

Acciones y reflexiones del equipo técnico del Órgano de Revisión de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657

Graciela Natella

Médica psiquiatra. Órgano de Revisión Nacional de la ley de salud mental. Ministerio Público de la Defensa. Bme. Mitre 648 7° A. CABA. CP. 1036.

gnatella@mpd.gov.ar

Martina Guerrero

Médica psiquiatra infantojuvenil. Órgano de Revisión Nacional de la ley de salud mental. Ministerio Público de la Defensa. Bme. Mitre 648 7° A. CABA. CP. 1036.

mguerrero@mpd.gov.ar

Mariana Iriart

Licenciada en trabajo social. Órgano de Revisión Nacional de la ley de salud mental. Ministerio Público de la Defensa. Bme. Mitre 648 7° A. CABA. CP. 1036.

miriart@mpd.gov.ar

Leandro Luciani Conde

Licenciado en psicología. Magister en Salud Pública (UBA). Órgano de Revisión Nacional de la ley de salud mental. Ministerio Público de la Defensa. Bme. Mitre 648 7° A. CABA. CP. 1036.

llucianiconde@mpd.gov.ar

Hugo Reales

Médico psiquiatra. Órgano de Revisión Nacional de la ley de salud mental. Ministerio Público de la Defensa. Bme. Mitre 648 7° A. CABA. CP. 1036.

hugorealesalto@gmail.com

Resumen

Se presenta la experiencia desarrollada por el equipo técnico del Órgano de Revisión Nacional de la Ley 26657 (ORN) perteneciente al Ministerio Público de la Defensa.

El objetivo es describir el trabajo realizado desde su constitución, a través de las acciones desarrolladas, tomando como objeto de análisis e intervención el sistema de salud mental actual.

Se identificó que aún persiste un modelo de atención clínico-asistencial transversal al sistema de salud mental caracterizado por: la concepción de la persona usuaria como incapaz, la atención basada en el control sintomático, la formación profesional como obstáculo para alcanzar la inclusión socio comunitaria, el fenómeno de puerta giratoria, entre otros.

Se resignifica el concepto de internación social y se advierte sobre la noción de voluntariedad

condicionada como aspectos a ser revisados de manera de contribuir con la implementación del modelo comunitario de atención en salud mental basado en los actuales estándares.

Si bien se ha detectado la persistencia de un modelo atencional representante de un paradigma asilar transversal a todos los efectores visitados, las situaciones de vulneración de derechos ya no son desestimadas, olvidadas e invisibilizadas, sino que son objeto de acciones y medidas para su denuncia y transformación, propósito primordial del ORN.

Palabras clave: Ley Nacional 26.657 - Derechos humanos- Órgano de Revisión Nacional- Análisis de la atención en Salud Mental.

Summary

An account of the experience carried out by the technical team of the Mental Health Review Body

(National Mental Health Law 26657) belonging to the Federal Public Defender's Office is expounded on.

The current mental health system is considered as a target to be analyzed and to be intervened through different kinds of actions developed by the team.

A health care assistance model that persists across the mental health system was identified. It is characterized by: one conception of the person using mental health services as incapacitated, medical attention based on symptomatic control, a kind of professional training as an obstacle to achieving community-based inclusion, the phenomenon of "revolving door", among others.

A new concept of social internment is proposed and it is warned about the notion of conditioned voluntariness; both aspects have to be revised in order to contribute to the implementation of the community model of mental health care based on present standards.

Although the persistence of health care assistance model representing an asylum paradigm that goes through all the visited health effectors has been detected, situations of violation of rights are no longer dismissed, forgotten and unseen, but they are the focus of actions and measures for their denunciation and transformation, primary purpose of the Mental Health Review Body.

Key words: National Mental Health Law 26657
- Human Rights – Mental Health Review Body -
Analysis of mental health care

I. Introducción

Este artículo tiene el propósito de compartir algunas reflexiones surgidas del accionar cotidiano del equipo técnico interdisciplinario de la Secretaría Ejecutiva del Órgano de Revisión¹ (en adelante ORN) de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (en adelante LNSM), luego de la experiencia adquirida desde su constitución a fines del año 2013.

Se considera oportuno enumerar inicialmente las principales acciones desarrolladas por este equipo, para luego compartir ciertas observaciones que surgen de la tarea.

