



Órgano de Revisión Ley 26.657

RESOLUCIÓN S.E. N° OG /2015.

Buenos Aires, 12 de Mayo 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

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 seno del Órgano de Revisión se puso a consideración la necesidad de formular recomendaciones a la Autoridad de Aplicación a los fines de que sean incorporadas en la “*Guía Básica. Criterios y Sugerencias para la adecuación y el desarrollo de la Red de Servicios de Salud Mental*”, del año 2014, en el entendimiento de que tales aportes coadyuvarían a la mejor implementación de los principios rectores de la Ley Nacional de Salud Mental.

Que habiéndose recibido las observaciones que formularon algunos de los representantes al texto de dicha Guía, en la Sesión de fecha 09 de Marzo del corriente año se acordó que la Secretaría Ejecutiva elaborara un documento único comprensivo de dichas recomendaciones.

Que, en consecuencia, corresponde aprobar el documento encomendado a esta Secretaría y protocolizar su texto 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 normas cdtes.,

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

RESUELVE:

I.- TENER POR APROBADAS las Recomendaciones del Órgano de Revisión Nacional para la revisión de la "Guía Básica. Criterios y Sugerencias para la adecuación y el desarrollo de la Red de Servicios de Salud Mental" (año 2014), que como **ANEXO**, forma parte integral de la presente resolución.

II.- NOTIFICAR el contenido de esta Resolución al Sr. Ministro de Salud de la Nación y a la Dirección Nacional de Salud Mental, y **COMUNICAR** lo resuelto a los demás representantes ante el Órgano de Revisión y demás autoridades correspondientes a los fines de su conocimiento.

Protocolícese, registrese y oportunamente archívese.

María Graciela Iglesias
Secretaria Ejecutiva del
Órgano de Revisión
Ley 26.657



Órgano de Revisión Ley 26.657

ANEXO RESOLUCIÓN S.E. 06 /2015

RECOMENDACIONES DEL ÓRGANO DE REVISIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL A LA “GUÍA BÁSICA, CRITERIOS Y SUGERENCIAS PARA LA ADECUACIÓN Y EL DESARROLLO DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL”

I. INTRODUCCIÓN

En virtud a lo previsto en el art. 40 inc. h) de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, en cuanto prevé entre las funciones del Órgano de Revisión de Salud Mental “*realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación*”, presentamos ante la Dirección de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, los principales aportes a la “Guía Básica, Criterios y Sugerencias para la Adecuación y el Desarrollo de la Red de Servicios de Salud Mental” (del año 2014), considerados por el plenario del Órgano de Revisión de Salud Mental.

En efecto, el presente documento acerca a la autoridad de aplicación los aportes que fueron elaborados por los distintos integrantes del citado Órgano a fin de que sean tenidos en cuenta para su incorporación en la Guía Básica.

II. RECOMENDACIONES DEL ÓRGANO DE REVISIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL

A continuación se detallarán las recomendaciones, las cuales se encuentran clasificadas en diferentes temáticas para una mayor claridad:

La Ley Nacional de Salud Mental supone el desafío de suprimir tanto las estructuras como las prácticas manicomiales y sustituirlas por un modo de intervención que se centre en la promoción de la autonomía de la persona usuaria y en su inclusión social. En ese sentido, se

USO OFICIAL

advierte que la mera transformación de las instituciones de carácter monovalente no sería suficiente para dar cumplimiento al mandato legal.

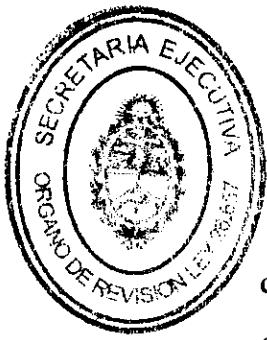
Se considera, por el contrario, que el núcleo central de los procesos de sustitución debiera situarse en la identificación de las necesidades de las personas usuarias de los servicios, al margen de las estructuras institucionales clásicas o los requerimientos que éstas pudieran efectuar para adecuarse. En definitiva, lo que se pretende es priorizar a la persona humana dotada de los derechos que la ley reconoce y que resultan inherentes a su condición como guía ineludible para todas las medidas que se proyecte adoptar.

