje respectiva, ejes desarrollados en los capítulos IV, V, VI, VII, VIII y X de dicha normativa.

Constituye una referencia para el monitoreo de servicios e instituciones de salud mental cuya finalidad es orientar sobre las variables a considerar, sin detrimento de que sean adaptadas a cada contexto.

El ordenamiento de los contenidos del presente instrumento no ha sido azaroso sino que ha traducido la secuencia temporal en la que se han desarrollado los monitoreos realizados.

En todos los casos se ha iniciado con la presentación del equipo interviniente, la solicitud de la documentación requerida al establecimiento para luego mantener entrevistas con autoridades y personal institucional que pudieran brindar la información solicitada.

A continuación se han realizado las observaciones de las instalaciones institucionales para finalizar con entrevistas a algunos de los usuarios y familiares asistidos en el establecimiento.

Cabe precisar que las entrevistas a estos últimos se realizaron con carácter electivo, explicitando nuestra función y pertenencia y promoviendo el acceso a un intercambio confidencial, considerando relevante que éste sea posible con representantes de un organismo creado por la ley nacional de salud mental para velar por sus derechos (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657). Como parte de esta metodología se ha tratado de que los usuarios entrevistados no fueran seleccionados por el personal institucional.

Por otra parte, -y cuando fuera necesario- se han entrevistado personas que impresionaban estar sometidas a otras restricciones de derechos -además

USO OFICIAL

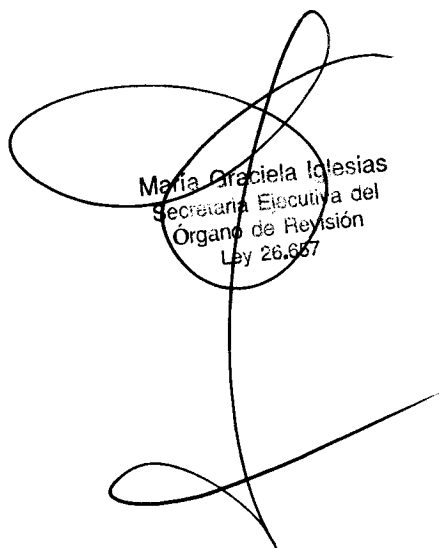
Maria Graciela Olías
Secretaria Ejecutiva del
Órgano de Revisión
Ley 26.657

de la institucionalización- así como aquellas sobre las que existía algún antecedente de vulneración que ameritara su evaluación.

Es necesario destacar que las preguntas referidas en el instrumento, han sido moduladas según las características del lugar y/o situación que correspondía evaluar, basándose más en el contenido que en la forma del cuestionario, el que pudiera resultar demasiado extenso de acuerdo a la oportunidad y ocasión.

Se ha incluido como Anexo un cuestionario que responde a la "Perspectiva de Género" confeccionado por las "Oficinas de Atención a Víctimas de Violencia de Género" de la Defensoría General de la Nación, de tal forma de incluir este enfoque como parte del instrumento.

Por otra parte, se considera necesario incorporar al instrumento todos aquellos contenidos que representen los enfoques de derechos humanos, de salud y salud mental pública y comunitaria, de interculturalidad, así como las especificidades pertinentes a grupos etarios diferenciados tales como niñez y adolescencia y tercera edad, entre otros, los que se irán incorporando como Anexos.



María Graciela Iglesias
Secretaría Ejecutiva del
Órgano de Revisión
Ley 26.687



Órgano de Revisión Ley 26.657

Documentación a requerir

- Habilitación actualizada
- Perfil de usuarios: adjuntar tabla incluyendo a todos los usuarios alojados según el siguiente modelo.

Nombre y Apellido	Edad	Fecha de ingreso	1º vez o ulterior	Motivo de consulta / Diagnóstico	Obra Social / Prepaga	Nivel educativo alcanzado	Posee DNI	Posee juicio de Insania	Posee Certificado de discapacidad	Tiene Pensión / Jubilación (Tipo)

- Recursos humanos: adjuntar tabla incluyendo a todos los trabajadores según el siguiente modelo.