Si bien dichas acciones son múltiples y variadas tienen como denominador común *el sistema de salud mental como objeto de análisis*, el que resulta también objeto de intervención por parte de esta Secretaría Ejecutiva en su conjunto.

El estado de situación detectado, tanto de personas usuarias evaluadas como de instituciones monitoreadas, es entendido como un analizador del sistema de salud mental vigente ya que, aún con las particularidades y singularidades que estas presentan, se identifica una concordancia entre las concepciones, prácticas y modelos de atención implementados para cada caso y desde cada efector.

En efecto, a través de las acciones que se describen a continuación, ha sido posible identificar avances, resistencias, controversias y modificaciones que, si bien se presentan a través de los efectores y sus equipos tratantes, corresponden a un estado de situación global y una modalidad de abordaje compartida por estos.

II. Descripción de las acciones desarrolladas

1. Evaluación de la situación de personas de diferentes grupos etarios (niños, niñas, adolescentes, adultos y adultos mayores) internadas y/o institucionalizadas en efectores públicos, privados u otros ámbitos no institucionales.

1.1. **Evaluación** individual de la situación de las personas internadas en el marco de la LNSM.

Dicha evaluación forma parte del debido proceso que impacta directamente en el cuidado y la promoción de las personas, cuya permanencia hospitalaria es en la actualidad fiscalizada con el fin de determinar el carácter (voluntario o involuntario).

Las evaluaciones individuales realizadas hasta el momento fueron, por razones operativas y por decisión

del plenario del ORN, asumidas por el equipo técnico de la Secretaría Ejecutiva y por un equipo técnico de la Subsecretaría de Derechos Humanos de la Nación.

1.2. Evaluación de **situaciones de violación de DDHH**, a partir de denuncias realizadas por instituciones, organismos, particulares (art. 40, incs. B y K de la LNSM) y también aquellas detectadas por la Secretaría Ejecutiva.

Se han identificado vulneraciones tales como: personas en situación de aislamiento, personas con sujeciones mecánicas prolongadas sin el acompañamiento adecuado para sostener sus necesidades, personas sobremedicadas, personas internadas que no cuentan con estrategia terapéutica ni con revisión de su plan medicamentoso, entre otras.

En caso que se detecte una situación de vulneración de derechos se constituye como insumo para que se arbitren las medidas correspondientes destinadas a alcanzar el cese de tales vulneraciones, sin desmedro de que en aquellos casos de violaciones flagrantes se arbitren los medios para su interrupción inmediata desde la Secretaría Ejecutiva.

1.3. Evaluación interdisciplinaria en el marco de procesos de **determinación de capacidad jurídica**. Se

evalúa la situación en la que se encuentra la persona y si requiere de apoyo para el desarrollo de su vida plena en sociedad.

1.4. Evaluación de niños internados pertenecientes al grupo etario de 0 a 12 años, **grupo en situación de especial vulnerabilidad**, dado que la internación constituye una medida restrictiva que podría generar un impacto altamente negativo cuanto más temprana sea la edad de la persona.

Los hallazgos registrados en las mencionadas evaluaciones han constituido un insumo para definir la realización de los monitoreos en instituciones psiquiátricas infantojuveniles, hogares de niños y en hospitales pediátricos generales.

2. Monitoreo de instituciones.

Se han evaluado las condiciones de infraestructura tanto en lo referido a lo edilicio como al recurso humano, el relevamiento de la vigencia de los derechos de las personas internadas y la modalidad de tratamiento y abordaje implementados.

Hasta la fecha se han realizado monitoreos en los siguientes efectores: a) Hospitales psiquiátricos y clínicas

psiquiátricas para la atención de adultos, niños y adultos mayores, b) Comunidades terapéuticas, c) Instituciones geriátricas, d) Programas de salud mental en institutos penitenciarios, e) Hogares de niños, niñas y adolescentes, f) Hospitales generales para la atención de niños.

3. Elaboración de instrumentos.

Para la realización de las evaluaciones antes referidas se elaboraron instrumentos de recolección de datos, tomando como referencia el Instrumento de Evaluación de Servicios de Salud Mental-IESM (OMS, 2005) y el Instrumento de Calidad y Derechos Humanos-QUALITY RIGHTS (OMS 2012).