En su aspecto práctico, se ha podido advertir el rol clave y efectivo de la Autoridad de Aplicación en el diseño y promoción de pautas operativas en las distintas jurisdicciones. El trabajo en ese sentido configura una mirada federal sobre la salud mental que merece ser adecuadamente valorado.

Ahora bien, en un contexto en el cual se han puesto en debate muchos procesos de adecuación y la discordancia de algunos de ellos con los criterios legales, es preciso profundizar el impacto de la tarea desarrollada en la promoción de directrices concretas que materialicen la implementación de la LNSM y, a su vez, se erijan como límites objetivos a la realización de inversiones financieras contrarias a la ley y, en su lugar, direccionar esos fondos hacia la creación y fortalecimiento de efectores en el sentido que aquella indica.

Aún en aquellas jurisdicciones que manifiestan intenciones de avanzar progresivamente en una respuesta sanitaria adecuada a la LNSM, se estima conveniente readecuar algunas definiciones de la Guía a fin de que no sean desvirtuadas y/o utilizadas de manera funcional para justificar proyectos de inversión en instituciones psiquiátricas monovalentes bajo el argumento de la transformación y adecuación, y que mediante algunos cambios superficiales, persiguen la preservación del modelo manicomial.

La Guía podría perfeccionar algunas pautas que se centren en: La transformación de prácticas con el foco puesto en la promoción de la autonomía de la persona usuaria; la elaboración de un plan presupuestario que permita trasferir progresivamente recursos económicos del monovalente a dispositivos comunitarios; como corolario del punto anterior, la creación y el fortalecimiento de los dispositivos comunitarios con pautas de funcionamiento adecuadas a la ley; la articulación de los procesos de externación con programas



Órgano de Revisión Ley 26.657

que garanticen acceso a una vivienda adecuada e inclusión socio- laboral; la definición del lugar de usuarios/ as y familiares en cada proceso.

II. A) SUSTITUCIÓN DEFINITIVA DE INSTITUCIONES MONOVALENTES:

La Ley 26.657 prevé que los dispositivos manicomiales existentes deben adaptarse a los objetivos y principios expuestos en la ley hasta su sustitución definitiva que- por aplicación del decreto n° 603/13 deberá indefectiblemente cumplir el plazo del año 2020, de acuerdo al consenso de Panamá adoptado por la Conferencia Regional de Salud Mental convocada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) - Organización Mundial de la Salud (OMS) “*20 años de la Declaración de Caracas*”, Ciudad de Panamá, 8 de octubre de 2010.

La norma nacional establece además que la Autoridad de Aplicación en conjunto con las jurisdicciones deberá desarrollar - para cada dispositivo- un plan de adecuación y sustitución por dispositivos comunitarios con plazos y metas establecidas.

Por su parte el Plan Nacional de Salud Mental además de incluir en el punto 9.2.3, objetivo 3, “*cerrar de manera programada, gradual y definitiva la admisión para las internaciones en las instituciones monovalentes*”, dispone en el punto 9.2.6 como objetivo n° 6 “*promover la redistribución de los recursos humanos y financieros asignados a unidades monovalentes*”.

Sin embargo, la Guía Básica no incluye pautas específicas de sustitución y cierre de las instituciones monovalentes, ni respecto del cierre programado de las admisiones, aspectos que se observan como centrales para una adecuada interpretación y puesta en marcha del reemplazo progresivo del modelo que la legislación dispone.

La sustitución de las instituciones monovalentes y el modelo asilar por un modelo social centrado en la comunidad, requiere de modificaciones que trasciendan no sólo a los espacios

USO OFICIAL

físicos sino a los modos de intervención y a la lógica de las prácticas que se despliegan.