Nombre y Apellido	Disciplina	Carga horaria semanal	Pertenece a la planta de la institución	Modalidad de contratación

USO OFICIAL

¿El establecimiento informa en casos de Enfermedades de Notificación Obligatorias (ENOs) al Sistema Nacional de Vigilancia dependiente del Ministerio de Salud de la Nación?

Si No

- Número de personas fallecidas en la institución desde su inicio (Adjuntar listado según causa, sexo y edad de los fallecidos)

Entrevista a directivos y personal institucional

Marco legal vigente

¿Cuál es su grado de conocimiento de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657?

Suficiente Mediano Insuficiente

¿Conoce la reglamentación de la Ley de Salud Mental? Si No

¿Conoce la función del Órgano de Revisión de Salud Mental de la Ley 26.657?

Si ¿Cuál es a su criterio?

No

Considera que su grado de conocimiento sobre el nuevo paradigma de atención en salud mental con perspectiva de derechos humanos es:

¿Lo implementa?	Si	No
-----------------	----	----

Trabajo interdisciplinario

No ¿Por qué?

Mencionar las disciplinas y cómo se articulan

¿Cuál es la disciplina del coordinador del servicio?

¿Cuál es la disciplina del director de la institución?

Si ¿Cuáles?

No ¿Por qué?

-¿Existen reuniones de equipo? Si Periodicidad.....

No

¿Se elaboran estrategias terapéuticas en forma conjunta?

Si ¿Cómo?

No

¿Quién/ quienes definen la estrategia terapéutica?

¿Se elaboran Informes interdisciplinarios?	Si	No
--	----	----

Capacitación e investigación

¿Existen actividades de capacitación?	Si	No
1. ¿Existen actividades de capacitación?		

¿De qué tipo? En servicio

Teóricas

Teórico-prácticas.....

¿Sobre qué temas?.....

¿Con que periodicidad?.....



Órgano de Revisión Ley 26.657

¿Quiénes son los capacitadores?
¿Quiénes son los destinatarios?
¿Algún/a usuario/a participa de algún protocolo de investigación u otra prueba o medición?

Si (Adjuntar copia de protocolo y consentimiento)

No

Tratamiento

¿Cuál es la modalidad de tratamiento propuesta en la institución?

Se incluye a los referentes familiares y/o vinculares en el tratamiento?

Si

No

¿Cómo?.....
.....

¿Se permite y estimula el acompañamiento permanente? Si No

¿Se desaconseja la concurrencia de familiares o allegados durante los primeros días de internación? Si No

¿Por qué?.....

¿Sabe que la interrupción de vínculos se considera iatrogénica desde los nuevos estándares? Si No

Los usuarios ¿Participan formalmente en la elaboración de sus estrategias terapéuticas?

Si

No ¿Por qué?.....
.....
.....

Los familiares (referentes vinculares) de los usuarios ¿Participan formalmente en la elaboración de las estrategias terapéuticas?

Si

No ¿Por qué?.....

¿Se brinda información al usuario sobre su tratamiento?

Si

No

¿De qué manera?.....

¿Considera que el tratamiento implementado es el más conveniente y el menos restrictivo posible? Si No

¿Retienen el DNI de los usuarios? Si No

¿Utiliza Salas de aislamiento/observación? Si No

USO OFICIAL

Maria Graciela Iglesias
Secretaria Ejecutiva del
Órgano de Revisión
Ley 26.657

¿Utiliza custodia policial? Si No
Considera que el tratamiento es....

¿Accesible? Si No ¿Equitativo? Si No ¿Universal? Si No

¿Hay restricciones en la admisión por diagnósticos? Si No
¿Que padecimientos se asisten y cuales no?.....

Se instrumentan:

- ¿Intervenciones Psicosociales? Si No

¿Cuáles?.....

- ¿Psicoterapia individual? Si No
- ¿Psicoterapia familiar? Si No
- ¿Psicoterapia grupal? Si No
- ¿Psicoeducación? Si No
- ¿Revinculación familiar? Si No
- ¿Intervenciones farmacológicas? Si No
- ¿Desarrollo y Fortalecimiento de Redes vinculares? Si No
- ¿Atención en el domicilio? Si No
- ¿Internación domiciliaria? Si No
- ¿Inclusión Educativa? Si No
- ¿Inclusión Laboral? Si No
- ¿Inclusión Habitacional? Si No
- ¿Inclusión Social? Si No
- ¿Inclusión Cultural? Si No
- ¿Controles clínicos de salud? Si No
- ¿Controles de laboratorio? Si No
- ¿Controles nutricionales? Si No
- ¿Seguimiento / tratamiento de interurrencias? Si No

-En caso de tratamientos de salud previos al ingreso, ¿El establecimiento continúa con la administración del tratamiento? Si No

-¿Quién cubre dichos tratamientos?