Se ha incluido como referencia el “Manual de Monitoreo de Derechos Humanos en los Centros de Privación de libertad por parte de las Defensorías Públicas” (Asociación Interamericana de Defensorías Públicas, 2014).

a) Instrumentos de recolección de datos para:

- 1) Evaluación interdisciplinaria de las personas usuarias, 2) Realización de los monitoreos institucionales, 3) Evaluación interdisciplinaria en procesos de determinación de capacidad jurídica.

b) Modelos de elaboración de informes para:

- 1) Evaluación interdisciplinaria de las personas usuarias, 2) Monitoreos institucionales.

4. Promoción de la LNSM y de las misiones y funciones del Órgano de Revisión Nacional con alcance a organismos gubernamentales y no gubernamentales en el ámbito nacional e internacional.

Un aspecto que se ha priorizado es la interacción con los referentes de distintas jurisdicciones del país para promover la conformación de los órganos de revisión locales, particularmente en el área de conformación de equipos técnicos. Para ello, se han mantenido intercambios presenciales y no presenciales con varias provincias argentinas para alcanzar este propósito.

Esta tarea ha tenido alcance en ámbitos internacionales dado que este organismo de revisión es el primer órgano específico de control en el ámbito de la salud mental creado hasta el momento en la región de Latinoamérica.

5. Promoción del artículo 28 de la LNSM en hospitales generales de la CABA.

Esta acción nace como propuesta de la Secretaría Ejecutiva con el fin de dar cumplimiento al artículo 28

de la LNSM, como instancia previa a la fase de monitoreo de los hospitales generales.

Se han visitado trece hospitales polivalentes de la CABA, con el objeto de cooperar con las autoridades y el personal institucional con el propósito de promover la internación de salud mental en los servicios generales de salud, tal como suponen los estándares actuales de atención en salud mental.

6. Elaboración de documentos como insumo para la Secretaría Ejecutiva.

a. Documento base para la elaboración de la Resolución SE del ORN N° 17/2014: “Recomendación sobre la supresión del uso de electroshock”. Ante la solicitud de autorización judicial para la realización de esta práctica por parte de efectores, este equipo interviene evaluando la situación de la persona y las alternativas terapéuticas ajustadas al enfoque de derechos.

b. Documento base para la elaboración de la Resolución SE del ORN N° 15/2014: “Muerte en instituciones monovalentes de salud mental”.

c. Documento sobre sujeción física / mecánica.

Consideraciones sobre esta práctica desde una perspectiva de derechos. Ante la detección de personas que han sido sometidas a sujeciones prolongadas, extemporáneas, sin acompañamiento adecuado, sin consentimiento, con consecuencias psicofísicas evidenciables, se ha solicitado la intervención de este equipo a fin de constatar dichas vulneraciones con el objeto de que sean tomadas las decisiones que pudieran corresponder.

d. Documento sobre la “Adecuación y sustitución de las instituciones monovalentes”. Consideraciones acerca del proceso de reestructuración del sistema de salud mental y su orientación hacia la red de servicios territoriales. Insumo para la cooperación técnica con provincias argentinas.

e. Documento sobre “Salas y prácticas de aislamiento”. Ante la recepción de denuncias o detección de la existencia de espacios y/o prácticas de aislamiento de personas usuarias de los servicios de salud mental se evalúa la situación con el objeto de eliminar dicha medida de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente.

f. Documento “Indicadores de transformación del sistema de salud mental”. Guía de indicadores como insumo para la observación y evaluación en el

trabajo cotidiano y como referencia de los avances de la reestructuración del sistema de salud mental tales como: implementación de abordajes territoriales y domiciliarios, disminución de camas en instituciones monovalentes, disminución del tiempo de internación, apertura de camas de salud mental en hospitales generales, desarrollo de dispositivos intermedios, inclusión de recursos no convencionales, implementación de prácticas de seguimiento y de continuidad de cuidados, entre otros. Dicha guía ha sido remitida a referentes jurisdiccionales.

7. Seguimiento de usuarios y familiares a través de comunicaciones personales, telefónicas y virtuales.

Se realiza el seguimiento de situaciones consideradas “testigo”. Los seguimientos suelen realizarse tanto de manera presencial como telefónica y virtual, asesorando y acompañando a los usuarios y sus familiares en lo referido a la atención de salud mental y a los derechos que los asisten.