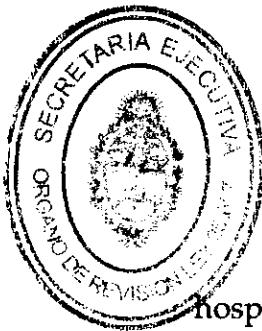
Al respecto, se observa que la Guía no contempla criterios vinculados a los modos de intervención adecuados a la LNSM que deben tener los dispositivos comunitarios ni directrices relativas a la dotación y formación de los recursos humanos.

Se recomienda que los criterios rectores para llevar adelante la etapa de adecuación, sean las necesidades socio-económicas y los determinantes de la salud, para lo cual deberían relevarse dichas necesidades.

Asimismo, se estima que el proceso de adecuación tiene que ser simultáneo. Es decir, hay que reconvertir cada estructura simultáneamente, llevando adelante acciones que permitan paulatinamente llegar al cierre de los hospitales monovalentes, mientras que se van abriendo salas y/o servicios de atención e internación en los hospitales generales, así como dispositivos intermedios en la comunidad.

A tal efecto, resulta fundamental que los avances puedan medirse con indicadores concretos, cuantificables, y construidos de modo tal que reflejen la modalidad de abordaje comunitario que nos plantea la Ley N° 26.657. Ello se traduce operativamente en la utilización de los siguientes indicadores:

- Indicadores de apertura de servicios de atención, tratamiento e internación en hospitales generales (número de camas existentes destinadas a internaciones de personas con padecimiento mental, número de usuarios que realizan tratamiento de su padecimiento mental por consultorios externos);
- Indicadores de satisfacción de familiares y usuarios internados y externados;
- Indicadores de descentralización del presupuesto de las instituciones monovalentes hacia los servicios generales y comunitarios (número y detalle cada uno de los dispositivos comunitarios funcionando; número de recursos humanos trasladados del hospital monovalente hacia la red de servicios en la comunidad);
- Indicadores de desconcentración de los psicofármacos en los hospitales monovalentes (número de psicofármacos distribuidos a cada zona sanitaria);
- Indicadores de desarrollo de procesos de formación y capacitación de los trabajadores de salud mental en la comunidad (número de residencias para capacitación que se han cerrado en los hospitales monovalentes; número de residentes realizando su formación y capacitación en los centros de salud, en



Órgano de Revisión Ley 26.657

hospitales generales, en dispositivos sociales; número de hospitales generales contactados y recursos humanos capacitados para la realización de internaciones de personas con padecimiento mental en esos dispositivos, etc);

- indicadores de inclusión de usuarios y familiares en forma activa en las estrategias terapéuticas y como parte de los equipos de salud mental de los hospitales generales -además de su inclusión en el resto de la red de servicios (número de familiares y/o usuarios que se encuentren siendo parte de los equipos de salud trabajando contratados en los hospitales generales);
- indicadores de reuniones de organizaciones de familiares y usuarios activos llevadas adelante en los hospitales generales (número de asociaciones de familiares y usuarios funcionando en los hospitales generales);
- Indicadores de inclusión laboral (número de emprendimientos productivos funcionando por fuera de los hospitales monovalentes y de cualquier tipo de institución dependiente económicamente de los mismos).

USO OFICIAL

En cuanto a los criterios de Adecuación del Sistema, deberían preverse los siguientes indicadores:

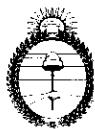
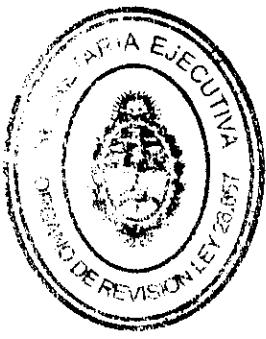
- Indicadores de apertura de servicios de atención, tratamiento e internación en hospitales generales (número de camas existentes destinadas a internaciones de personas con padecimiento mental, número de usuarios que realizan tratamiento de su padecimiento mental por consultorios externos);
- Indicadores de satisfacción de familiares y usuarios internados y externados;
- Indicadores de descentralización del presupuesto de las instituciones monovalentes hacia los servicios generales y comunitarios (número y detalle cada uno de los dispositivos comunitarios funcionando; número de recursos humanos trasladados del hospital monovalente hacia la red de servicios en la comunidad);
- Indicadores de desconcentración de los psicofármacos en los hospitales monovalentes (número de psicofármacos distribuidos a cada zona sanitaria);
- Indicadores de desarrollo de procesos de formación y capacitación de los trabajadores de salud mental en la comunidad (número de residencias para capacitación que se han cerrado en los hospitales monovalentes; número

