

**Resolución SE N° 14/2015**

**Instrumento de Monitoreo del Órgano de  
Revisión Nacional**

**8 de octubre de 2015**



ÓRGANO DE REVISIÓN  
LEY NACIONAL DE  
SALUD MENTAL 26.657



# PRÓLOGO

---

## **El Órgano de Revisión de Salud Mental: garantía de protección de derechos humanos**

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657— sancionada por unanimidad el 25 de noviembre de 2010— vino a saldar una deuda largamente postergada en materia de salud mental y derechos humanos. La norma, que concibe a la salud mental como resultado de un proceso determinado por múltiples componentes (históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos) garantiza el pleno goce de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental e incluye un tipo de abordaje comunitario con eje en la reinserción social y en el tratamiento en dispositivos comunitarios de atención así como también su inclusión en hospitales generales. Además, concibe a los usuarios/as de los servicios de salud mental en tanto sujeto de derechos cuyo padecimiento no puede ser conside-

Asimismo, el ORN promueve la creación de órganos de revisión locales en cada una de las jurisdicciones del país y colabora para su conformación mediante instancias de intercambio y capacitación. También elabora recomendaciones a la Autoridad de Aplicación, incide en la adecuación de procesos de determinación de la Capacidad Jurídica al Código Civil y Comercial de la Nación.

La Secretaría Ejecutiva del ORN —mediante la cual la Defensoría General de la Nación (DGN) ejerce la presidencia, representación legal y coordinación ejecutiva del Órgano de Revisión— tiene entre sus funciones principales implementar las estrategias políticas, jurídicas e institucionales, presidir y coordinar las reuniones de plenario, y asegurar el funcionamiento permanente del organismo.

La Ley Nacional de Salud Mental, que cuenta con seis años de existencia, ha encontrado no pocos obstáculos para su implementación, a pesar de su plena vigencia. Sin embargo, también durante este período se ha avanzado en varios aspectos tendientes a su efectiva implementación.

Porque, a pesar de las resistencias, hacer cumplir

rado como irreversible ni utilizado como presunción de riesgo de daño o incapacidad

Todo ello configura un cambio de paradigma que implica modificaciones estructurales en el sistema sanitario en general, en la medida en que, además, dispone la sustitución de los hospitales monovalentes por dispositivos de atención comunitaria, la prohibición de crear nuevas instituciones de estas características y la internación por motivos de salud mental en hospitales generales.

En este marco, la Ley 26.657 crea en su artículo 38 al **Órgano de Revisión Nacional (ORN) con el objetivo de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental en todo el territorio nacional**. Entre sus funciones se contemplan las de **monitoreo y promoción** de las instituciones públicas y privadas de salud mental, y la producción de **dictámenes, recomendaciones e informes** que permitan erradicar prácticas reñidas con el paradigma comunitario de atención en salud mental y desarrollar nuevas, con el fin de alcanzar los máximos estándares nacionales e internacionales.

los principios de esta ley es posible en la medida en que ella busca garantizar, ni más ni menos, que las personas con padecimiento mental reciban un tratamiento adecuado que no se contradiga con el respeto de sus derechos humanos y que les permita llevar adelante, en la medida de lo posible, un tratamiento que posibilite el desarrollo personal en el ámbito comunitario.

Para ello, es necesario pensar los servicios desde una perspectiva de derechos y, desde allí, promover la transformación del sistema de salud que exige la Ley Nacional de Salud Mental cuya efectivización requiere una política integrada desde diversos sectores, y el compromiso ineludible y continuo de todos los actores que conforma este complejo campo de intervención.

**Dra. María Graciela Iglesias**

Secretaria Ejecutiva del Órgano  
de Revisión de Salud Mental



# Presentación

---

Mediante la resolución N°14/2015, la Secretaría Ejecutiva del Órgano de Revisión de la Ley Nacional de Salud Mental (ORN) aprobó el “Instrumento de Monitoreo del Órgano de Revisión Nacional (primera versión)” cuya finalidad consiste en orientar sobre las variables a tener en cuenta al momento de la realización de monitoreos en instituciones públicas y privadas de salud mental.