La línea telefónica gratuita del ORN (0800-333-6776) que figura por ley en las instituciones psiquiátricas es un medio para la comunicación directa de usuarios y familiares.

8. Acciones intersectoriales de seguimiento, articulación, promoción y asesoramiento.

a. Con referentes de instituciones sanitarias visitadas, a partir de la evaluación de la situación de usuarios y de los monitoreos institucionales.

b. Con referentes del equipo técnico de la Secretaría de DDHH de la Nación con el fin de unificar criterios para el análisis de las evaluaciones individuales que cada equipo realiza.

c. Con referentes de unidades de letrados del artículo 22 de la LNSM de niños, niñas, adolescentes y de población adulta, para el intercambio de información y de estrategias.

d. Con referentes del Consejo de derechos de niños, niñas y adolescentes, por seguimiento de casos.

e. Con referentes de diferentes sectores sociales involucrados en la conformación de los órganos de revisión locales para su asesoramiento y cooperación.

f. Con referentes de instituciones sanitarias y universidades por capacitación y asesoramiento.

g. Con referentes y miembros de organizaciones de usuarios y familiares. Interacción, recepción de denuncias, planificación de estrategias.

h. Con referentes de organismos internacionales de salud mental (OMS-OPS) para la revisión de instrumentos de evaluación de sistemas y servicios de salud mental.

i. Participación en mesas de trabajo con organismos gubernamentales, como parte del análisis de situación y planificación de estrategias que desarrolla la Secretaría Ejecutiva.

j. Con la Comisión de Temáticas de Género del Ministerio Público de la Defensa a fin de armonizar el instrumento de recolección de datos elaborado por este equipo con el enfoque de género aportado por dicha comisión.

9. Capacitación, asesoramiento e intervención en jornadas y otros eventos científicos.

Se han desarrollado en ámbitos sanitarios, académicos, de organismos gubernamentales y no gubernamentales, entre otros.

10. Procesamiento estadístico descriptivo de datos, sistematización y elaboración de informes de actividades, destinado a producir indicadores de proceso de las actividades que se realizan.

Si bien la Secretaría Ejecutiva dispone de una base de datos general, este procesamiento particular es funcional a la organización de la tarea, su medición y optimización, constituyendo una herramienta para la acción.

11. Análisis de la incidencia de las acciones desarrolladas por el equipo técnico del ORN.

Se han realizado acciones de seguimiento del impacto de las intervenciones del equipo, en situaciones particulares, a fin de evaluar su efecto y el grado de avance en el proceso de adecuación del sistema de salud mental. Estas acciones consisten en la revisión de planes de adecuación a la LNSM presentados por algunas instituciones monitoreadas, seguimiento de recomendaciones realizadas en evaluaciones individuales, avances en la apertura de camas en hospitales generales, entre otras.

III. Reflexiones en torno a las acciones desarrolladas

El contenido de las evaluaciones y monitoreos -plasmados en los instrumentos de recolección de datos y en la

dinámica general de las intervenciones- tienen como fundamento principal aquellos documentos y normativas legales que fijan estándares para la atención de la salud mental a nivel nacional e internacional (Convención Internacional Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006, LNSM, 2010, entre otros).

A partir de las evaluaciones realizadas, tanto de la situación de personas usuarias de los servicios de salud mental como de las instituciones monitoreadas, se han identificado hallazgos que permiten formular la hipótesis de un estado de situación común entre las instituciones, dado que se observan semejanzas altamente significativas por sobre las diferencias y particularidades.

Estos denominadores comunes, tanto a nivel de las concepciones como de los desarrollos operativos, permiten reflexionar acerca de la existencia de un contexto que obliga a identificar al sistema de salud mental como objeto de análisis.

La persistencia de concepciones correspondientes a un paradigma desde el cual se entiende a las personas con padecimiento mental como incapaces, crónicas, peligrosas, irrecuperables y objeto de tutela, explica la vigencia de una modalidad de atención de corte asistencial psiquiátrico - psicológico, centrada en la enfermedad y en el

individuo, sin interactuar con los determinantes sociales del proceso de salud/enfermedad y cuyo propósito es preponderantemente la supresión sintomática.

