

1^{er} Informe de Gestión

**Órgano de Revisión
de Salud Mental**
de Entre Ríos

**Octubre de 2017
Diciembre de 2018**



Órgano de Revisión de Salud Mental de Entre Ríos



Ministerio Público
de la Defensa
Provincia de Entre Ríos



**Ministerio Público
de la Defensa**
Provincia de Entre Ríos

Primer Informe de Gestión
del Órgano de Revisión de Salud Mental
de Entre Ríos
(Octubre de 2017-Diciembre de 2018)

Contacto:



(0343) 4209393 // (0343) 4209394



Córdoba N.º 522 (Paraná, Entre Ríos, Argentina)



organoderevisioner@jusertreros.gov.ar

Índice

1.- Introducción	1
2.- Contexto Histórico: Conformación y antecedentes	1
3.- Sobre la puesta en juego del Plan de Acción:	8
3.1.- Evaluación de las Justificaciones de las Internaciones involuntarias y de las internaciones voluntarias prolongadas.....	11
¿Qué se advirtió?.....	11
¿Qué se hizo?.....	17
¿Qué efectos se observaron?.....	19
3.2.-Consideraciones en relación a los procesos de restricción a la capacidad.....	23
¿Qué se hizo?.....	25
Qué efectos se observaron?.....	27
3.3.- Intervenciones ante Denuncias de violación de derechos.....	27
4.- Monitoreo y evaluación del cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones en Instituciones Monovalentes Públicas y/o Privadas	32
4.1.- Monitoreo en Hospital Monovalente Público.....	34
¿Qué se advirtió?.....	34
¿Qué se hizo?.....	40
¿Qué efectos se observaron?.....	41
4.2.- Monitoreo de Comunidad Terapéutica.....	41
¿Qué se advirtió?.....	41
¿Qué se hizo?.....	49
¿Qué efectos se observaron?.....	50
5.- Articulaciones con Organismos públicos provinciales, nacionales y Universidades	51
6.- Elaboración de documentos e Implementación de recomendaciones elaboradas por el ORN a las que este ORSMER	

ha adherido	55
6.1.- “Muerte en Instituciones monovalentes de Salud Mental (Resolución SE 15/14)” y Adhesión de parte del ORSMER.....	55
6.2.- Respuesta del Órgano de Revisión Nacional ante Presentación de un Protocolo para realizar “contenciones en habitación”	55
6.3.- Recomendación en referencia a los Proyectos: "Centro Provincial de Abordaje Integral para Adolescentes" y su posterior modificación "Centro de Salud Mental y Residencias Asistidas con Alto Nivel de Apoyo”	56
7.- Comunicación y Difusión	56
8.- Conclusiones y Recomendaciones	57
8.1.- Conclusiones.....	58
Sobre las Comunidades Terapéuticas.....	60
El ORSMER como factor visibilizador.....	60
¿Qué nivel de respuesta se percibe ante las acciones realizadas en las instituciones?.....	61
Medicación.....	62
8.2.- Recomendaciones.....	62
Descentralización e inclusión social.....	64
A los actores del Poder Judicial.....	65
Solicitudes y recomendaciones a la Autoridad de Aplicación.....	66

1.- Introducción

¿De qué trata y por qué es importante este documento?

El presente resulta de suma importancia para el Órgano de Revisión de Salud Mental de Entre Ríos (en adelante ORSMER) ya que se trata en él de dar cuenta de su primer año de funcionamiento en cuanto a las intervenciones efectuadas y en relación al relevamiento y análisis de los efectos advertidos en los diversos ámbitos de actuación durante este período considerado.

Para ello se presentarán a modo de introducción aquellos aspectos históricos significativos de la creación del órgano de revisión; su sentido y su tarea; su composición y la forma de funcionamiento propuesta. Luego, en los sucesivos puntos, se dará cuenta de cómo se desarrolló este primer año de funcionamiento: qué se observó, qué se hizo y qué efectos se pudieron advertir a partir de lo que se hizo. Finalmente se expondrán conclusiones y recomendaciones.

2.- Contexto Histórico: Conformación y antecedentes

La Ley Provincial 10.445 sancionada el 4/10/2016 adhiere a la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental y a su Decreto Reglamentario N° 603/2013 (B.O. fecha 29/05/13), y crea el Órgano de Revisión Provincial de Salud Mental, en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa de Entre Ríos, con el objeto de proteger y promover los Derechos Humanos de los usuarios de los servicios de Salud Mental.

El organismo tiene sus antecedentes en la Ley Nacional, en los "Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental" ONU 1991.(pp N° 17) y en las sugerencias del

Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación, 2006.

La independencia del Órgano de Revisión se garantiza con su creación en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa, organismo que cuenta con autonomía y autarquía financiera, de conformidad a lo dispuesto en la Constitución de la Provincia de Entre Ríos (art. 207).

Se establece una conformación interdisciplinaria e intersectorial. El art. 7 dispone la integración por **tres representantes estatales y permanentes**: Dirección de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud del Gobierno de Entre Ríos, Secretaría de Justicia del Gobierno de la Provincia de Entre Ríos, y Ministerio Público de la Defensa; **y tres representantes de la sociedad civil temporarios**: un representante de asociaciones de usuarios y/o familiares del sistema de salud con personería jurídica, un representante de asociaciones de profesionales y otros trabajadores de la salud y un representante de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.

A su vez, el art. 9 de la Ley 10.445, otorga a la Defensoría General de la Provincia de Entre Ríos la Presidencia, la representación y coordinación ejecutiva del Órgano de Revisión Provincial a través de la organización de una Secretaría Ejecutiva, un Equipo Técnico Interdisciplinario y otro de apoyo administrativo.

En el ejercicio de las facultades otorgadas por dicha normativa, el Defensor General de la Provincia designó, por Res. DGER. Nº 045/2017 al Secretario Ejecutivo del Órgano de Revisión y asignó los recursos humanos y materiales para implementar su funcionamiento. En relación a los profesionales del Equipo Técnico Interdisciplinario se designaron en forma provisoria, comprometiéndose el Defensor General a llamar a concurso, lo cual efectivamente ocurrió en octubre del año 2018.

*La Ley 10.445 prevé disposiciones transitorias que establecen: "**Primera:** La Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Entre Ríos, Secretaría de Justicia y Derechos Humanos del Gobierno de la Provincia de Entre Ríos, Ministerio Público de la Defensa del Superior Tribunal de Justicia de Entre Ríos, coordinarán y ejecutarán las acciones necesarias para la designación de los representantes que conformarán el Órgano de Revisión creado por la presente Ley, dentro del término de*

*treinta (30) días hábiles desde la puesta en vigencia de la presente ley y su publicación en el Boletín Oficial. **Segunda:** A los efectos de integrar el Órgano de Revisión Provincial, los representantes designados por los tres (3) organismos estatales deberán elegir, por decisión fundada, a las entidades que representarán a las asociaciones y organizaciones mencionadas en los incisos d), e) y f) del artículo 7° de la presente ley. El Órgano de Revisión Provincial comenzará su actividad regular y permanente luego de constituido íntegramente, con todos los representantes previstos en la ley."*

Para ello, se llevaron a cabo **reuniones de carácter preconstitutivo** con participación de los tres representantes estatales, en las que se resolvió convocar a una reunión informativa a las asociaciones de usuarios y familiares; a las asociaciones de profesionales y otros trabajadores de la salud y a los representantes de organizaciones abocadas a la defensa de los derechos humanos.

A la convocatoria se presentaron representantes del

1. Colegio de Trabajo Social Colegio de Pedagógicos,
2. Asociación de Enfermería de la Provincia de Entre Ríos,
3. Asociación de Acompañantes Terapéuticos,
4. Colegio de Psicólogos de la Provincia de Entre Ríos,
5. Círculo Médico,
6. Asociación de Psiquiatras de Entre Ríos,
7. Asociación Entrerriana de Nutricionistas,
8. Colegio de Terapistas Ocupacionales,
9. Colegio de Kinesiólogos,
10. Representantes de Universidades: UNER, UADER y UCA,
11. Entidades gremiales AEPUER, UPCN, ATE y SUTSER,
12. Asociación H.I.J.O.S. Regional Paraná y
13. Representantes de AUFASAM.

Se llevó también a cabo una jornada informativa a cargo de la Dra. María Graciela Iglesias, Secretaria Ejecutiva del Órgano de Revisión Nacional (ORN) y se realizaron comunicados de prensa dando a conocer a la comunidad entrerriana sobre el desarrollo de la implementación.

Luego de esta primera etapa informativa se solicitó a todas las entidades que venían participando de las reuniones que expresaran su interés en

participar acompañando la propuesta de los representantes para integrar el ORSMER conforme lo dispone el art.7 de la ley 10445.