Las funciones de supervisión y monitoreo resultan modulares para el funcionamiento de los órganos de revisión en tanto permiten identificar problemáticas estructurales, realizar diagnósticos y elaborar informes o propuestas a fin de promover prácticas acordes a los estándares nacionales e internacionales y erradicar aquellas que se aparten de ese piso mínimo.

El instrumento está basado en los principios y postulados de la Ley Nacional de Salud Mental, en particular en los derechos de las personas usuarias de servicios de



salud mental y de la modalidad de abordaje respectiva. Sus preguntas están confeccionadas en función de las características y /o la situación que se pretende evaluar.

Asimismo, el cuestionario incluye un apartado para evaluar la inclusión de la perspectiva de género en el

abordaje de las personas usuarias de servicios de salud mental, el cual fue confeccionado con la Oficina de Atención a las Víctimas de Violencia de Género” de la Defensoría General de la Nación (DGN).



# **RESOLUCIÓN S.E. Nº 14/2015**

---





Buenos Aires, 8 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

### 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 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

detrimiento 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 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 con-

feridas por el Decreto PEN N° 603/13 y el Reglamento Interno del Órgano de revisión de Salud Mental - Resolución SE N° 02/13,

LA SECRETARÍA EJECUTIVA DEL ÓRGANO DE REVISIÓN DE SALUD MENTAL

## **RESUELVE**

Aprobar el “Instrumento de Monitoreo del Órgano de Revisión Nacional” (primera versión)” cuyo texto –como Anexo–, forma parte integral de la presente resolución.

Regístrese, hágase saber a sus efectos y, oportunamente, archívese.

## **ANEXO RESOLUCIÓN N° 14/2015 INSTRUMENTO DE MONITOREO Primera versión**

### **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 Nº 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 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.

## 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	

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

- ☐ Sí  
☐ 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 Nacional de Salud Mental?

- ☐ Sí
- ☐ No

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

- ☐ Sí ¿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:

- ☐ Alto
- ☐ Mediano
- ☐ Bajo

¿Lo implementa?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Cómo?.....

### Trabajo interdisciplinario

- ¿Se trabaja en equipo?

- ☐ Sí ¿Cómo? .....
- ☐ No ¿Por qué? .....

¿El Equipo tratante es interdisciplinario?

- ☐ Sí
- ☐ No

Mencionar las disciplinas y cómo se articulan .....  
.....  
.....  
.....

¿Cuál es la disciplina del coordinador del servicio?  
.....

¿Cual es la disciplina del director de la institución? .....  
.....

¿Cuenta con recursos humanos no convencionales? (Incluyendo usuarios y familiares)

- ☐ Sí ¿Cuáles? .....
- ☐ No ¿Por qué? .....

¿Existen reuniones de equipo?

- ☐ Sí ¿Periodicidad?.....
- ☐ No

¿Se elaboran estrategias terapéuticas en forma conjunta?

- ☐ Sí ¿Cómo? .....

- ☐ No

¿Quién/quienes definen la estrategia terapéutica?

¿Se elaboran Informes interdisciplinarios?

- ☐ Sí
- ☐ No

### **Capacitación e investigación**

¿Existen actividades de capacitación?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿De qué tipo?

En servicio .....  
Teóricas.....  
Teórico-prácticas.....



¿Sobre qué temas? .....

¿Con que periodicidad? .....

¿Quiénes son los capacitadores?.....

¿Quiénes son los destinatarios?.....

¿Algún/a usuario/a participa de algún protocolo de investigación u otra prueba o medición?

- ☐ Sí (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?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Cómo?.....

¿Se permite y estimula el acompañamiento permanente?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Se desaconseja la concurrencia de familiares o allegados durante los primeros días de internación?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Por qué?.....

¿Sabe que la interrupción de vínculos se considera iatrogénica desde los nuevos estándares?

- ☐ Sí
- ☐ No

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

- ☐ Sí

☐ No ¿Por qué?.....

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

☐ Sí

☐ No ¿Por qué?.....

¿Se brinda información al usuario sobre su tratamiento?

☐ Sí

☐ No

¿De qué manera?.....

¿Considera que el tratamiento implementado es el más conveniente y el menos restrictivo posible?