Si bien este objetivo es fundamental resulta insuficiente, dado que no alcanza para el desarrollo de una vida plena, la que supone el ejercicio de derechos consagrados dentro de los que se incluye la integración comunitaria de las personas con padecimiento mental.

Estas modalidades circunscriptas a un abordaje clínico-asistencial y que todavía son estructurantes de la formación profesional, no disponen en sus mismas bases conceptuales y operativas de instrumentos para alcanzar la integración comunitaria de las personas usuarias, siendo que la formación académica de profesionales y técnicos *no incorpora como finalidad de los tratamientos la inclusión social* (Schiappa Pietra, 2016).

Se entiende, claro está, que la formación profesional no representa solamente un obstáculo de sector, sino que es parte de un hecho contextual, en términos de que aún se encuentra en transición la puesta en marcha de un sistema de salud mental que garantice la inclusión social de las personas con padecimiento mental, por lo que no se demanda una formación académica en tal sentido.

La barrera de la formación profesional es un ejemplo interesante de las contradicciones existentes en esta transición en la que, por un lado, gran parte de los profesionales con los que se tomó contacto en las instituciones visitadas manifestaron su desacuerdo con que las personas permanezcan por causas de orden social institucionalizadas sin criterio de internación y, por otro, no parecen asumir que las estrategias de externación también les competen y que son parte del tratamiento.

A pesar de este consenso, no se alcanza a vislumbrar que la formación profesional no prepara para intervenir en el espectro comunitario, ni para trabajar en equipos interdisciplinarios, en acciones intersectoriales, en abordajes domiciliarios, en el fortalecimiento y el desarrollo de una red de apoyo para quien no cuenta con ella, ni en la promoción de las potencialidades de las personas, entre otros requerimientos para favorecer la vida en sociedad de manera integrada.

Por otra parte, las intervenciones en el ámbito comunitario de las personas están obstaculizadas desde los mismos servicios asistenciales, ya sea por motivos administrativos, organizativos o porque no son consideradas prioritarias, cuando en sentido estricto son la “vía regia” de intervención para el logro de la integración comunitaria.

Siguiendo el derrotero de la inclusión social como exponente de la perspectiva de derechos en la atención de la salud mental, se identificó no sólo la barrera formativa ya mencionada, sino el déficit de recursos materiales y económicos en términos de la carencia de dispositivos y servicios generales y comunitarios para efectivizarla. Una carencia que es antepuesta por el recurso humano como causa de la institucionalización y que, sin embargo, constituiría otro gran obstáculo junto a este déficit de formación profesional para alcanzar procesos de inclusión.

Como parte de estas contradicciones surge una variedad de situaciones dilemáticas que se encuentran a diario y que llevan a efectuar diferentes valoraciones y a redefinir conceptos que cobran un nuevo sentido.

Entre estos se resignifica el concepto de “internación social” que pareciera revestir un carácter de mayor amplitud que la referida ausencia de recursos socio-económicos, como vivienda, dinero o familia. Lo observado es que, además de las situaciones concretas de carencia, gran parte de las personas internadas cuentan con alguno de los recursos mencionados sin disponer de los medios y métodos para activarlos y hacer uso de los mismos. El principal déficit detectado sería entonces no contar con una red de apoyo socio-sanitaria que acompañe a la persona y que ayude a

gestionar los recursos propios o suministrados, necesarios para vivir extramuros.

No es solo la posesión de una casa sino quién la asea y quién la habita, no es solo disponer de alimentos sino quién los compra y elabora, no es solo contar con la medicación apropiada sino quién la suministra. Necesidades que se repiten en cada acto de la vida cotidiana de las personas, que la misma institucionalización desactiva su capacidad de resolver.

La carencia de estos apoyos y del seguimiento para vivir en comunidad desestima con frecuencia la posibilidad de externación, haciendo foco en la imposibilidad del usuario de vivir solo, sin considerar los obstáculos del sistema de salud mental que no cuenta con métodos de apoyo concretos para la inclusión comunitaria, dado que aún se basa en el paradigma de exclusión.

Desde esta perspectiva, el carácter de la “internación social” se expande significativamente a tal punto que la mayor parte de las internaciones podría adquirir este carácter.