En la categoría representantes de profesionales y otros trabajadores de la salud, las entidades que enviaron sus propuesta de representantes fueron:

1. Colegio de Terapistas Ocupacionales de E.R.,
2. Colegio de Trabajadores Sociales de E.R.,
3. Universidad Autónoma de E.R. (UADER);
4. Asociación de Trabajadores del Estado,
5. Colegio de Psicólogos de Entre Ríos,
6. Asociación de Acompañante Terapéuticos del Paraná, y
7. Asociación Entrerriana de Nutricionistas.

Todas estas asociaciones acordaron por unanimidad proponer al Colegio de Psicólogos de Entre Ríos para ejercer la representación del art. 7 inc. e) de la Ley 10445, destacando la trayectoria y el compromiso que la entidad ha tenido con la temática. Así, en consideración a la propuesta consensuada de las instituciones, la trayectoria de la entidad en la temática de salud mental y derechos humanos así como la disposición al trabajo interdisciplinario y multisectorial, los tres representantes estatales resuelven en fecha 18/08/2017 designar al Colegio de Psicólogos de Entre Ríos como representante de asociaciones de profesionales y otros trabajadores de la salud, conforme art. 7 inc. e) Ley 10.445. Cuya representación será ejercida por la Lic. Adriana Beade, en carácter de titular, y Psicóloga Carmen Tibaldi, en carácter de suplente.

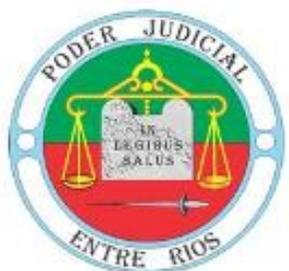
En relación a las restantes entidades representantes de la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales abocadas a la Defensa de los Derechos Humanos con personería jurídica art. 7º Inc. f) de la Ley 10.445. y asociaciones de personas usuarias y/o familiares del sistema de salud con personería jurídica art. 7º Inc. d) de la Ley 10.445, luego de realizar una amplia convocatoria, a través de la Coordinadora General de la Subsecretaría de Derechos Humanos de la Provincia, a las organizaciones de DDHH, **la única entidad que se presentó manifestando su interés fue la Asociación Civil H.I.J.O.S. Regional Paraná.** En la oportunidad se informó que el objeto social de la organización, entre otros, es difundir en la sociedad de modo permanente la defensa de los Derechos Humanos; proponer modificaciones legales destinadas a la prevención y sanción de

violaciones de la Derechos fundamentales, tanto en el ámbito nacional como en el territorio de la Provincia de Entre Ríos e intervenir en acciones que aporten al conocimiento y la democratización de las prácticas políticas, reconociendo el aporte de cada sujeto, respetando y partiendo de las diferencias e impulsando las decisiones participativas, el consenso y el respeto por la diversidad como modos de construcción. En cuanto a las tareas de promoción en el campo de la salud mental mencionan un ciclo de microdocumentales "Herencias de Lucha" que incluye un micro relacionado con la lucha de usuarios que se organizan para reclamar por la aplicación plena de la Ley Nacional de Salud Mental.

Como representantes de personas usuarias y familiares se presentó únicamente la Asociación de Usuarios, Familiares y Amigos de la Salud Mental (AUFASaM). Esta asociación se encontraba trabajando desde el año 2014. Sus objetivos son realizar acciones tendientes a trabajar sobre los prejuicios, discriminación y estigmatización de las personas usuarias de los servicios de Salud Mental; difundir en la comunidad los alcances de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 con el fin de promover su cumplimiento; favorecer la defensa de los derechos vulnerados de los usuarios ante los organismos correspondientes; fomentar la creación de espacios colectivos de intercambio entre los ciudadanos y las instituciones vinculadas a la Salud Mental; apoyar el desarrollo de acciones de Salud Mental en el marco comunitario. Se solicitó ampliación del plazo para cumplimentar con el requisito de la personería jurídica, puesto que la misma se encontraba en trámite ante la Dirección de Inspección de Personas Jurídicas. También autorización para participar con dos representantes titulares.

Finalmente los tres representantes estatales el 12/09/2017 acordaron designar como miembros integrantes del Plenario, a la Asociación de Usuarios, Familiares y Amigos de la Salud Mental (AUFASaM) y a la Asociación Hijos Regional Paraná (H.I.J.O.S.).

Una vez conformado íntegramente el Órgano de Revisión, se llevó adelante **la primera reunión plenaria el día 10 de octubre del año 2017.** En las primeras reuniones se trabajó en la elaboración del reglamento interno de funcionamiento, el plan de acción para el primer año y el instrumento de monitoreo. Estos instrumentos se confeccionaron siguiendo el modelo establecido en el Órgano de Revisión Nacional, con las adaptaciones necesarias a la realidad provincial.



**Ministerio Público
de la Defensa**
Provincia de Entre Ríos



Órgano de Revisión de Salud Mental de Entre Ríos



3.- Sobre la puesta en juego del Plan de Acción:

¿Qué se advirtió? ¿Qué se hizo? ¿Qué efectos se observaron?

Para exponer lo realizado a lo largo de los primeros 14 meses de funcionamiento del ORSMER, se consideraron fundamentalmente aspectos rectores del **Plan de Acción del período correspondiente a 2017-2018** como ejes respecto a los cuales desarrollar:

a) ¿Qué se advirtió? Estado de situación

b) ¿Qué se hizo? Intervenciones de este ORSMER

c) ¿Qué efectos se advirtieron en lo que se hizo?

El plan de acción, con la respectiva selección de instituciones a **monitorear**, entre otras funciones previstas por la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM), surgió del ejercicio del Plenario. El mismo parte de considerar **dos principales ejes de vulneración de derechos**: *Por un lado*, la aplicación del derecho sin armonizar con el Nuevo Código Civil y Comercial de la Nación, la Ley Nacional de Salud Mental y Tratados Internacionales (particularmente la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad); *y por otro*, la preponderancia del Hospital Especializado (Monovalente) y el modelo de las llamadas "Comunidades Terapéuticas" en el abordaje de las problemáticas de Salud Mental y Adicciones respectivamente.

Como se mencionó inicialmente, las principales funciones llevadas a cabo desde el ORSMER¹ atienden a las actividades de **Monitoreo y Promoción**. Es a partir de estas dos dimensiones fundamentales que este Organismo pretende incidir en los procesos de readecuación y transformación institucionales por los que es imperioso transitar en el camino de una implementación progresiva y efectiva de la LNSM. Sin embargo, la definición de las prioridades en las intervenciones fueron estableciéndose en un proceso dinámico en el que confluyeron

¹ En adelante se homologarán las intervenciones del ORSMER a las llevadas a cabo por la Secretaría Ejecutiva, a menos que se explicita la participación de Integrantes del Plenario.

diversas realidades institucionales, el momento fundacional de este organismo y la efectiva interacción entre estos dos aspectos en la praxis diaria.

En función de lo que establece la LNSM y el Plan de Acción diseñado, se fueron supervisando las internaciones sobre las que se advertía el vencimiento de los plazos previstos por la Ley. A la vez que se fue respondiendo a los diversos pedidos de intervención que fueron solicitando quienes integran la Magistratura -Juezas y Jueces-; pero también, y de modo progresivo, se fueron recibiendo diversas denuncias y ofreciéndose respuestas a dicha demanda.

No sólo el Plan de Acción fue marcando el ritmo y el actuar del ORSMER, sino que, en casos particulares en los que se fueron reconociendo situaciones que ameritaban una intervención más intensiva de parte la Secretaría Ejecutiva, las mismas fueron comunicadas al Plenario y debatidas en el mismo.