Familia/ usuario directamente



Órgano de Revisión Ley 26.657

Familia/usuario con financiamiento de asegurador (OS / EMP)

Establecimiento con financiamiento de asegurador (OS / EMP)

¿Utiliza electroshock?¹ Si No

¿Utiliza sujeción física? Si No

Que tipo de correas utiliza? Cuero ☐ Silicona ☐

Tela ☐ Plásticas ☐

Otro ☐

¿Utiliza un Protocolo? Si No

¿El Plan farmacológico tiene más de un psicofármaco? Si No

¿Conoce la recomendación de uso racional de psicofármacos de la OMS?

Si No

USO OFICIAL

Derechos de las personas

¿El establecimiento ofrece asistencia o auxilio espiritual o religioso?

Si No ¿Los usuarios, familiares y/o abogados que éste designe tienen acceso a sus antecedentes e historia clínica?

Si No ¿Se informa fehacientemente de manera comprensible al usuario de sus derechos y su tratamiento?

Si No

¿Se firma consentimiento informado? Si No

¿Se actualiza periódicamente el consentimiento informado? Si No

¿El usuario puede tomar decisiones sobre su tratamiento? Si No

¿El usuario recibe un tratamiento personalizado? Si No

¿Participan los usuarios en alguna investigación clínica o tratamiento experimental?

Si No

¿Firman un consentimiento fehaciente para ello? Si No

¿Considera que los padecimientos mentales son un estado modificable?

Si No

Maria Graciela Iglesias
Secretaria Ejecutiva del
Órgano de Revisión
Ley 26.657

¹ Este documento se confeccionó antes de la aprobación por parte del Plenario del Órgano de Revisión de la Ley de Salud Mental N° 26.657 sobre electroshock que aconseja su prohibición.

Modalidad de abordaje

¿Existe una división de sectores según el tiempo de internación de los usuarios?

Si No ¿Cuál?.....

¿Existe una división de sectores por diagnóstico?

Si No ¿Cuál?.....

¿Existe una división de sectores según cuidados progresivos?

Si No ¿Cuál?.....

¿Cuál es el promedio de tiempo de internación?.....

¿Existen actividades extrahospitalarias? ¿Cuáles?.....

	Si	No
¿Se desarrollan actividades en la comunidad?		

¿Cuáles?.....

Lugares de realización:

Número de personas que participan regularmente:

¿Existen acciones intersectoriales?	Si	No
-------------------------------------	----	----

¿Cuales?.....

¿Conoce si los usuarios tienen garantía de continuidad de atención en servicios adecuados y de preferencia de la persona cuando son dados de alta?

Si	No
1	1
2	1
3	1
4	1
5	1
6	1
7	1
8	1
9	1
10	1
11	1
12	1
13	1
14	1
15	1
16	1
17	1
18	1
19	1
20	1
21	1
22	1
23	1
24	1
25	1
26	1
27	1
28	1
29	1
30	1
31	1
32	1
33	1
34	1
35	1
36	1
37	1
38	1
39	1
40	1
41	1
42	1
43	1
44	1
45	1
46	1
47	1
48	1
49	1
50	1
51	1
52	1
53	1
54	1
55	1
56	1
57	1
58	1
59	1
60	1
61	1
62	1
63	1
64	1
65	1
66	1
67	1
68	1
69	1
70	1
71	1
72	1
73	1
74	1
75	1
76	1
77	1
78	1
79	1
80	1
81	1
82	1
83	1
84	1
85	1
86	1
87	1
88	1
89	1
90	1
91	1
92	1
93	1
94	1
95	1
96	1
97	1
98	1
99	1
100	1