- de residentes realizando su formación y capacitación en los centros de salud, en hospitales generales, en dispositivos sociales; número de hospitales generales contactados y recursos humanos capacitados para la realización de internaciones de personas con padecimiento mental en esos dispositivos, etc);
- indicadores de inclusión de usuarios y familiares en forma activa en las estrategias terapéuticas y como parte de los equipos de salud mental de los hospitales generales –además de su inclusión en el resto de la red de servicios (número de familiares y/o usuarios que se encuentren siendo parte de los equipos de salud trabajando contratados en los hospitales generales);
 - indicadores de reuniones de organizaciones de familiares y usuarios activos llevadas adelante en los hospitales generales (número de asociaciones de familiares y usuarios funcionando en los hospitales generales);
 - Indicadores de inclusión laboral (número de emprendimientos productivos funcionando por fuera de los hospitales monovalentes y de cualquier tipo de institución dependiente económicamente de los mismos).

II. B) NECESARIA CAPACITACION DE LOS RECURSOS HUMANOS:

Si bien dentro de los “*componentes estratégicos para la adecuación de los hospitales monovalentes a la red de servicios de salud mental*” la Guía se refiere a la capacitación en la dimensión de administración y gestión de recursos humanos, habilita el rol central de las instituciones monovalentes en este aspecto. Un cambio de prácticas requiere, justamente, que los recursos humanos provenientes del monovalente puedan acceder a una capacitación profunda sobre el paradigma que marca la LNSM.

En cuanto a la capacitación de los recursos humanos, la guía básica podría contemplar, por un lado, indicadores cuantificables de formación y capacitación de los RRHH y, por otro lado, los criterios vinculados a los modos de intervención adecuados a la Ley Nacional de Salud Mental, a los fines de la dotación y formación de los RRHH.



Órgano de Revisión Ley 26.657

II. C) EXTERNACIÓN SUSTENTABLE:

El Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental, estima necesario que se establezcan indicadores en relación a las externaciones con respecto al acceso a una vivienda adecuada, para lo cual podría articularse un programa de acción con el Ministerio responsable de esta problemática social.

II. D) INCLUSIÓN LABORAL DE LAS PERSONAS USUARIAS:

Entre los "*centros de salud mental ambulatorios*" enumerados en el "*eje de desarrollo*", se asimila lo socio-productivo a un dispositivo de salud más. Consideramos que la inclusión socio-laboral de las personas usuarias no debe depender ni funcionar exclusivamente bajo la órbita sanitaria, aún cuando la estrategia terapéutica pueda tener el nivel de intervención necesaria en la rehabilitación de capacidades deterioradas o perdidas por los años de institucionalización.

Esto mantiene una zona gris entre la respuesta del sistema de salud y las responsabilidades de otros ámbitos del Ejecutivo. Sin desconocer que los emprendimientos socio-productivos son una alternativa de respuesta para este colectivo, su inclusión socio-laboral debe ser comprendida dentro del cuadro de situación más amplio de problemáticas vinculadas al empleo, con particular atención a las vulnerabilidades agregadas de este grupo y las barreras adicionales que deben enfrentar para incorporarse a un trabajo formal. Para ello, el ámbito de salud no puede ser el único que asuma y centralice las acciones hacia las personas usuarias, sino que los ministerios de trabajo y educación deberían asumir un compromiso concreto.