Respecto al desarrollo de las tareas de **promoción**, como la otra dimensión fundamental del Plan de Acción, ésta no es considerada particularmente o distinguida de las otras acciones enunciadas en el presente Informe, dado que devino en *una tarea transversal a todas las intervenciones llevadas a cabo.*

En el ejercicio de las tareas del ORSMER, la promoción estuvo presente en la mayor parte de las intervenciones, siendo posible, sólo a los fines analíticos ubicarla como instancia separada de las de monitoreo. **De toda intervención enmarcada como "promoción" surgió una intervención de caso singular, una articulación institucional; y en toda intervención de supervisión, de control o monitoreo, se sostuvo la dimensión promocional del trabajo acorde a los marcos legales.**

En esta dirección, y vinculado eventualmente a las intervenciones desde este ORSMER en casos particulares a partir de las comunicaciones de internaciones, se han llevado a cabo complementariamente *presentaciones de la estructura,*

funcionamiento y propósitos de este organismo en diversos hospitales monovalentes y polivalentes (Hospitales Generales) en la provincia. Entendiendo a estas presentaciones desde una dimensión promocional en cuanto a la transmisión de las funciones, el objeto y alcance de las intervenciones de este organismo y el intercambio con diversos actores en las instituciones de salud, como así también en el encuentro con Operadores Judiciales (Defensores, Jueces y Juezas y profesionales de Equipos Técnicos) de diversas jurisdicciones, COPNAF (Consejo Provincial del Niño, el Adolescente y la Familia), diferentes áreas de algunos municipios; como puesta en acto del necesario trabajo de articulación interinstitucional e intersectorial. Así, durante los meses correspondientes al año 2017 y durante la totalidad del año 2018 se efectuaron las siguientes presentaciones de este ORSMER:

Presentaciones del ORSMER (octubre de 2018- diciembre de 2018)	
En Hospitales monovalentes y Clínicas privadas monovalentes :	HESM (Hospital Escuela de Salud Mental, Paraná), HCSM (Hospital Colonia de Salud Mental, Diamante), Hospital Dr. Ellerman (Rosario del Tala) y Hospital Dr. Camino (Federal), Clínica San José (Concordia), Clínica Senderos (Paraná), Clínica Self (Paraná) y Clínica SISAME (Diamante).
Ante autoridades judiciales	En las ciudades de Rosario del Tala, La Paz, Concordia, Diamante, Federación, Villaguay, Victoria, Villa Paranacito, Federal y Paraná.
En Hospitales Generales de la provincia:	<p>Hospital Lister (Seguí): Se sostiene reunión con la Directora.</p> <p>Hospital Salaberry (Victoria): A partir de una intervención por caso particular se efectúa presentación de este ORSMER.</p> <p>Hospital Santa Rosa (Villaguay): A partir de la intervención en un caso particular se sostiene reunión con directivos del Nosocomio, Defensores y Jueces de esa localidad.</p> <p>Hospital Centenario (Gualedguaychú): Se sostuvo reunión con las autoridades e integrantes del Servicio de Salud Mental, CAPS, Asociaciones Civiles y Defensores Públicos de esa localidad.</p> <p>Hospital 9 de Julio (La Paz): Reunión de presentación del ORSMER.</p> <p>Hospital Santa Rosa (Chajarí): Se sostuvo reunión con Jueza, Defensoras e integrantes del Equipo Técnico</p>

Presentaciones del ORSMER (octubre de 2018- diciembre de 2018)		
	Interdisciplinario de dicho Juzgado, representantes de COPNAF, directivos y personal del Hospital. Federación: Este ORSMER participa en la reunión del Observatorio de los Derechos de las Personas con Discapacidad y se efectúa presentación en Juzgado	
En Instituciones abocadas al abordaje de consumos problemáticos:	*Comunidades Terapéuticas privadas con internación	Programa Ibicuy (Villa Paranacito), Fundación Del Prado (Concepción del Uruguay), Aprender a Vivir (Concepción del Uruguay).
	*Centros/Dispositivos Ambulatorios:	Centro Huella (Paraná), Centro asistencial de día "Hogar de Cristo" (Gualeguaychú).

3.1.- Evaluación de las Justificaciones de las Internaciones involuntarias y de las internaciones voluntarias prolongadas

En principio, cabe mencionar que ésta fue la línea de trabajo más extensa e intensamente desarrollada en las intervenciones del ORSMER.

¿Qué se advirtió?

Por un lado, **se advirtió la existencia de internaciones prolongadas y no comunicadas a la instancia judicial correspondiente ni a este ORSMER**, conforme la normativa lo dispone.

Por otra parte, se evaluó cierta **dificultad de las instituciones de salud en entender qué son internaciones involuntarias y qué son internaciones voluntarias**. Hay en ello un problema operacional y de concepto: Hay personas que están internadas por "razones sociales" -y los actores institucionales lo definen como

"razones sociales"²- estableciéndose de hecho que la persona estaría internada de forma voluntaria. Se han advertido además muchas internaciones que, si bien eran consideradas voluntarias, fueron revisadas y redefinidas como involuntarias, aún cuando tuvieran por principal justificación las "causas sociales". ¿Por qué involuntarias? Porque las personas nunca habían podido prestar el consentimiento o porque no tenían la posibilidad de poder entender de lo que se trataba. Ese es un error que se constató en variados lugares. Muchas veces no se tiene en claro qué es una cosa y qué es otra y qué condiciones determinan la definición del carácter de la internación.

Al evaluar las justificaciones, se advirtieron muchos casos en los que se sigue argumentando como razón casi exclusiva de una internación la consideración de un diagnóstico, ubicándolo en la serie: *trastorno mental grave, peligrosidad, no variabilidad del cuadro y déficit progresivo*, como único destino.

Todo eso conduce a pensar que no debería justificarse más que en el diagnóstico mismo el que alguien permanezca internado; en vez de considerarse la internación como la decisión última de un equipo interdisciplinario que, habiendo agotado otras estrategias e intervenciones, advirtiendo la existencia de riesgo cierto e inminente y en función de una evaluación integral y actualizada determine la necesidad de dicha medida.

² Al respecto de este concepto harto conocido, citamos aquí un fragmento de "Acciones y reflexiones del equipo técnico del Órgano de Revisión de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657" -publicado en Revista Salud Mental y Comunidad (Año 5 Nº 5 – 2018, Universidad Nacional de Lanús)-por la claridad de la exposición y la concordancia con lo constatado por este ORSMER en el ejercicio de sus funciones: "(...)el concepto de "internación social" (...) 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 sólo 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"

Por otra parte, hemos observado que se genera confusión a partir del hecho de que una persona no tiene criterios para una internación involuntaria o voluntaria, pero a la vez no se establecen condiciones para su externación porque necesita de un sistema de apoyo que no tiene o no dispone. Entonces, *sobre todo en las instituciones privadas*, se considera que el alta implicaría un riesgo "cierto e inminente". Va a haber riesgo, porque la persona no puede vivir sola. De esa manera la convierten en una internación que busca justificarse en base al hecho de la falta de apoyo.

Ante situaciones como las anteriormente descritas, las *instituciones públicas* suelen expresar que, aunque la persona no tiene criterios de internación, es dificultoso avanzar en el alta. Se reconoce la importancia de avanzar en acciones tendientes a la inclusión social de los usuarios pero los equipos no se sienten del todo concernidos en muchas y diversas de estas intervenciones, además de reconocerse dificultades en cuanto a contar con dispositivos alternativos e intermedios. Ello, en ocasiones, dificulta que los equipos puedan pensar que, aún cuando constituya una realidad acuciante la insuficiencia de recursos que acompañen los procesos de transformación institucionales acordes a los postulados de la LNSM, sin embargo y al menos parcialmente con los recursos existentes y una distribución o consideración diferente de los mismos, podrían llevarse a cabo ciertas y determinadas intervenciones que propicien dicho propósito de la inclusión social sobre la progresiva restitución y/ o generación de lazos sociales. Entendiendo en ello la posibilidad de que la persona usuaria en condiciones de internación pueda transitar por espacios "extramuros" más allá de los espacios de participación al interior de la institución, de llevar a cabo tareas o actividades ocupacionales/laborales significativas al recuperar aspectos de la historia ocupacional laboral, retomar o iniciar una trayectoria educativa formal o informal, restituir vínculos significativos o generarlos, etc.

En términos generales se advierte la necesidad de abordar con mayor profundidad conceptos tales como: "riesgo cierto e inminente", "riesgo potencial", como así también la idea de "peligrosidad", noción

y criterio propio del paradigma que atraviesa las medidas de seguridad.

Hemos podido constatar que hay lugares donde se sigue apelando a que se trata de una "internación judicial"³ en desmedro de las necesarias consideraciones clínicas y no se conmueven ciertos aspectos a los que debería atenderse e integrarse: Equipos interdisciplinarios que evalúen y definan una estrategia acorde a la normativa vigente (Interdisciplina, Intersectorialidad, APS - Integralidad-Territorio-Comunidad-, Evaluación actual, Inclusión social y no solo compensación sintomática, etc.). Así mismo, el Consentimiento Informado debería ser un proceso incluido en el trabajo clínico y no un acto de cumplimiento meramente administrativo.

En este sentido, también ha podido constatarse que ciertas instituciones definen que las personas internadas son "todas voluntarias", o "todas involuntarias". Lo que no respondería a un criterio clínico y una evaluación singular de un momento particular de la persona usuaria, sino a una característica de la institución o política institucional. Condición transversal a una diversidad de instituciones: desde comunidades terapéuticas a hospitales y clínicas tanto en el ámbito público como privado.