Existencia de articulación permanente en caso de intervención de distintos servicios

sobre la persona o su grupo familiar?	Si	No
---------------------------------------	----	----

Trabajo intersectorial

El establecimiento articula regularmente con:

	Si	No
-Centros de salud		

	Si	No
-Hospitales generales		

	Si	No
-Hospitales monovalentes		

	Si	No
-Efectores privados		

	Si	No
-Dispositivos habitacionales		

-Dispositivos productivos y/o laborales	Si	No
---	----	----

	Si	No
-Establecimientos educativos		

-Clubes	Si	No
---------	----	----

-Organizaciones barriales y/o sociedades de fomento	Si	No
---	----	----

-Asociaciones de usuarios v/o familiares	Si	No
--	----	----



Órgano de Revisión Ley 26.657

- Justicia	Si	No
-Otras	Si	No

¿Cuáles?.....

¿El establecimiento forma parte de alguna red formal de instituciones?

Si	No
----	----

¿Cuál?.....

¿Existe un abordaje territorial, en términos de cercanía de la atención al domicilio de la persona?

Si	No
----	----

¿Existe trabajo de promoción y restitución de lazos sociales?

Si	No
----	----

-Contacto con personas significativas

Si	No
----	----

-Participación de las mismas así como de los propios usuarios en la integración social definitiva

Si	No
----	----

La institución incluye:

• Consultas ambulatorias	Si	No
• Internación en establecimiento	Si	No
• Internación domiciliaria	Si	No
• Consultorios externos	Si	No
• Atención Domiciliaria	Si	No
• Centro de día (u hospital de día)	Si	No
• Acompañamiento	Si	No
• Guardia activa	Si	No
• Guardia pasiva	Si	No
• Prestaciones para la inserción social post alta	Si	No
• Seguimiento y continuidad de cuidados post alta	Si	No
• Contacto con la familia	Si	No

Periodicidad del contacto.....

• Apoyo a usuarios, familiares y grupos comunitarios:

a) durante la internación Si No ¿Cuál?.....

b) después del alta Si No

¿Cuál?.....

• Promoción del asociacionismo con familiares y usuarios:	Si	No
---	----	----

USO OFICIAL

Maria Graciela Iglesias
Secretaria Ejecutiva del
Órgano de Revisión
Ley 26.657

- Prestaciones de Promoción y Prevención de la Salud: Si No
 ¿Cuáles?

- Promoción de acciones de inclusión habitacional:
 a) independiente Si No
 b) dispositivos intermedios para vivienda, con diferentes grados de apoyo.
 Si No
- Promoción y Acciones de inclusión laboral:
 a) Independiente Si No
 b) Dispositivos intermedios para trabajo Si No
 c) Contacto con ámbito laboral de los usuarios Si No
- ¿Los usuarios del establecimiento realizan algún tipo de trabajo? Si No
 ¿Dónde?.....
- ¿Reciben justa compensación por estas tareas? Si No
- ¿Realiza el equipo tratante acciones para la externación de las personas?
 Si No
 ¿Cuáles?.....
- En los casos externados, ¿participa el equipo tratante en la continuidad de cuidados post alta? Si
- ¿Cómo?.....
 No ¿Porqué?.....

Proceso de adecuación

- ¿Conoce el Plan Nacional de Salud Mental? Si No
- ¿Usted o algún miembro de esta institución ha participado en su elaboración?
 Si No
- ¿Qué opina sobre el mismo?

- ¿Considera que la institución se encuentra en proceso de adaptación/adecuación a la Ley Nacional de Salud Mental 26.657?
 Si ¿cómo?.....
 No ¿por qué?.....
- Desde la sanción de la Ley a la fecha ¿existió reducción de camas de internación?
 Si No
 ¿Cuántas?.....



Órgano de Revisión Ley 26.657

¿Existe una descentralización presupuestaria hacia dispositivos y prestaciones comunitarias? Si No

¿Existe descentralización de recurso humano hacia dispositivos y prestaciones comunitarias? Si No

¿Existe descentralización de insumos hacia dispositivos y prestaciones comunitarias?

Si No

Según su opinión ¿Qué obstáculos existen para la adecuación del establecimiento a los lineamientos propuestos en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657?

.....
.....
.....