A pesar del gasto económico que representa una cama hospitalaria y, en particular, del costo humano por lo improcedente que resulta vivir en un hospital, se dispone de recursos para organizar la vida dentro del

hospital en lugar de desplazarlos hacia la vida en comunidad. Situación que trasluce que aún las personas con padecimiento mental no son sujetos de inclusión social, ya que, si así lo fueran, se priorizarían las estrategias y recursos para tal fin.

Es notable cómo el déficit de estos apoyos, que tienen como principal objetivo facilitar la vida fuera del hospital, también son parte de la carencia de una red de servicios territoriales con base comunitaria que ofrezca atención cercana, oportuna y efectiva. Esta debería contar con abordajes integrales de salud mental en centros de atención primaria, camas de internación en hospitales generales, centros de día, servicios de rehabilitación, dispositivos habitacionales, emprendimientos laborales y cooperativos, atención domiciliaria, y toda otra metodología y estrategia que no aparte a las personas de sus afectos, domicilios, empleos, instituciones educativas ni de aquellos vínculos preexistentes a una crisis, los que con frecuencia se interrumpen como consecuencia de los mismos tratamientos.

Esta ausencia de respuesta territorial, observada con frecuencia en las evaluaciones realizadas, vulnera el derecho a ser asistido en la localidad de residencia obstaculizando contar con un abordaje en y del propio entorno, el cual constituye un factor decisivo y determinante para la

salud mental de las personas y sus comunidades. Es en el propio ámbito comunitario, donde será posible articular y potenciar los recursos intersectoriales y sociales en general, disminuir los factores de riesgo e incrementar los factores protectores para la salud mental, y detectar los referentes claves del usuario y su grupo familiar. Dichas intervenciones han sido registradas excepcionalmente.

La considerable distancia de procedencia de las personas evaluadas, sumada a las situaciones complejas que habitualmente atraviesan sus grupos de pertenencia, permite inferir que favorecen la discontinuidad de las visitas de los referentes familiares y, en algunos casos, su interrupción. Esta situación se pondera frecuentemente como “familia poco continente” o “abandono familiar”, cuando se puede observar que se trata de grupos sociales que presentan vulnerabilidad extrema y que requieren de una red de apoyo para fortalecer y/o desarrollar sus vínculos, además de las dificultades socioeconómicas que presentan y que obstaculizan el cuidado de sus parientes.

Por otra parte, la asistencia extraterritorial predispone a la desinserción laboral en el caso de los adultos y a la desinserción escolar en el caso de los niños y jóvenes, además de resultar un cofactor en la incidencia de la prolongación de internaciones y un obstáculo para la externación.

El déficit de dispositivos y prestaciones territoriales es una constante que explica, aunque no justifica, la derivación de personas en crisis a instituciones monovalentes de psiquiatría, sin que hayan accedido previamente a prestaciones locales en servicios generales de salud ni a centros de salud mental comunitaria, considerados menos restrictivos, los que constituyen el actual estándar de atención en salud mental (CDPD, 2006; OMS, 2009; LNSM 26657, 2010).

En línea con lo expuesto, otra situación con frecuencia observable es el “fenómeno de puerta giratoria”, que implica el circuito de internación–alta–reinternación de manera periódica. La instalación de este circuito suele atribuirse habitualmente a la situación psicosocial y psicopatológica de los usuarios y de sus familias, y/o a la ausencia de dispositivos ambulatorios y territoriales. En este sentido, no se han observado replanteos acerca de las estrategias terapéuticas implementadas ni del déficit de intervenciones contextuales que modifiquen la dinámica social y cotidiana de las personas y sus grupos de pertenencia, para alcanzar una externación sustentable que evite la reinternación.

Otra observación frecuente es que, en las situaciones de usuarios que cuentan con apoyo socio-familiar y son externados, el alta se efectúa cuando cesan los síntomas

que motivaron la internación, sin que este proceso se acompañe -en gran parte de los casos- de estrategias efectivas de reinserción comunitaria.

Habitualmente, una vez externada, se suele citar a la persona por consultorios externos y, si no concurre por sí misma o acompañada por sus familiares a la consulta, se consigna como “familia ausente, abandono y/o falta de adhesión al tratamiento”.