II.- E) PARTICIPACION E INFORMACIÓN DE LOS USUARIOS Y FAMILIARES:

i) Se observa por un lado que, en los "*componentes estratégicos para la adecuación de hospitales monovalentes*", en la dimensión relativa a "*viabilidad social*", la Guía señala la participación "*interdisciplinaria e intersectorial*" pero no especifica la participación activa de

USO OFICIAL

los mismos usuarios en la generación de planes, proyectos y políticas, sin perjuicio de que se mencione luego, como un elemento periférico integrante del “carácter participativo del modelo de atención comunitaria”.

Es importante establecer una pauta concreta que cree un mecanismo directo y accesible para que los usuarios y sus familiares puedan participar y sus aportes sean escuchados y considerados.

ii) Por otra parte, se recomienda que se prevea que en los instrumentos de consentimiento informado utilizados por las instituciones, se haga saber a los usuarios que en cualquier momento podrán hacer abandono de la internación (art. 18 de la Ley 26.657), sin perjuicio del deber de hacer efectiva esa información en términos asequibles, a cuyo efecto resultan insuficientes los meros formularios pre-impresos.

iii) Finalmente, con el objeto de garantizar el derecho a la información, resultaría de suma utilidad que se inste la efectiva publicación en todas las instituciones del letrero que dispone el art. 7 inc. j) del Decreto PEN 603/13, reglamentario de la Ley N° 26.657.

II. F) DISPOSITIVOS HABITACIONALES EFFECTORES DE SALUD (DHES):

El modelo establecido en la Guía en el “*eje de adecuación*” representa un circuito en el que se prevé un pasaje por distintos tipos de instituciones (vinculadas al sistema de salud), que varían en lo relativo a las características de la población que reciben y en algunas normas de funcionamiento interno.

Dentro de las sugerencias para la elaboración de un proyecto de adecuación se propone, por ejemplo, “*aumentar el número de usuarios alojados en dispositivos habitacionales del ámbito de influencia del hospital psiquiátrico, que dependan administrativamente de éste o no*”.

Se advierte al respecto que dichos dispositivos mientras permanezcan dentro del ámbito de influencia del hospital, son más propios del sistema de institucionalización y no comprenden los elementos que serían necesarios para emprender un verdadero proceso de externación, que trasciende el criterio de reducción del número de camas en los hospitales monovalentes y la habilitación de las mismas en hospitales generales y en otros



Órgano de Revisión Ley 26.657

espacios externos (pero vinculados) al hospital monovalente (dispositivos residenciales), tal como lo señala la Guía.

Además, en la propuesta de pasaje de una institución a otra no se explicita qué entidad coordinaría el pasaje de las personas de un dispositivo a otro y cómo se organizaría jerárquicamente dicha coordinación. Esto podría permitir que la autoridad última la tenga el hospital monovalente y los equipos tratantes vinculados a este y facilitaría que los demás dispositivos terminaran recurriendo al monovalente para centralizar todos los aspectos de intervención, ya sea en salud (incluso en clínica común) ó en otros temas que no hacen a la competencia del sector salud (seguridad social, vivienda, trabajo).

Si bien los "dispositivos habitacionales - efectores de salud", dentro del "eje de desarrollo", facilitan la externación por encontrarse insertos en la comunidad y dirigidos a la inclusión social, se advierte que siguen vinculados al sistema de salud en lo relativo a su financiamiento, administración y gestión diaria.

USO OFICIAL

Se observa así, que la cuestión habitacional debería encontrar una respuesta integral en la posibilidad de acceso a una vivienda adecuada, problemática que no puede ser resuelta solamente por el sistema sanitario, y resulta de vital importancia que sea articulado con el ministerio responsable de esta problemática social.

En lo sustantivo estos dispositivos se plantean como espacios que responden, en general, a las características estáticas de ciertas personas, lo que habilita concebir a la autonomía como una característica de determinadas personas (análisis derivado de la idea de que es el diagnóstico el que determina las condiciones), y no como un proceso continuo de apuntalamiento que puede y debe emprenderse con respecto a todos los usuarios, más allá de la cantidad y tipo de apoyo que necesiten según sus particularidades.