Condiciones estructurales

Número total de camas habilitadas.....

Número de camas ocupadas al momento de la visita.....

Cantidad de pisos:.....

¿Tiene ascensores? Sí ☐ ¿Cuántos?.....

No ☐

Habitaciones:

¿Cuántas habitaciones hay?

¿Tienen baño interno? Sí ☐ No ☐

¿Cuántas?.....

¿Cuántas camas hay por habitación?

¿Cómo es la disposición de las mismas?

¿Tienen placares? Sí ☐ No ☐

¿Cuántos?.....

¿Son individuales? Sí ☐ No ☐

¿Tienen candado o llave? Sí ☐ No ☐

¿Hay mesitas de luz? Sí ☐ No ☐

¿Tienen ropa de cama? Sí ☐ No ☐

USO OFICIAL

María Graciela Iglesias
Secretaría Ejecutiva del
Órgano de Revisión
Ley 26.657

¿En qué condiciones se encuentra?
¿Quiénes utilizan la cocina?

Sanitarios:

Número de baños:.....

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Tienen agua caliente? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Presentan condiciones de privacidad? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Existen baños para personas con movilidad reducida? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Tienen espejos? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Existen duchas? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Las duchas, ¿tienen condiciones de privacidad? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Otros ambientes:

- | | | |
|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Hay sala de observación? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Hay sala de contención? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Hay sala de aislamiento? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Medidas de seguridad:

¿Cuentan con medidas de seguridad tales como?:

- | | | |
|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Matafuegos | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Alarmas | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Sensores de humo | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Colchones ignífugos | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Personal de vigilancia | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Cámaras de vigilancia | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |



Órgano de Revisión Ley 26.657

Entrevista con el usuario

Nombre y Apellido:.....
Inexistencia de Datos.....

Edad:.....Género: Femenino ☐ Masculino ☐ Otro ☐

Lugar de nacimiento:.....

Nacionalidad:.....

Estado civil: Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ En concubinato ☐

Domicilio:.....

Obra social:.....

¿Tiene DNI? Sí ☐ No ☐

¿Lo tiene en su poder? Sí ☐ No ☐

Nivel Educativo: Analfabeto ☐

Primario: Completo ☐ Incompleto ☐

Secundario: Completo ☐ Incompleto ☐

Universitario: Completo ☐ Incompleto ☐

Posgrado: Completo ☐ Incompleto ☐

Ocupación:.....

Antecedentes laborales:.....

.....

Grupo conviviente:

Nombre	Vínculo	Edad	Ocupación	Nivel educativo

Familia:

Nombre	Vínculo	Edad	Ocupación	Nivel educativo	¿Vive?

USO OFICIAL

María Graciela Gasias
Secretaría Ejecutiva del
Órgano de Revisión
Ley 26.657

Referentes vinculares:

Nombre	Vínculo	Edad	Ocupación	Nivel educativo

¿Desde hace cuánto está internado?

.....
¿Por qué está internado?
.....

Su internación es: Voluntaria ☐ Involuntaria ☐ Desconoce ☐

¿Firmó un consentimiento por escrito de su internación? Sí ☐ No ☐ No sabe ☐

¿Le explicaron qué era lo que firmó y qué valor tiene? Sí ☐ No ☐

¿Hubo actualizaciones del consentimiento informado? Sí ☐ No ☐

Cuando ingresó, ¿le dijeron por qué lo internaban? Sí ☐ No ☐

¿Coincidía con lo que usted pensaba? Sí ☐ No ☐

¿Tuvo algún malestar similar previo? Sí ☐ No ☐

¿Tuvo alguna internación anterior por causa similar? Sí ☐ No ☐

¿Presenta antecedentes familiares similares? Sí ☐ No ☐

¿Cuáles?.....

¿Le preguntaron a quién le quería avisar de su internación? Sí ☐ No ☐

¿Cómo está compuesto su equipo tratante?.....
¿Cómo es la relación con su equipo
tratante?.....

¿Se siente conforme/a gusto con su equipo tratante? Sí ☐ No ☐

¿Con qué frecuencia la/ lo atienden?.....

¿Le explicaron cómo sería el tratamiento? Sí ☐ No ☐

¿Cómo?.....