No se han identificado replanteos sobre los alcances de las prácticas y las estrategias intramuros, siendo que éstas no intervienen en las condiciones del entorno socio-familiar que suele ser parte de la producción de la crisis y la discontinuidad del tratamiento. Tampoco se realiza un seguimiento domiciliario de personas que, por su vulnerabilidad, por la severidad y tiempo de evolución de su padecimiento, debieran encontrarse incluidas en programas de atención continua.

En la misma lógica de carencia de apoyo extramuros, se inscribe el carácter impreciso de numerosas internaciones evaluadas, en las cuales la persona no presenta criterio para continuar internada, pero se encuentra institucionalizada “voluntariamente” por períodos muy prolongados. Esta situación, la mayoría de las veces, deviene en la pérdida de vínculos afectivos (familiares,

referentes) y bienes materiales (objetos personales, inmuebles), además de la pérdida de ciertas habilidades de la vida diaria en algunos casos, todo lo cual conlleva a que la persona “desee permanecer internada”, escenario que podría considerarse como promotor de una voluntariedad condicionada.

Todos ellos son fenómenos que parecen presentar igual epicentro: la persistencia de un sistema de atención basado en el control sintomático y la institucionalización que aún dispone de métodos restrictivos de abordaje, tales como internaciones prolongadas sin criterio de permanencia, internaciones sociales, medicalización, sujetiones prolongadas e indiscriminadas, uso de electroshock sin ofertas terapéuticas previas intensivas y sostenidas, prácticas de aislamiento, ausencia de programas de capacitación y revinculación familiar, entre otros.

Si bien es cierto que algunos estos métodos han disminuido notablemente, también lo es que no han sido sustituidos por nuevas experticias que los reemplacen y hagan innecesaria su utilización. En particular, no se han desarrollado métodos de abordaje en el ámbito domiciliario-comunitario a fin de prevenir, asistir y rehabilitar a la persona en su propio medio social y, en la misma línea, no se ha desarrollado experticia para integrarlo en dicho medio, tal como se mencionara con anterioridad.

Sin embargo, al tiempo de la caracterización presentada, se identificaron avances y valoraron positivamente adecuaciones a la normativa vigente, tales como la supresión de celdas de aislamiento en aquellas instituciones en las que se detectaron y la suspensión de prescripciones de electroshock en varias situaciones en las que se ofertaron secundariamente otras alternativas terapéuticas.

Asimismo, se han identificado estrategias de externación acompañadas de la gestión de atención territorial para evitar el reingreso de usuarios desde algunos de los servicios de los hospitales monovalentes. En estos mismos hospitales, se han detectado equipos que bregan por desarrollar estrategias de externación con inclusión social mediante intervenciones del propio personal en el territorio de los usuarios.

Se identifica también una disminución de algunas prácticas restrictivas que, aún sin haber sido sustituidas según prevé la normativa legal y los estándares vigentes de atención, constituye un avance a destacar.

IV. A manera de conclusión

Las consideraciones descriptas en los párrafos anteriores se han basado principalmente en dos líneas de análisis.

Por una parte, la situación de las personas y de las instituciones evaluadas que, más allá de sus diferencias y particularidades se han entendido como exponentes y analizadores del sistema de salud mental vigente, en donde se identifica la presencia de denominadores comunes y de una modalidad de abordaje transversal a todos los efectores con los que se ha tomado contacto, la cual ha sido descripta anteriormente.

Por otra parte, se ha intentado contribuir a una reflexión crítica a fin de avanzar en la efectivización de los derechos de las personas con padecimiento mental, propósito rector del ORN.

En este sentido, al tiempo de presentar esta caracterización, se destaca un hecho relevante del actual momento histórico: el inicio de un corrimiento del oscurantismo que embargaba al campo de la salud mental, por el que situaciones de vulneración de derechos –en donde se destaca la hospitalización de por vida de personas- ya no son desestimadas, olvidadas e invisibilizadas, sino que son objeto de acciones y medidas para su denuncia y transformación.

El quiebre de un orden que validaba el encierro y la exclusión social como factor constitutivo de la atención en salud mental es un acontecimiento trascendente

que marca el desarrollo y la evolución de la época en el mencionado campo, que de esta forma intenta alcanzar los estándares de atención que fijan todas las recomendaciones internacionales, en consonancia con la legislación nacional vigente.