☐ Sí

☐ No

¿Retienen el DNI de los usuarios?

☐ Sí

☐ No

¿Utiliza Salas de aislamiento/observación?

☐ Sí

☐ No

¿Utiliza custodia policial?

☐ Sí

☐ No

Considera que el tratamiento es

¿Accesible?

☐ Sí

☐ No

¿Equitativo?

☐ Sí

☐ No

¿Universal?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Hay restricciones en la admisión por diagnósticos?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Qué padecimientos se asisten y cuáles no?.....  
.....

Se instrumentan:

¿Intervenciones Psicosociales?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Cual es?.....

¿Psicoterapia individual?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Psicoterapia familiar?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Psicoterapia grupal?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Psicoeducación?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Revinculación familiar?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Intervenciones farmacológicas?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Desarrollo y fortalecimiento de redes vinculares?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Atención en el domicilio?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Internación domiciliaria?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Inclusión educativa?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Inclusión laboral?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Inclusión habitacional?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Inclusión social?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Inclusión cultural?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Controles clínicos de salud?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Controles de laboratorio?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Controles nutricionales?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Seguimiento / tratamiento de interurrencias?

- ☐ Sí
- ☐ No

En caso de tratamientos de salud previos al ingreso, ¿El establecimiento continúa con la administración del tratamiento?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Quién cubre dichos tratamientos?

- ☐ Familia/usuario directamente
- ☐ Familia/usuario con financiamiento de asegurador (OS / EMP)
- ☐ Establecimiento con financiamiento de asegurador (OS / EMP)

¿Utiliza electroshock?<sup>1</sup>

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Utiliza sujeción física?

- ☐ Sí
- ☐ No

Que tipo de correas utiliza?

- ☐ Cuero
- ☐ Silicona
- ☐ Tela
- ☐ Plásticas
- ☐ Otro

¿Utiliza un Protocolo?

- ☐ Sí
- ☐ No

---

*1 Este documento se confeccionó antes de la aprobación por parte del Plenario del Órgano de Revisión de la Ley de Salud Mental Nº 26.657 sobre electroshock que aconseja su prohibición.*

¿El Plan farmacológico tiene más de un psicofármaco?

- ☐ Sí
- ☐ No

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

- ☐ Sí
- ☐ No

### **Derechos de las personas**

¿El establecimiento ofrece asistencia o auxilio espiritual o religioso?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Los usuarios, familiares y/o abogados que éste designe tienen acceso a sus antecedentes e historia clínica?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Se informa fehacientemente de manera comprensible al usuario de sus derechos y su tratamiento?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Se firma consentimiento informado?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Se actualiza periódicamente el consentimiento informado?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿El usuario puede tomar decisiones sobre su tratamiento?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿El usuario recibe un tratamiento personalizado?

- ☐ Sí
- ☐ No

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

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Firman un consentimiento fehaciente para ello?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Considera que los padecimientos mentales son un estado modificable?

- ☐ Sí
- ☐ No

### Modalidad de abordaje

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

- ☐ Sí
- ☐ No ¿Cuál?.....

¿Existe una división de sectores por diagnóstico?

- ☐ Sí
- ☐ No ¿Cuál?.....

¿Existe una división de sectores según cuidados progresivos?

- ☐ Sí
- ☐ No ¿Cuál?.....

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

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

¿Se desarrollan actividades en la comunidad?

- ☐ Sí
- ☐ No ¿Cuáles?.....

Lugares de realización:.....

Número de personas que participan regularmente:.....

Existen acciones intersectoriales?

☐ Sí

☐ No

¿Cuáles?.....

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

☐ Sí

☐ No

¿Existe articulación permanente en caso de intervención de distintos servicios sobre la persona o su grupo familiar?