Señalamos y reiteramos desde este ORSMER la importancia de las comunicaciones de las internaciones de parte de las Instituciones de Salud Mental en tanto esta información permite visibilizar una realidad de situaciones numerosas e insistentes en cuanto a la situación de personas usuarias con internaciones prolongadas, de larga data; como así también permite a este organismo poder intervenir oportunamente en relación a las internaciones involuntarias y voluntarias. Ello conlleva la posibilidad de llevar a cabo una serie de acciones articuladas de monitoreo, supervisión y de promoción. Esta condición también permite que podamos establecer contacto con equipos, profesionales y trabajadores de diferentes servicios pudiendo

³ En este punto cabe mencionar que en ningún lugar de la LNSM se hace mención en estos términos a un tipo de internación. Notamos que dicha expresión asume diversas acepciones en los relatos de los profesionales de los servicios de Salud mental.

*aproximarnos a un conocimiento y entendimiento de los diversos servicios de salud mental en la provincia, de sus integrantes y a los abordajes que se llevan a cabo, constituyéndose en ocasiones oportunas para propiciar que dichos abordajes resulten concordantes con los postulados de la LNSM, en tanto se aproximen e integren ideas y acciones de integralidad y territorialidad en el marco de estrategias de APS y respeto a los derechos humanos y sociales*⁴.

Si bien las internaciones voluntarias no deben ser comunicadas a su inicio, aquellas que superen los 60 días, deberían comunicarse adjuntándose copia del Consentimiento Informado. **Algunas instituciones incurren en el error de no comunicar las internaciones que consideran voluntarias.** Ello, en algunas ocasiones **abonado por operadores judiciales y efectores de salud sostenidos en la idea errónea de que para las internaciones voluntarias no cabría controles de legalidad.** Cabe a su vez, para estas internaciones, la condición de que la persona usuaria pueda ofrecer su consentimiento, y que éste sea informado (*en los dos sentidos: la información completa ofrecida al usuario, y la información a las Instancias que ejerzan un control de legalidad de la internación*).

Por otro lado, un aspecto más que problematiza esta situación resulta de **las instituciones que afirman que sólo internan “voluntariamente”**, lo cual supondría no dar lugar a un examen más complejo de las situaciones de presentación de usuarios en situación de riesgo cierto e inminente. Por ejemplo: una crisis, un momento de excitación psicomotriz, episodio agudo de consumo de sustancias, etc.; o bien, ingresar como voluntaria la situación de un usuario cuando en realidad podría no estar entendiendo los alcances del consentimiento informado o no se le estaría ofreciendo la suficiente información y apuntalamiento como para evaluar si es que puede o no prestar su consentimiento. En cualquier caso, es

⁴ Para una consulta pormenorizada de este aspecto se sugiere la lectura del material elaborado por ORSMER “¿Qué deben informar las instituciones de salud al Órgano de Revisión de Salud Mental?”, en <http://mpd.jusentrieros.gov.ar/wp-content/uploads/2019/04/Qu%C3%A9-deben-informar-las-instituciones-de-salud-al-ORSMER.pdf>

importante revisar permanentemente estas situaciones, atendiendo a los posibles pasajes en el carácter de la internación (Involuntaria-Voluntaria/ voluntaria-Involuntaria) respecto al momento particular de la persona usuaria.

También se ha constatado la situación inversa: Instituciones que esgrimen que efectúan internaciones en mayor medida involuntarias. De esa manera, lo que termina sucediendo es que, en los profesionales de salud, en los efectores de la justicia, y en los usuarios mismos, se confunde la categoría de la internación con una característica adjudicada a la persona o a la institución y no se considera como un momento subjetivo y situacional de la persona usuaria.

Otro aspecto de relevancia que se ha advertido y el cual aparece como una **dificultad importante**, se refiere a las condiciones que pudieran producir un equipo de salud y la Institución hospitalaria en cuanto a poder **garantizar la permanencia y el cuidado de una persona usuaria en situación de riesgo cierto e inminente**.

Se relevaron diversas dificultades en este punto en algunas instituciones monovalentes, que llevan a interrogar qué se entiende por "Hospital de Puertas Abiertas".

En este sentido, se advirtieron situaciones en las que, como medida de cuidado, se supone que, al menos por el período en que la persona que transita por un estado de riesgo cierto e inminente, no podría salir o retirarse **de cualquier modo** de la Institución. Otro aspecto a considerar en relación a este núcleo problemático atiende a que la legislación nacional prohíbe toda medida de aislamiento (Salas de Aislamiento o contención en habitación) y que las recomendaciones formuladas por el Órgano de Revisión Nacional señalan que la medida de sujeción mecánica es **estrictamente excepcional** frente a presentaciones clínicas francamente disruptivas en las que otras intervenciones **han demostrado ser infructuosas**.

En este punto resulta pertinente considerar, además como condición indisociable de esta práctica la **disponibilidad de ofrecer un**

acompañamiento humano permanente durante el tiempo que correspondería al mantenimiento de dicha medida.

La consideración de este aspecto resulta fundamental a los fines de avanzar y desterrar la dualidad que durante décadas operó a partir de oposiciones tales como: Instituciones para agudos /Instituciones para crónicos- Paciente agudo/Paciente crónico- Hospital de puertas abiertas/ Hospital de puertas cerradas-, etc.

Respecto al trabajo relativo al proceso de Consentimiento Informado se advirtió en muchos casos que el mismo no era válido porque la persona no comprendía, o porque el consentimiento fue dado en un momento determinado y no se actualizó, pudiendo constatarse al momento de la evaluación actual, la manifestación de su revocación verbal. Y en numerosos casos se advirtió que esa manifestación de voluntad estaba condicionada por las circunstancias.

Otro aspecto importante a considerar, el cual presenta sus consecuencias en lo relativo al proceso de consentimiento informado, es **cierta estandarización en los abordajes por parte de determinadas instituciones**, una suerte de "oferta de prestaciones para todas las personas usuarias por igual". De manera que no se pone plenamente en valor el trabajo de sondear cuáles son los intereses de la persona, cuál es su historia ocupacional, etc.

Relevamos que ello deriva en otra dificultad, a saber: **la escasez o falta de trabajo interdisciplinario e intersectorial, más aún en el sector privado, a partir de lo cual se advierte una fuerte fragmentación y segmentación en las intervenciones, sin lograrse síntesis interdisciplinarias como una dimensión fundamental del abordaje en equipo.**

¿Qué se hizo?

Fundamentalmente se trabajó con los equipos tratantes y los directivos de las instituciones o servicios en los conceptos de voluntariedad e involuntariedad para esclarecer dudas, determinar las diferencias y modos de proceder.

Respecto a la comunicación y a la evaluación de las justificaciones de las internaciones, este ORSMER informó y solicitó **-al menos en dos oportunidades a cada una de las instituciones de la provincia-** acerca del deber de cumplir con la realización de las mismas.

En cada presentación del ORSMER fue interesante introducir y problematizar el concepto de involuntariedad, no solamente desde la existencia de un criterio de riesgo cierto e inminente, sino también desde las dificultades que pudiera presentar un sujeto, en determinados momentos, de poder expresar su voluntad, comprender su situación y consentir una propuesta o una medida vinculada a su abordaje.

En el ámbito privado se propició que se empiece a trabajar la perspectiva de la inclusión social. Basada en la creencia de que esa dimensión resultaría ajena a sus intervenciones y responsabilidades como efectores de salud, **hay una negativa muy fuerte a trabajar en esta dirección.** Según esa creencia, las prácticas se centran fuertemente en la compensación sintomática -lo cual no deja de ser un aspecto fundamental- **pero se ubica en un lugar menos relevante, y que no competiría al trabajo profesional e interdisciplinario, a las acciones e intervenciones relativas a la inclusión social.**

Por lo demás, la externación a partir de la compensación sólo parecería posible para quienes cuenten con familias contenedoras. En ausencia de esta condición, no se consideran otras acciones generadoras de referentes para el usuario y por ende posibilitadoras de inclusión social como parte fundamental del trabajo relativo al proceso salud/ enfermedad /atención /cuidado/inclusión social y comunitaria.