¿Le dijeron cuanto tiempo duraría? Sí ☐ No ☐

¿Cuánto?.....

¿Le explicaron qué actividades realizaría? Sí ☐ No ☐

¿Cuáles?.....

¿Le informaron sobre sus derechos? Sí ☐ No ☐

¿Cuáles?.....



Órgano de Revisión Ley 26.657

En caso de internación involuntaria,

¿Le informaron sobre su derecho a tener un abogado defensor?

Sí ☐ No ☐

¿Lo tiene?

Sí ☐ No ☐

¿Lo visita?

Sí ☐ No ☐

¿Con qué frecuencia?.....

En caso de internación voluntaria,

¿Sabe que puede irse de la institución si lo desea?

Sí ☐ No ☐

¿Cómo es su vínculo con enfermería?.....

¿Qué tratamientos realiza actualmente?.....

¿Ha participado en el armado de su tratamiento?

Sí ☐ No ☐

¿Por qué?.....

¿Toma medicación?

Sí ☐ No ☐

¿Conoce que medicación toma?

Sí ☐ No ☐

¿Cuál?.....

¿Conoce qué efectos tiene?

Sí ☐ No ☐

¿Conoce si tiene efectos colaterales?

Sí ☐ No ☐

¿Prestó consentimiento para que se la administren?

Sí ☐ No ☐

¿La toma sólo?

Sí ☐ No ☐

¿Le propusieron participar en protocolos de investigación?

Sí ☐ No ☐

¿Cuál?.....

¿Recibió asistencia/ayuda espiritual/religiosa?

Sí ☐ No ☐

¿Por qué?.....

¿Recibió malos tratos?

Sí ☐ No ☐

¿Cuáles?.....

¿Sintió malestar en algún momento?

Sí ☐ No ☐

¿Por qué?.....

¿Se sintió discriminado?

Sí ☐ No ☐

¿Por qué?.....

¿Estuvo atado?

Sí ☐ No ☐

¿Cuántas veces?.....

¿Fue castigado?

Sí ☐ No ☐

¿Por qué motivos?.....

¿Cómo?.....

¿Estuvo aislado?

Sí ☐ No ☐

USO OFICIAL

Marta Graciela Iglesias
Secretaría Ejecutiva del
Órgano de Revisión
Ley 26.657

¿Cuántas veces?.....

¿Recibe visitas? Sí ☐ No☐

¿Con que frecuencia? Diaria☐ Semanal ☐ Mensual☐ Otros☐

¿Quién lo visita?.....

¿Hay restricciones de las personas que pueden visitarlo? Sí ☐ No☐

¿Cuáles?

¿Existen días y horarios de visitas? Sí ☐ No☐

¿Los conoce? Sí ☐ No☐

¿Cuáles son?.....

En algún momento, ¿le prohibieron recibir vistas? Sí ☐ No☐

¿Cuándo?.....

¿Por qué?.....

¿Puede usar el teléfono? Sí ☐ No☐

¿Por cuánto tiempo?

¿Con que frecuencia?.....

¿Cuántas veces?.....

¿Con quién puede hablar?.....

¿Hay alguien con quien no pueda hablar? Sí ☐ No☐

¿Por qué?

En algún momento, ¿le prohibieron usar el teléfono? Sí ☐ No☐

¿Cuándo?.....

¿Por qué?.....

¿Pueden tener celular? Sí ☐ No☐

¿Tiene acceso a Internet? Sí ☐ No☐

¿Por cuánto tiempo?

¿Con que frecuencia?.....

¿Cuántas veces?.....

En algún momento, ¿le prohibieron usar Internet? Sí ☐ No☐

¿Cuándo?.....

¿Por qué?.....

¿Puede salir de la institución? Sí ☐ No☐ No sabe ☐

Para salir de la institución, ¿necesita permiso? Sí ☐ No☐ No sabe ☐

¿Puede salir todas las veces que quiere? Sí ☐ No☐

¿Tiene que respetar días y horarios? Sí ☐ No☐

¿Cuánto tiempo después del ingreso pudo empezar a salir?

¿A dónde sale?.....

¿A dónde le gustaría ir?

¿Cómo se siente saliendo?