Además éste Órgano de Revisión considera que se debería prever la convivencia de un número reducido de personas, que les permita -a diferencia del ámbito hospitalario- fortalecer un sentido de pertenencia, privacidad y familiaridad del hogar que habiten.

En ese sentido, si bien es cierto que la cantidad de personas es sustancialmente inferior a las cifras de las instituciones monovalentes, es necesario subrayar que un dispositivo habitacional debe ser lo más parecido a una casa. Una casa de medio camino debe ser, simplemente, una vivienda y en tal entendimiento se puede observar que la convivencia de, por ejemplo, treinta (30) personas en un mismo espacio no parece adecuarse a dicha modalidad.

II. G) PROTOCOLO DE CRISIS:

Se observa que la Guía contempla la continuidad de prácticas restrictivas de derechos humanos (como TEC y sujeciones físicas). Lejos de habilitar a restricciones a la movilidad "conveniadas" entre la persona sometida a dicha acción con el equipo tratante, se estima conveniente formular un protocolo de intervención en crisis que respete los estándares internacionales de derechos humanos en el ámbito de la salud.

Es preciso que en lineamientos claros y específicos se establezcan los modos adecuados de operar en situaciones de crisis, cuya regulación para la atención en la urgencia también se adecúe a los estándares de derechos humanos.

A modo de ejemplo, podemos señalar cómo la existencia de "habitaciones individuales" destinadas a "intervenciones terapéuticas específicas", al ser concebida como una estructura de uso excepcional, puede resultar un concepto fácilmente asimilable al de celdas de aislamiento. De este modo se evidencia cómo un Protocolo de Crisis con enfoque en los derechos humanos de los usuarios resulta de especial importancia.

II.- H) CUESTIONES PRESUPUESTARIAS:

En la dimensión presupuestaria de los "*componentes estratégicos para la adecuación de hospitales monovalentes*" es importante precisar con claridad la obligación de cada jurisdicción de elaborar un plan estratégico que redireccione los recursos financieros de los hospitales monovalentes hacia dispositivos centrados en la comunidad.

De esa manera las inversiones de capital permitirían planificar un proceso de transferencia progresiva del monovalente a los



Órgano de Revisión Ley 26.657

dispositivos alternativos. A su vez, dentro de los “costos regulares” será preciso diferenciar la transferencia progresiva del material fungible y los recursos humanos.

Por otra parte, el respaldo presupuestario de los RRHH en un proceso de adecuación, requiere que el plan estratégico contemple su capacitación integral al modelo de la LNSM. La adecuación presupuestaria es uno de los mayores desafíos dada la intervención compleja de capitales que intervienen en la atención sanitaria y las necesidades sociales no satisfechas que deberá cubrir el Estado, de acuerdo a los compromisos de cada cartera ministerial. Por eso es fundamental que se elabore un plan para evaluar dichos capitales, su proporción, origen, etc., y decidir su trasferencia progresiva y estratégica.

Si bien la guía menciona a los tres subsistemas (salud pública, seguridad social y sector privado), se podrían explicitar los lineamientos y límites para la interacción entre ellos, a fin de prevenir que el pasaje de una institución a otra esconda una trasinstitucionalización del sector público al sector privado, financiada con fondos públicos.

II. I) ABORDAJE DE ADICCIONES:

A pesar de que se incluye a las comunidades terapéuticas dentro de las instituciones monovalentes, no se plantea la sustitución de dichos dispositivos. Sería conveniente, además, formular líneas de acción directa para la implementación de la estrategia de reducción de daños.

III.- RECOMENDACIÓN:

En el marco de lo dispuesto en el artículo 40 incs. e) y h), el Órgano de Revisión emite la presente recomendación respecto de la GUÍA BÁSICA PARA LA ADECUACIÓN Y EL DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL a efectos de que las mismas contribuyan al proceso de adecuación y transformación que se viene desarrollando y que esto incida en todos los efectores comprendidos en la red de servicios de

salud mental y a fin de que se garantice el pleno goce de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental, de conformidad con los principios tenidos en consideración por la Ley Nacional de Salud Mental.