Por ello, una de nuestras funciones prioritarias es la promoción. En ello existe además el propósito de intercambiar y propiciar permanentemente aquellos abordajes que puedan integrar todas las medidas que vayan permitiéndole al sujeto mayores habilitaciones, mayor autonomía, en definitiva mayores posibilidades efectivas de

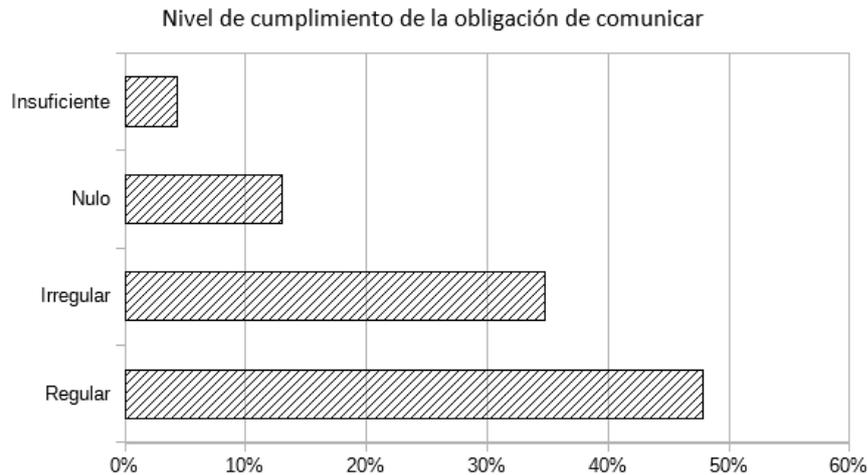
inclusión social - aún y fundamentalmente en el transcurso de una internación-.

¿Qué efectos se observaron?

Hay instituciones donde se ha puesto a revisión realmente la conceptualización de qué se entiende e interpreta por *voluntariedad* y qué es *involuntariedad*; instituciones que consultan respecto a la justificación. Luego está el otro polo: instituciones a las que se les reitera acerca de su obligación en las comunicaciones y que insisten con el incumplimiento.

Para una lectura sobre el nivel de cumplimiento del deber de Comunicar las internaciones, tras las intervenciones realizadas en cada institución, se propone el Gráfico que aparece a continuación, a partir del cual se observa que **el 50 %** de las instituciones cumplieron con el deber de informar las internaciones involuntarias, las internaciones voluntarias de más de 60 días de duración y las derivaciones. No es posible aseverar que estas comunicaciones sean estrictamente correctas pero en términos de la relación entre situaciones constatadas y situaciones comunicadas se observa una regularidad en ese cumplimiento.

La restante mitad, **cumplió – en un 35%- en forma irregular** (en términos de frecuencia: se constató que se realizaron internaciones que no fueron informadas), **un 13% en forma insuficiente** (se constató que se realizó la comunicación de la minoría de las internaciones realizadas), **y un 4% tuvo un cumplimiento nulo**.



Más allá del intento de esta presentación en relación a determinar el registro de las **comunicaciones**, evaluamos el nivel de cumplimiento de la justificación de las internaciones comunicadas de estas instituciones visitadas. A partir del análisis, podemos decir que un cuarto (25%) de las instituciones visitadas mantuvo un cumplimiento del deber de comunicación al ORSMER, acompañando a su vez justificaciones adecuadas a lo que determina la Ley Nacional de Salud Mental. Se trata de instituciones públicas: hospitales generales y hospitales monovalentes. Además coincide que en ellas se observó un nivel alto de respuesta general en función de las intervenciones que se realizaron.

El caso de un nulo grado de acatamiento en la comunicación de las internaciones corresponde a un solo Hospital Monovalente de la Provincia, el cual sólo extendió información sobre la población con la que cuenta pero nunca informó las internaciones. Otro 25% informó correctamente, pero no acompañó las justificaciones adecuadas a los criterios legales. Esta situación comprende a tres comunidades terapéuticas y un hospital polivalente.

En los efectores públicos, se ha podido avanzar en acuerdos con los equipos de salud para que en las internaciones prolongadas “por razones sociales” se trabaje la dimensión de la inclusión social. Se intenta conmovir la posición persistente en varios profesionales y equipos de que, aún valorando como necesarios y fundamentales los procesos de inclusión social, asuman que es su responsabilidad la confección de las estrategias terapéuticas interdisciplinarias e

interinstitucionales en cada caso particular, tendiendo a tornar sustentables los procesos de externación.

Aunque **en el sector privado** aparece aún más sesgada la intervención y no hay una perspectiva interdisciplinaria, se pudo conocer que se han hecho reuniones de equipo y que se han convocado a acompañantes terapéuticos; lo cual se valora como un avance.

De todas maneras, en determinadas clínicas privadas de la provincia persistió la ausencia o parcialidad en las comunicaciones de las internaciones a este ORSMER.

Respecto al relevamiento que fue posible producir en cuanto a *datos cuantitativos vinculados a las comunicaciones de las Internaciones desde las dos fuentes fundamentales: (Juzgados e Instituciones - Hospitales/Servicios- de Salud Mental)*, es posible mencionar las siguientes cifras y valoraciones:

Del total de **comunicaciones de internaciones** correspondiente al *período octubre de 2017 a diciembre de 2018*, a saber: 1249; las mismas provinieron y se distribuyeron del modo en el que se detalla a continuación:

Efector	Cantidad de Internaciones Comunicadas
Hospitales monovalentes públicos de la provincia de Entre Ríos:	
-Hospital Escuela de Salud Mental (HESM), Paraná.	465
-Hospital Colonia de Salud Mental (HCSM), Diamante.	27
-Hospital Dr. Ellerman, Rosario del Tala.	26
-Hospital Dr. Camino, Federal.	29
Total	547
Clínicas (de Salud Mental /de Psicopatología/ psiquiátricas) privadas de la provincia:	

-Clínica Self, Paraná.	1
-Clínica Senderos, Paraná.	7
-Clínica PALAS, Paraná.	0
-Clínica San José, Concordia.	43
-Clínica SISAME, Diamante.	19
Total	70
Hospitales Generales con Servicios de Salud Mental de la provincia:	
-Hospital San Martín, Paraná.	9
-Hospital Materno Infantil San Roque, Paraná	2
-Hospital Justo José de Urquiza, Concepción del Uruguay.	23
-Hospital Centenario, Gualeguaychú.	31
-Hospital Salaberry, Victoria.	3
-Hospital 9 de Julio, La Paz.	1
-Hospital San Antonio, Gualeguay.	7
-Hospital Felipe Heras, Concordia.	368⁵
-Hospital Santa Rosa, Chajarí.	1
-Sanatorio Adventista del Plata- Privado-, Villa Libertador San Martín.	5
Total	450
Comunidades Terapéuticas / Centros de Rehabilitación en Adicciones de la Provincia:	
-Fundación Luz de Vida, Paraná.	4
-C.T. Aprender a vivir, Concepción del Uruguay.	48
-C.T. Del Prado, Concepción del Uruguay.	38
-Programa Ibicuy, Villa	17

⁵ Respecto a esta Institución es dable considerar que dadas las características propias de su estructura y emplazamiento en una planta alta que permanece desconectada del resto del edificio, condición que restringe las salidas de los usuarios de dicho sector que permanece cerrado, a la vez que -como Hospital General- presenta pocos Servicios de otras especialidades; es por ello que su lógica de funcionamiento se aproxima más a un Hospital monovalente que a un Hospital General.

Paranacito.	
Total	107

Vale remarcar que las cifras aquí vertidas no tienen valor de indicador epidemiológico, puesto que se refieren a la cantidad de comunicaciones de internación, siendo esto diferente a considerar la cantidad de internaciones que se han o hubieran producido

3.2.-Consideraciones en relación a los procesos de restricción a la capacidad

Lo que hemos advertido, luego del análisis de procesos y sentencias de restricción a la capacidad de diferentes localidades de Entre Ríos, es que en algunos casos particulares la persona sobre la que recae un proceso de restricción a la capacidad ya está recibiendo algún tipo de apoyo informal (alimentación, vestimenta, higiene, actividades de la vida diaria en general, toma de la medicación, etc.). A la vez, aparece como una dificultad el pensar casi exclusivamente al apoyo como conformado por una sola persona - generalmente un familiar - y no como una configuración o constelación de varias personas (familiares/ otros referentes) en diversas y/o complementarias funciones.

Otra dificultad identificada atiende a que es posible reconocer que tampoco se dispone o no son ofrecidas figuras de apoyo por parte de organismos estatales para personas usuarias más vulnerables en tanto no cuentan con referentes familiares y/o comunitarios.

También es cierto que se advierte la persistencia del modelo de "sustitución de voluntad en la toma de decisiones" por parte de equipos técnicos y operadores judiciales. Esto sigue produciendo, como consecuencia, la desatención de la capacidad de la persona de decidir. A la vez supone una **pretensión de garantizar la satisfacción de las necesidades de la persona desde la voluntad de la figura de apoyo casi en equivalencia a la anterior figura del curador**. De este modo se refuerza la sustitución de la voluntad y se dificulta la construcción de grados

crecientes de autonomía. Esto se advierte cuando, en las sentencias, se designa al apoyo con funciones de **representación en abstracto**, y opera entonces de manera encubierta la figura del curador del modelo médico-rehabilitador.