Órgano de Revisión Ley 26.657

¿Cómo es su día en la institución? (Desde que se levanta hasta que se va a dormir).....

¿Cómo es el vínculo con los compañeros de internación?.....

¿Tiene algún hobby? Sí ☐ No ☐

¿Tiene algún oficio? Sí ☐ No ☐

¿Lo ha podido desarrollar en la internación? Sí ☐ No ☐

¿Ha podido ir a algún lugar a desarrollarlo estando internado? Sí ☐ No ☐

¿Ha trabajado en la institución durante la internación? Sí ☐ No ☐

¿En qué actividad?.....

¿Le han pagado por el trabajo? Sí ☐ No ☐

¿Cuánto?.....

¿Tiene un proyecto de vida? Sí ☐ No ☐

¿Cuál?.....

Si pudiera cambiar o pedir algo con respecto a su internación, ¿qué sería?.....

Observación

Ambientes

¿Tienen ventana? Sí ☐ No ☐

¿Tienen puerta? Sí ☐ No ☐

¿Tienen calefacción? Sí ☐ No ☐

¿Tienen ventilación artificial? Sí ☐ No ☐

¿Presentan humedad? Sí ☐ No ☐

¿Presentan filtraciones? Sí ☐ No ☐

¿Presentan rupturas? Sí ☐ No ☐

¿Tienen rejas? Sí ☐ No ☐

¿Hay circulación abierta de personas? Sí ☐ No ☐

¿Los accesos están con llave o llavín? Sí ☐ No ☐

¿Hay accesibilidad para personas con movilidad reducida? Sí ☐ No ☐

¿Hay espacios recreativos? Sí ☐ No ☐

¿Hay salones de usos múltiples? Sí ☐ No ☐

USO OFICIAL

Maria Graciela Iglesias
Secretaría Ejecutiva del
Órgano de Revisión
Ley 26.657

Cocina

Condiciones de almacenamiento y preservación de alimentos (incluye vencimientos)

Muy buenas ☐ Buenas ☐ Malas ☐

Condiciones de higiene

Muy buenas ☐ Buenas ☐ Malas ☐

Farmacia

Condiciones de almacenamiento y preservación de medicación

Muy buenas ☐ Buenas ☐ Malas ☐

Identificación de medicación vencida Sí ☐ No ☐

 Cantidad por unidades identificadas:

¿Tienen medicación genérica? Sí ☐ No ☐

¿Cuentan con medicación no psiquiátrica? Sí ☐ No ☐

Historias clínicas:

- Datos de filiación (DNI, fecha de nacimiento, domicilio, teléfonos)
- Fecha de ingreso
- Motivo de internación
- Consentimiento informado
- Permisos de salida
- Certificado de discapacidad
- Pensión asistencial

 Cobra solo o acompañado, ¿por quién?

 ¿Qué hacen con el dinero?, ¿lo conserva o se lo administran?

-Familia y/o vínculos

 Datos

 Contacto con el usuario (visitas, contacto telefónico),

 Entrevista con profesionales

- Modalidad de tratamiento: tipos de prestaciones que se realizan
- Diagnóstico (especificar si se enmarca en alguna clasificación diagnóstica)



Órgano de Revisión Ley 26.657

- Medicación: plan de medicación y administración de medicación extra (motivos y vías de administración)
- Uso de medidas restrictivas. Indicaciones, protocolos, consentimientos.
- Reinternaciones
- Enfermedades intercurrentes
- Interconsultas médicas
- Implementación de Historia clínica integrada
- Registro de los objetivos de las estrategias terapéuticas inmediatos, a mediano y a largo plazo.

Situación jurídica

- Datos filiatorios
- DNI
- Pasaporte
- Inexistencia de Datos

¿Se encuentra bajo proceso judicial?