Son varios los actores gubernamentales y no gubernamentales que trabajan arduamente para el logro de este propósito y desde las mismas instituciones sanitarias se identifican sectores que pugnan por impulsar cambios. Varios de estos organismos se han hecho eco y constituido en guardianes de este mandato histórico de igualdad e inclusión de las personas con padecimiento mental a través de su visibilización, defensa, monitoreo y el desarrollo de procedimientos a fin de impulsar la garantía de sus derechos. Un proceso que genera una importante tensión en gran parte de los sectores involucrados en las reformas jurídico-sanitarias en ciernes pero que, sin lugar a dudas, es ineludible y progresa a nivel nacional e internacional.

Referencias bibliográficas

Cohen, H. y Natella, G. (2013) *La desmanicomialización: crónica de la reforma de salud mental en Río Negro*, 1a ed., Buenos Aires, Lugar Editorial.

Observatorio de Derechos Humanos de Personas con Discapacidad Mental (2014) *Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental. Diagnóstico de la Situación en Chile*, Santiago de Chile, CEPAL.

OMS (2004) *Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe compendiado*. OMS, Ginebra.

(2005) *Instrumento de Evaluación para los sistemas de Salud Mental –IESM*, Ginebra, OMS.

(2012) *Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS – Quality Rights*, Santiago de Chile, OMS.

OPS/OMS (2010) Resolución CD 49, R 17, “Consenso de Panamá”, Ginebra, OMS.

Schiappa Pietra, J. (2016) “La finalidad de los tratamientos” en *La Brancalone*, Río Negro, Kuruf Editorial.

WHO (2014) World Health Organization and the Gulbenkian Global Mental Health Platform. Innovation in deinstitutionalization: a Who Expert Survey, Geneva, WHO.

Notas

¹ Organismo creado con la función de proteger los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental. Está conformado por un plenario (integrado por organismos gubernamentales y no gubernamentales) y una Secretaría Ejecutiva cuya titular es la Dra. María Graciela Iglesias.

Legislación y documentación utilizada

Ley 26.378 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo, aprobados mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 13 de diciembre de 2006. Sancionada: mayo 21 de 2008 Promulgada: junio 6 de 2008.

Ley 26.657 LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL Sancionada: 25/11/2010 Promulgada: 02/12/2010. Decreto reglamentario: 603/2013

Ministerio Público de la Defensa. Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental (2016), Resolución S. E. 1/16 “Aprobación del informe de gestión 2015”, disponible en <http://www.mpd.gov.ar/index.php/secretaria-ejecutiva-del-organo-de-revision-de-salud-mental/181-resoluciones-del-organo-de-revision/2642-resolucion-01-16-aprobacion-del-informe-de-gestion-2015>.

(2015), Resolución S. E. 14/15 “Aprobación del Instrumento de Monitoreo del Órgano de Revisión Nacional”, disponible en <http://www.mpd.gov.ar/index.php/secretaria-ejecutiva-del-organo-de-revision-de-salud-mental/181-resoluciones-del-organo-de-revision/1945-resolucion-14-15-aprobacion-del-instrumento-de-monitoreo-2>.

(2015) Resolución S. E. 5/15 “Aprobación del informe de gestión 2014”, disponible en <http://www.mpd.gov.ar/index.php/secretaria-ejecutiva-del-organo-de-revision-de-salud-mental/181-resoluciones-del-organo-de-revision/1514-resolucion-05-15-aprobacion-del-informe-de-gestion-2014>

(2014) Resolución S. E. 17/14 “Rectificación de la Resolución 16/14 y aprobación del dictamen sobre electroshock”, disponible en <http://www.mpd.gov.ar/index.php/secretaria-ejecutiva-del-organo-de-revision-de-salud-mental/181-resoluciones-del-organo-de-revision/1513-resolucion-17-14-rectificacion-de-la-resolucion-16-14-y-aprobacion-del-dictamen-sobre-electroshock>

(2014) Resolución S. E. 15/14 “Aprobación del documento sobre muerte en instituciones monovalentes de salud mental”, disponible en <http://www.mpd.gov.ar/index.php/secretaria-ejecutiva-del-organo-de-revision-de-salud-mental/181-resoluciones-del-organo-de-revision/1512-resolucion-15-14-aprobacion-del-documento-sobre-muerte-en-instituciones-monovalentes-de-salud-mental>.