☐ Sí

☐ No

### **Trabajo intersectorial**

El establecimiento articula regularmente con:

Centros de salud

☐ Sí

☐ No

Hospitales generales

☐ Sí

☐ No

Hospitales monovalentes

☐ Sí

☐ No

Efectores privados

☐ Sí

☐ No

Dispositivos habitacionales

☐ Sí

☐ No

Dispositivos productivos y/o laborales

☐ Sí

☐ No

Establecimientos educativos



- ☐ Sí
- ☐ No

Clubes

- ☐ Sí
- ☐ No

Organizaciones barriales y/o sociedades de fomento

- ☐ Sí
- ☐ No

Asociaciones de usuarios y/o familiares

- ☐ Sí
- ☐ No

Policía

- ☐ Sí
- ☐ No

Justicia

- ☐ Sí
- ☐ No

Otras

- ☐ Sí

- ☐ No

¿Cuál es?.....

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

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Cuál?.....

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

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Existe trabajo de promoción y restitución de lazos sociales?

- ☐ Sí
- ☐ No

Contacto con personas significativas

- ☐ Sí

☐ No

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

☐ Sí

☐ No

La institución incluye:

Consultas ambulatorias

☐ Sí

☐ No

Internación en establecimiento

☐ Sí

☐ No

Internación domiciliaria

☐ Sí

☐ No

Consultorios externos

☐ Sí

☐ No

Atención Domiciliaria

☐ Sí

☐ No

Centro de día (u hospital de día)

☐ Sí

☐ No

Acompañamiento

☐ Sí

☐ No

Guardia activa

☐ Sí

☐ No

Guardia pasiva

- ☐ Sí
- ☐ No

Prestaciones para la inserción social post alta

- ☐ Sí
- ☐ No

Seguimiento y continuidad de cuidados post alta

- ☐ Sí
- ☐ No

Contacto con la familia

- ☐ Sí
- ☐ No

Periodicidad del contacto.....

Apoyo a usuarios, familiares y grupos comunitarios:

a) durante la internación

- ☐ Sí

- ☐ No ¿Cual?.....

b) después del alta

- ☐ Sí
- ☐ No ¿Cual?.....

Promoción del asociacionismo con familiares y usuarios:

- ☐ Sí
- ☐ No

Prestaciones de promoción y prevención de la salud:

- ☐ Sí
- ☐ No ¿Cuales?.....

Promoción de acciones de inclusión habitacional:

a) independiente

- ☐ Sí
- ☐ No

b) dispositivos intermedios para vivienda, con diferentes grados de apoyo.

- ☐ Sí
- ☐ No

Promoción y Acciones de inclusión laboral:

a) Independiente

- ☐ Sí
- ☐ No

b) Dispositivos intermedios para trabajo

- ☐ Sí
- ☐ No

c) Contacto con ámbito laboral de los usuarios

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Los usuarios del establecimiento realizan algún tipo de trabajo?

- ☐ Sí
- ☐ No ¿Donde?.....

¿Reciben justa compensación por estas tareas?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Realiza el equipo tratante acciones para la externación de las personas?

- ☐ Sí
- ☐ No ¿Cuáles?.....

En los casos externados, ¿participa el equipo tratante en la continuidad de cuidados post alta?

- ☐ Sí ¿Cómo?.....
- ☐ No ¿Por qué?.....

### **Proceso de adecuación**

¿Conoce el Plan Nacional de Salud Mental?

- ☐ Sí

☐ No

¿Usted o algún miembro de esta institución ha participado en su elaboración?

☐ Sí

☐ No

¿Qué opina sobre el mismo?.....

.....

¿Considera que la institución se encuentra en proceso de adaptación/adequación a la Ley Nacional de Salud Mental 26.657?

☐ Sí ¿Cómo?.....

☐ No ¿Por qué?.....

Desde la sanción de la Ley a la fecha ¿existió reducción de camas de internación?

☐ Sí

☐ No

¿Cuántas?.....

¿Existe una descentralización presupuestaria hacia dispositivos y prestaciones comunitarias?

☐ Sí

☐ No

¿Existe descentralización de recurso humano hacia dispositivos y prestaciones comunitarias?

☐ Sí

☐ No

¿Existe descentralización de insumos hacia dispositivos y prestaciones comunitarias?

☐ Sí

☐ No

Según su opinión ¿que 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
- ¿Cuántos?.....

¿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

### Cocina

¿Hay cocina?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿En qué condiciones se encuentra? .....

¿Quiénes utilizan la cocina? .....

### Sanitarios

Número de baños: .....