- Internación voluntaria
- Internación involuntaria
- Determinación de capacidad jurídica.
- Proceso de restricción a la capacidad jurídica
- Revisión de la sentencia de incapacidad o inhabilitación
- Guarda de Persona
- Otros procesos como parte actora o demandada.-
- Apoyos formales e informales
- Régimen de comunicación filial
- Procesos de alimentos por las tres fuentes de derechos. Conyugal, parentesco y/o filial.-
- Se cumple con los ppios de accesibilidad, eliminación de barreras, no discriminación, igualdad de trato?
- Se articula lo modos y medios de comunicación alternativa ,aumentativa ,dialogo a través de los distintos lenguajes
- Se armoniza la practica con la CDPD ley 26378 Ley Nacional de Salud Mental y CCyCN, sancionado por ley 26694

Intervención de Juzgado y secretaría

- Defensor técnico (releva si el usuario en el marco de una internación involuntaria fue informado de su derecho a designar un defensor)
- Asesores

USO OFICIAL

Maria Graciela Iglesias
Secretaria Ejecutiva del
Órgano de Revisión
Ley 26.657

- Curadores
- Comunicación de la internación involuntaria .- art. 21 ley 26.657
- Juez
- Defensor
- Órgano de Revisión

Consentimiento informado

art. (Procedimiento de acuerdo al art 5 de la ley 26.529 .ref por la ley 26.742 y 16 ley 26.657, art. 11 21 ppios de Naciones Unidas para la protección del enfermo mental Re. 46/119, 17 diciembre de 1991. Asamblea General de Naciones Unidas)

- Proceso de consentimiento
- Declaración de voluntad suficiente efectuada por el usuario o por sus representantes legales según el caso.
- Relevar si recibió información clara, precisa y adecuada respecto de:
 - a) El estado de salud
 - b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos
 - c) Los beneficio esperados del procedimiento
 - d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles
 - e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto
 - f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados
 - g) Modalidad
 - h) Tiempo
 - i) Revisión
 - j) Relevar si el usuario fue informado respecto de la modalidad de tratamiento y medicación suministrada

Directivas anticipadas

- Ante quien la dictó
- Inscripción

Comunicación de internaciones y remisión de informes periódicos a los Juzgados intervinientes

- Cumplimento de plazos / fechas.
- Contenido de los informes (chequear contenido suficiente; interdisciplinario; si constituyen nuevas evaluaciones o solo son reiteraciones casi textuales de informes anteriores).

Comunicación al juzgado interviniente de restricciones dispuestas por la



Órgano de Revisión Ley 26.657

- Derecho de comunicación (art. 14)
- Contacto con familiares, amigos y/o allegados.
- Acceso a medios de comunicación, teléfono, Internet, otros.

Comunicación al juzgado interviniente de derivaciones (art. 30)

USO OFICIAL

[Firma manuscrita]
María Gabriela Iglesias
Secretaría Ejecutiva del
Órgano de Revisión
Ley 26.657



Órgano de Revisión Ley 26.657

Anexo – Perspectiva de género.

El Equipo tratante tiene formación en temáticas de género?

¿Se realizan capacitaciones específicas en temáticas de género? ¿Cuáles son sus ejes temáticos?

¿Se realizan capacitaciones sobre la Ley 26.485 ("Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales")?

¿Se realizan capacitaciones sobre el alcance del deber de denunciar y del secreto profesional en casos de violencia de género?

¿Atención especializada a víctimas de violencia de género?

¿Se informa y asesora a las mujeres que sufrieron violencia de género respecto de los derechos que les asisten?

¿En qué consiste el asesoramiento?

¿Se realizan capacitaciones sobre el alcance del deber de denunciar y del secreto profesional en casos de violencia de género?

¿Atención especializada a víctimas de violencia de género?

¿Se informa y asesora a las mujeres que sufrieron violencia de género respecto de los derechos que les asisten?

¿En qué consiste el asesoramiento?

¿Se aplican Protocolos de actuación para el abordaje de los supuestos de aborto no punibles contemplados en el artículo 86 del Código Penal?

¿Hubo antecedentes en la institución?

¿Por qué causal? Salud física ☐ salud psíquica ☐ violación ☐

No ¿por qué? ...

¿Se reconocen los derechos consagrados en la ley N° 26.743 ("Ley de Identidad de Género")?

¿Se respeta el derecho a la identidad de género auto-percibida en el trato

DSO OFICIAL

Maria Graciela Iglesias
Secretaría Ejecutiva del
Órgano de Revisión
Ley 26.657

María Graciela Iglesias
Secretaría Ejecutiva del
Órgano de Previsión
Ley 26.637