También pudo observarse que en las sentencias se restringía la capacidad para el ejercicio de los derechos personalísimos, como el derecho al voto, el derecho a contraer matrimonio y el ejercicio de la responsabilidad parental, etc., lo cual deviene inconstitucional por ser dichos derechos inherentes a la persona, y hacer a su esencia. Se trata de derechos reconocidos por la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, que goza de Jerarquía Constitucional (art.75 inc. 22) a partir de la sanción de la Ley 27.044 del 19/11/14.

Siguiendo con la enumeración, otra situación que pudo advertirse fue la **determinación de manera casi automática de la restricción plena de la capacidad en aquellas situaciones en las que resulta muy difícil acceder a una expresión de la voluntad de la persona**. Por un lado se asimila la barrera comunicacional o de otro orden con un déficit inherente al sujeto.

Cabe interrogarse **¿por qué debería restringirse la capacidad de ejercer determinados derechos a una persona independientemente de que en determinadas circunstancias no se encuentre en condiciones de ejercerlos?** Un ejemplo de ello atiende al derecho al voto cuando este aparece restringido por una condición particular de la persona, o aún si no es su deseo votar. Allí restringir el derecho al voto **no asumiría el sentido de proteger a la persona**. Otra situación ejemplar de este tipo de funcionamiento se ha dado en la restricción de administrar bienes inmuebles, frente a lo cual ha cabido plantearse: “esta persona no tiene bienes inmuebles ¿Porqué se lo debería restringir?” Sería oportuno al menos, esperar a tomar determinadas decisiones, si en algún momento la persona dispusiera de bienes.

Cobra sentido y razón el hecho de que los procesos de restricción a la capacidad sean revisados periódicamente; y ello con el sentido de actualizar la evaluación del estado, el contexto

y el proceso histórico de la persona, y no como una condición permanente e inmodificable, propio de las determinaciones anteriores de insanía o incapacidad.

¿Qué se hizo?

Este aspecto ha sido fundamentalmente abordado por la vía de la promoción. Se han mantenido conversaciones (con distintos grados de formalidad) con actores del Poder Judicial: la Cámara, Defensores, Magistrados y equipos técnicos de los juzgados.

En cada lugar donde el ORSMER interviene por un caso particular, o en sus presentaciones (qué es, qué hace, para qué y cómo) se trata el tema de la discapacidad, de la capacidad, de la autonomía, de los riesgos, etc.

En el aspecto judicial lo que se intenta promover es que en las sentencias se integre y respete la **toma de decisiones con apoyo**, que se abandone el criterio de sustitución de la voluntad, de la representación al usuario por parte del curador. Para eso se trabaja con la Convención de las Personas con Discapacidad y la Observación General N°1 del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU.⁶

*Por otro lado, se trata de incidir en que los equipos que hacen evaluaciones, (fundamentalmente los Equipos Técnicos Interdisciplinarios de los Juzgados) puedan ir determinando y explicitando qué tipos de apoyos alguien necesitaría para realizar algún tipo de actividad. Advirtiéndole que eso tiene dos vertientes: **primero**, gestionar los trámites pertinentes dando debida cuenta de la situación de la persona para que la orientación prestacional sea específica; **y segundo**: permitir que la futura revisión de la sentencia tenga un sentido real. Si se está trabajando alguna función con un apoyo, tal vez en la próxima revisión este no sea necesario, o quizás alguna otra función debería ser apoyada. **Se trata de evitar la***

⁶ <http://mpd.jusentrerios.gov.ar/organo-de-revision-normativas/>

generación automática de sentencias sin estas consideraciones.

Por otra parte, se ha intentado incidir en que la restricción no se derive sólo del diagnóstico. De la mano con la perspectiva de la sustitución de la voluntad concurre el hecho de que, a partir de un diagnóstico, se establezca lo que una persona "no podría". Lo que es totalmente diferente a pensar con qué apoyos podría ejercer el derecho en igualdad de condiciones. En este punto resulta imperioso distinguir y no confundir u homologar **Capacidad mental /cognitiva** con **Capacidad jurídica**.

En tanto Órgano de Revisión, sobre lo que se hizo foco fue en el hecho de propiciar en la persona que atraviesa por un proceso judicial de restricción a la capacidad, que pueda establecer y contraer obligaciones a la vez que reconocer y apropiarse de sus derechos (Así también en una situación de abordaje en salud mental).

A la persona con discapacidad se le quita la posibilidad de decidir, pero también se le quitan las obligaciones. Una forma de negar a la persona, de negar su calidad de tal, es sacarle, no asignarle o permitirle reconocer obligaciones.

¿Cómo se genera autonomía? No es solo con dinero y permisos. Para esto es importante escuchar la voz de la persona, habilitarle formas de manifestación de sus intereses, generar habilidades para comprenderlos y reconocer sus posibilidades y su responsabilidad en eso.

El ejercicio de los derechos personalísimos hacen a la esencia del ser humano y son reconocidos por la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, de rango constitucional, art- 75 inc. 22 CN. En consecuencia se debe reconocer y respetar el derecho a la identidad, el derecho a elegir con quién vivir, dónde vivir, de qué modo vivir, con quién/es construir nuestras relaciones personales, entre ellas el derecho a formar una familia, la posibilidad de participación ciudadana y democrática, etc., ello le permite a la

persona con discapacidad **construir su propio proyecto de vida** en iguales condiciones que las demás.

Para el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad la CDPC prevé la figura de apoyo para la toma de decisiones art. 12).

En el proceso de restricción se debe buscar brindar las medidas de apoyo necesarias para potenciar la autonomía y el ejercicio de los derechos, debiendo diseñarse el sistema a partir de las necesidades y circunstancias concretas de la persona.

Hay intervenciones en situaciones individuales en las que hemos podido trabajar con el equipo tratante, con la persona y con un familiar, a partir de lo cual se generaron sugerencias que se explicitaron en los informes y en los dictámenes para los Juzgados y que además comprometen otros organismos que intervienen en la problemática de la discapacidad (IPRODI) y otras instituciones financiadoras y el Ministerio de Salud.

¿Qué efectos se observaron?

Los efectos más notables se advirtieron a través del trabajo con las **Defensorías y con el Cuerpo de Letrados del Artículo 22**, promoviendo el *modelo de toma de decisiones con apoyo*. Se volvió frecuente la recepción de consultas de estos organismos a partir de la promoción de esta orientación en las intervenciones. En ocasiones se advierte mayor atención y apropiación de esta perspectiva de parte de los actores intervinientes en dichos procesos de restricción a la capacidad.

3.3.-Intervenciones ante Denuncias de violación de derechos.

Desde su funcionamiento en Octubre de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2018, el ORSMER ha recibido denuncias realizadas por:

1. Profesionales de instituciones de salud,
2. Familiares de usuarios de servicios de salud mental,
3. Defensores Públicos,
4. La Unidad de Letrados del art. 22 de la LNSM,
5. Dirección de Salud Mental de la Nación.

Ahora bien, ante una denuncia recibida, ¿qué se hace? La Secretaría Ejecutiva y el Equipo Técnico Interdisciplinario se presentan en el lugar, se habla con la supuesta víctima, con los involucrados en la situación, con los profesionales, con los actores de la institución. La información vertida en la denuncia permite encauzar la mirada, sirve para mirar sobre un aspecto específico. Entonces, se corrobora si lo denunciado aconteció, se evalúa la magnitud y el alcance del incidente, para luego decidir si la cuestión amerita un trabajo de promoción, la solicitud de una intervención a la dirección de la institución, o si se presenta una denuncia penal porque se valora como un hecho grave. En definitiva: se toman las medidas para que cese la situación de vulneración de derechos.