¿Tienen agua caliente?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Presentan condiciones de privacidad?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Existen baños para personas con movilidad reducida?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Tienen espejos?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Existen duchas?

- ☐ Sí
- ☐ No

Las duchas, ¿tienen condiciones de privacidad?

- ☐ Sí
- ☐ No

### Otros ambientes

¿Hay sala de observación?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Hay sala de contención?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Hay sala de aislamiento?

- ☐ Sí
- ☐ No

### **Medidas de seguridad**

¿Cuentan con medidas de seguridad tales como?:

Matafuegos

- ☐ Sí
- ☐ No

Alarmas

- ☐ Sí
- ☐ No

Sensores de humo

- ☐ Sí
- ☐ No

Colchones ignífugos

- ☐ Sí
- ☐ No

Personal de vigilancia

- ☐ Sí
- ☐ No

Cámaras de vigilancia

- ☐ Sí
- ☐ No

### **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
- ☐ Primario incompleto
- ☐ Secundario completo
- ☐ Secundario incompleto
- ☐ Universitario completo
- ☐ Universitario incompleto
- ☐ Posgrado completo
- ☐ Posgrado incompleto

Ocupación: .....

Antecedentes laborales: .....

Grupo conviviente:

Nombre	
Vínculo	
Edad	
Ocupación	
Nivel Educativo	

Familia:

Nombre	
Vínculo	
Edad	
Ocupación	
Nivel Educativo	
¿Vive?	

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 cuánto tiempo duraría?

☐ Sí

☐ No

¿Cuanto?.....

¿Le explicaron qué actividades realizaría?

☐ Sí

☐ No

¿Cuáles?.....

¿Le informaron sobre sus derechos?

☐ Sí

☐ No

¿Cuáles?.....

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

¿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 qué 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

¿Cuán do?.....

¿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? .....

¿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

### **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

Cobrasolo 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).

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.

152 ter Código Civil

Proceso de insania

Proceso de inhabilitación

Guarda de persona

Otros procesos como parte actora o demandada.-

### **Intervención de Juzgado y secretaría**

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

Asesores

Curadores

Comunicación de la internación involuntaria (Art. 21 Ley

26.657)

Juez

Defensor

Órgano de Revisión

### **Consentimiento informado**

(Procedimiento de acuerdo al art 5 de la ley 26.529 .ref por la ley 26.742 y art. 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 beneficios 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 quién la dictó

Inscripción

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

Cumplimiento 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 institución**

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)**

**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?

ro?

¿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-

percebida en el trato institucional y en los registros del establecimiento?

¿Se garantiza la continuidad de las intervenciones hormonales reguladas por la ley N° 26.743?

Existen una división de sectores según el género de los y las usuarias?

☐ Sí

☐ No

¿Cuál? .....

Oficina de Violencia Doméstica - CSJN

☐ Sí

☐ No

Centros de atención a víctimas de violencia de género o familiar

☐ Sí

☐ No

Otras. Información y prestaciones para la prevención de



enfermedades de transmisión sexual, para la planificación familiar y para el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos

¿Cuáles?.....

¿Las habitaciones están separadas según el género de los y las usuarias?.....

¿Se respeta la identidad de género auto-percibida (ley N° 26.743) en lo que respecta al alojamiento?

¿Hay espacios de recreación para niños y niñas? .....

¿Están debidamente acondicionados para sus necesidades (Ej.: juegos, etc.)?.....

Estado civil:

- ☐ Soltero
- ☐ Casado
- ☐ Viudo
- ☐ Separado
- ☐ Divorciado
- ☐ En convivencia

¿Tiene acceso a “visitas íntimas”? .....

¿Existen espacios acondicionados para ello?.....

¿Recibe información sobre métodos de prevención y anti-conceptivos?.....

¿Tiene acceso a ellos? .....

¿Hay antecedentes de violencia de género en su familia o entorno? .....

¿Sus visitas recibieron algún maltrato?.....

¿Existen canales para presentar reclamos y denuncias en la institución?

¿Hay espacios específicos destinados a mujeres lactantes?

¿Hay lugares acondicionados para “visitas íntimas”?

¿Se cuenta con elementos de higiene íntima y atención sanitaria femenina?