Ante las diferentes denuncias presentadas, la Secretaría Ejecutiva junto con su Equipo han trabajado según lo ilustra la siguiente tabla:

Las denuncias han versado sobre las siguientes vulneraciones	Algunas de las acciones concretas encaradas a partir de la recepción de denuncia
Maltrato físico por parte de profesional a un usuario en un Hospital monovalente.	Se realizó una denuncia por parte de la Secretaría Ejecutiva, presentándose en la Fiscalía correspondiente, a fin de esclarecer la situación ocurrida y garantizar la preservación de la integridad psicofísica del usuario agredido.
Maltrato verbal por parte de profesional a un usuario y a un familiar suyo.	Se trabajaron sugerencias para el tratamiento institucional de ese tema con la Dirección de la Institución y los distintos sectores involucrados en la situación.
Existencia de habitación que funcionaba como sala de	Se solicitó a la institución denunciada que proceda de inmediato a eliminar la sala de

aislamiento.	aislamiento. También se puso en conocimiento de dicha situación a la Dirección Provincial de Salud Mental y se solicitó al Juez Competente del control de legalidad de la internación del usuario cuyos derechos se vieron vulnerados que ordene a la brevedad la restitución de los mismos.
Ausencia de condiciones de seguridad en el sector de Farmacia de un hospital monovalente.	Se dió intervención a la Dirección Provincial de Salud Mental y Adicciones para que se arbitren las medidas necesarias para que la institución en cuestión establezca condiciones de seguridad en el Sector de Farmacia.
Estado inadecuado de la blanquería (colchones deteriorados y faltante de ropa de cama), como así también puertas, ventanas y baños deterioradas como vulneración del derecho a una estadía digna; existencia de un negocio emplazado dentro de la institución sin encontrarse enmarcado en la normativa correspondiente y sin que el usuario a cargo tuviera garantizado el derecho a una justa compensación por su tarea (art. 7 inc. LNSM).	Se elaboró un documento con las siguientes recomendaciones a la Institución, a saber: a) <i>que se retiren las camas desocupadas de las habitaciones como acto simbólico y político que implica un proceso de sustitución de instituciones monovalentes por dispositivos de atención psicosocial de base comunitaria.</i> b) <i>que se provean en tiempo oportuno todos los recursos materiales (en éste caso colchones) que garanticen la adecuada atención de los usuarios.</i> c) <i>que se incluya al kiosco en el marco de un proyecto laboral y su regulación normativa, como así también que se garantice el derecho a una justa compensación por su tarea al usuario que trabaje en la atención del negocio.</i> d) <i>que se comience a aplicar el Protocolo de Administración de Dinero por parte de los Usuarios Internados en Instituciones de Cuidados Prolongados, creado por Res. Nº 2287 del Ministerio de Salud de la Provincia de Entre Ríos.</i>
Faltante de psicofármacos en farmacia de institución pública, debiendo suspender por tal motivo la atención en consultorios externos, con posibilidad de que se vea afectado la atención de usuarios internados.	Se dió intervención a la Dirección Provincial de Salud Mental y Adicciones para que se proceda a regularizar la faltante de psicofármacos en esa institución.

<p>Denuncia a institución por incumplimiento del deber de informar la internación involuntaria de una usuaria - transcurridos dos años de la misma-; por irregularidades en su historia clínica y en su consentimiento informado, (suscripto por un familiar y no por la persona internada); por ausencia de un tratamiento o abordaje interdisciplinario; y finalmente por la prohibición de contacto con familiares y allegados.</p>	<p>Se presentó el E.T.I. y el Secretario Ejecutivo en la institución, en la que constataron los hechos denunciados, a partir de lo cual se elaboró un informe y dictamen dirigido al Juez competente para informar que no se había comunicado en tiempo y forma la internación, que se trataba de una internación involuntaria, pero que la persona no presentaba situación de riesgo cierto e inminente que ameritara que permaneciera internada; atento a ello, se solicitó que se procediera a externar a la usuaria articulando con sus familiares y conforme a las sugerencias operativas realizadas por el E.T.I.. Asimismo se solicitó al Juez que llamara la atención a la institución por la falta de comunicación en tiempo y forma de las internaciones. También se enunciaron los derechos previstos por la LNSM que se encuentran siendo vulnerados por la institución para que se proceda a restituirlos.</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. dificultades en la atención urgente de personas en crisis por parte del Servicio de Salud Mental de una Institución, requiriéndose siempre orden judicial o intervención de Defensoría para que se proceda a atender a la persona. 2. Falta de articulación entre el servicio de salud y las fuerzas de seguridad ante las situaciones de personas en crisis. 3. Falta de elaboración de tratamientos a largo plazo, ya sea para personas que 	<p>Se efectuaron reuniones con las Instituciones en cuestión a los fines de promocionar y difundir cuales son las prácticas adecuadas a la LNSM.</p>

<p>se encuentra internadas o con tratamiento ambulatorio.</p>	
<p>Imposibilidad impuesta a un usuario con internación voluntaria de retirarse de la institución mediante la utilización de la fuerza física. Sobremedicación con pastillas y/o inyectables a usuarios que no obedecen las órdenes.</p>	<p>La Institución (se trataba de una Comunidad Terapéutica) no comunicaba las internaciones, por lo que comenzó a requerirse dichas comunicaciones a los fines del control de legalidad. Ello permitió a este ORSMER comenzar a intervenir , a solicitud del Juzgado también, en situaciones particulares en las que se denunciaron estas prácticas abusivas y arbitrarias. Las mismas mantuvieron un carácter anónimo por el temor de los y las jóvenes manifestantes de algún tipo de consecuencia institucional desfavorable.</p> <p>Resulta importante en esta perspectiva la introducción de una abogada del Art. 22.</p>

Antes de finalizar el presente apartado es necesario remarcar que se constata que con el transcurso del tiempo de funcionamiento de este ORSMER, el volumen de denuncias ha ido en aumento. Este Organismo se va consolidando e inscribiendo como un agente social reconocido ante el cual efectuar presentaciones, reclamos y denunciar vulneraciones y violaciones de derechos. ***Se sostiene como línea de trabajo fundamental en este sentido sensibilizar a los usuarios, familiares y trabajadores de los servicios de salud mental sobre esta función fundamental del ORSMER.***

4.- Monitoreo y evaluación del cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones en Instituciones Monovalentes Públicas y/o Privadas

Para el abordaje de este punto es bueno tener en cuenta **que un monitoreo implica una continuidad temporal en la evaluación, un desarrollo y no un corte transversal de supervisión.**

En este caso, acercarnos al origen de la palabra nos ayuda a ilustrar el sentido de la actividad misma. La palabra "monitoreo" se deriva de "monitor" o "monitoris" (el que aconseja, advierte, amonesta, hace recordar, sugiere), y por otro lado, su acepción moderna derivada de diversas disciplinas, implica también la *acción de observar la evolución de uno o varios parámetros para detectar cambios y elementos constantes*. Lo cual nos remite también al sentido más cercano de monitorear cómo hacer visible o visibilizar en proceso. Se hace evidente la idea de proceso que comprende un despliegue temporal, es decir varias visitas durante un período de tiempo que puede incluir varios meses.

Vale también aclarar que el monitoreo se desarrolla con apoyo de un instrumento de monitoreo, el cual contiene muy diversos items y preguntas que son administradas a distintos actores institucionales (directivos, personal institucional, usuarios y familiares). Ello permite,

tras un primer análisis general, generar indicios para la configuración de una lectura global de la institución y detectar situaciones particulares que requieran una intervención. El instrumento está organizado en ejes que se articulan en relación al cumplimiento o no de los parámetros de los derechos humanos y de los abordajes reglamentados por la LNSM. Más específicamente: datos institucionales, marco legal, trabajo interdisciplinario, capacitación; tratamiento, derechos de las personas, modalidad de abordaje, trabajo intersectorial, alcance de los servicios brindados por la institución, proceso de adecuación a la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26.657, condiciones estructurales de las instalaciones, duración de las internaciones, trabajo con el Consentimiento Informado, condiciones de la internación, situaciones jurídicas de los usuarios y del curso de sus internaciones. Existen distintas secciones del instrumento de acuerdo al tipo de entrevistado del que se trate.

Ahora bien, ¿cómo se eligió qué instituciones monitorear? Esa fue una decisión resultante de la acción del Plenario.

Para el ejercicio del primer período del ORSMER se propuso monitorear:

1. Un Hospital monovalente público,
2. Una Comunidad Terapéutica privada,
3. Dos clínicas monovalentes privadas,
4. Una institución geriátrica y
5. Un Servicio de Salud Mental de un Hospital general.

De las Instituciones seleccionadas para monitorear en función del Plan de acción, pudieron llevarse a cabo - en el período que comprende este informe- monitoreos en las dos primeras Instituciones referenciadas (Hospital monovalente público y C.T. privada) y en una clínica monovalente privada, quedando pendientes de realizarse los monitoreos correspondientes a una Institución geriátrica y a un Hospital General.

Hechas estas aclaraciones, a continuación se presenta el desarrollo sobre los monitoreos institucionales realizados en el período que describe este informe (octubre de 2017-diciembre de 2018).

Se presentarán los aspectos más significativos relevados y valorados por este ORSMER en relación a dos procesos de monitoreos institucionales, a saber: Un hospital monovalente y una comunidad terapéutica.

Los datos presentados a continuación surgen de las entrevistas con autoridades, profesionales, usuarios, personal administrativo, lectura de documentos institucionales, historias clínicas, y observación directa⁷ sostenida a lo largo de múltiples visitas.

4.1.- Monitoreo en Hospital Monovalente Público

¿Qué se advirtió?

En razón de las dimensiones espaciales del lugar -gran predio con diversos pabellones con calles y sectores peatonales- y la cantidad de usuarios internados (Aproximadamente 90 personas usuarias), se realizaron 7 visitas (una cada dos meses aproximadamente), durante los últimos meses del año 2017 y durante el curso del año 2018, resultando la institución con más visitas de relevamiento por parte de este ORSMER.

Allí se advirtió que la mayoría son "internaciones sociales prolongadas", acompañadas además por la falta de trabajo en la perspectiva de externación. Se constató escaso trabajo interdisciplinario con intervenciones orientadas a lograr la "compensación", pero sin desarrollo de medidas y acciones tendientes a la inclusión social, ni de promoción de autonomía de la persona.

En el sentido de una concepción y operatoria de trabajo en consonancia con los postulados de la LNSM, se registra como un

⁷ Vale aclarar que el monitoreo en estas instituciones a la fecha actual (diciembre de 2019) continúa su proceso, pero los datos aquí vertidos se refieren a la realidad de la fecha en la cual fueron constatados (2018)

hecho positivo, **la existencia y funcionamiento de un equipo de APS (Atención Primaria de la Salud), que trabaja sobre todo en el ámbito rural y que responde a una gran demanda.**

También se pudo observar que la atención ambulatoria por consultorio externo se refuerza a partir de haberse reparado y refuncionalizado un sector de las instalaciones del gran predio para dicha atención ambulatoria, **sin migrar el personal a fortalecer el servicio del hospital general de la localidad.**

El Hospital en cuestión se encuentra desconectado de la localidad: no hay transporte público (colectivo), y se sigue apelando a que "está alejado". Otros hospitales monovalentes de otras localidades en el territorio provincial han permanecido durante mucho tiempo en un lugar periférico y aislado, pero conforme fueron extendiéndose las ciudades han terminado por quedar incluidos al área urbana; o bien por la historia particular de uno de ellos, desde mucho tiempo ha tenido una inscripción social importante en la comunidad. En el caso de este Hospital monovalente monitoreado no se trata de una distancia solamente geográfica, sino también simbólica, reforzada además por la falta de conectividad.

Se advirtió que las personas ahí internadas no disponen de privacidad, en el sentido de que no existe un lugar donde guardar objetos personales, atendiendo además a la estructura de Pabellón de las salas donde se ubican las camas. Tampoco está habilitada la posesión de artefactos electrónicos (dentro de esto figura la prohibición de tener celulares)⁸.

Lo que se detectó también es que, por la co-territorialidad con la cárcel⁹, las *medidas de seguridad*¹⁰ las llevan a cabo los agentes

⁸ Esto responde a lógicas manicomiales en el sentido de la comodidad del orden establecido más que de control de las comunicaciones. Se alude a pérdidas y robos de estos dispositivos entre los usuarios y los conflictos derivados de ello, sin que pueda avanzarse en medidas de cuidado hacia los objetos personales de cada uno, tales como: disposición de mobiliario con llaves para cada uno, medidas de cuidado y responsabilidad de cada uno respecto a sus objetos de valor, etc.

⁹ El predio donde está emplazado el hospital (antiguo cuartel militar) es el mismo en el que se construyó una unidad penitenciaria con la cual comparten la entrada, si bien existe un tejido de alambre que delimita el espacio físico que corresponde a cada institución.

¹⁰ En [derecho penal](#), las **medidas de seguridad** son aquellas sanciones complementarias o sustitutivas de las penas, que el juez puede imponer con efectos preventivos a aquel sujeto que

pertenecientes a la Unidad penal. En relación a esto, se conocieron situaciones sucedidas en el Hospital, en las que se utilizaba una habitación como sala de encierro, cuya llave del candado con el que se cerraba la puerta permanecía en poder del personal penitenciario, quien cerraba la puerta al anochecer, dejando al usuario encerrado hasta el otro día. Sobre esto se trabajó con el Defensor Público de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad, solicitando al Juez el cese de este tipo de prácticas.

A pesar de las solicitudes, aclaraciones y reiteraciones por parte de este ORSMER a la Institución en lo relativo a la exigencia de comunicación de las internaciones, la misma sostiene el incumplimiento de la obligación de comunicar las internaciones.

Respecto al manejo de los horarios, se advierte un sistema muy rígido. El horario de la siesta¹¹ como ejemplo: durante la misma se cierran los pabellones, nadie sale, nadie entra, hasta determinada hora. También hay horarios restringidos para el uso de las duchas. Más allá de que es comprensible que se regulen horarios institucionales para diversas actividades cotidianas es posible advertir la escasa libertad que las personas tienen en el sentido de poder elegir sobre diversos aspectos de la gestión de su vida diaria.

Otro aspecto particular que ilustra el carácter de institución total, (que no opera en la habilitación de autonomía de las personas), propio de los monovalentes, es la gestión de la ropa. **Las personas usuarias se visten con prendas de un ropero común, marcadas con letras. Se constata que la explicación para este funcionamiento no se enmarca en un tratamiento respetuoso de derechos que contemple la singularidad de las personas, sino en cierta inercia del funcionamiento institucional (en este caso ordenar la ropa de acuerdo a las salas).**

Las actividades (ocupacionales, recreativas, terapéuticas, grupales, dentro de la institución o fuera de ella) son pocas, en un horario acotado, fundamentalmente matutino y cuentan con

comete un injusto (hecho [típico](#) y [antijurídico](#)); pero, que de acuerdo con la [teoría del delito](#), al ser inimputable no puede ser culpado por un defecto en su [culpabilidad](#).

¹¹ Luego del almuerzo, hasta las 16 hs. aproximadamente.

escasa participación de los usuarios, a la vez que éstas se promocionan escasamente. Así, en horas de la tarde son prácticamente nulas las ofertas de actividades/ ocupaciones a las personas usuarias.

Se observa una fragmentación muy grande entre los servicios, reforzada por las dimensiones geográficas del lugar (equivalentes a 4 manzanas urbanas): cada uno se encuentra en un lugar específico y circunscripto. El factor de las distancias internas y externas (geográficas y simbólicas) es valorable como un vector que potencia una resistencia a los cambios institucionales.

En este mismo sentido, respecto a los demás servicios de salud mental de la provincia se puede afirmar que **en ese hospital son escasas las posibilidades de supervisión de algún equipo en cuanto a cierta orientación de las prácticas, como tampoco se constata oferta formativa al alcance de los trabajadores.** Hay un registro muy positivo para los trabajadores de haber sido acompañados por la Dirección de Salud Mental y Adicciones, a través de la RiSaM (Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental), un tiempo atrás en el que residentes viajaban cada 15 días y evaluaban situaciones de personas internadas en proceso de externación.

En concordancia con lo anterior se valora también la incorporación (durante el año 2018) de una profesional de Salud Mental egresada de la RiSaM y con apertura y disposición al trabajo interdisciplinario, en el contexto de un hospital con escasos recursos de profesionales sobre el total de su planta de personal.

*Como un aspecto de suma importancia hay que destacar el hecho de que **no se ha avanzado sobre un plan de readecuación y sustitución del Hospital Monovalente por Dispositivos de Base Comunitaria,** sobre todo en lo relativo a un plan que plantee pautas de cómo debería realizarse dicha transformación y sustitución del hospital monovalente, además de que **gran parte de la población internada corresponde a personas con un promedio de más de 50 años de edad, siendo que un tercio del total tiene más de 65 años.** No se*

releva, a partir de las entrevistas de monitoreo institucionales, que la Autoridad de Aplicación haya ofrecido el suficiente apuntalamiento a este efector en lo relativo al suministro de pautas, apoyo y direccionamiento en los procesos de transformación y sustitución institucionales.

La ausencia de proyecto se pone en evidencia en tanto que, a lo largo de todas las visitas, no se ha logrado conversar con algún actor institucional que piense en la realidad efectiva del cierre del hospital y su sustitución por otros dispositivos. **Por el contrario, se constata que se gestionan mejoras muy costosas, habida cuenta de las dimensiones del lugar, en diversos sectores (Cocina, Consultorios Externos, etc.) en el sentido de refuerzo del carácter de institución total.** *Estas mejoras se inscriben en un proyecto complejo contradictorio y no escrito, de mejorar las condiciones mientras que se tramitaría una transformación.* Dichas reformas y mejoras edilicias y funcionales parecerían presentar el alcance del mejoramiento de las condiciones materiales del lugar y su incidencia en una mejor calidad de vida de los usuarios.

Dichas situaciones concurrentes y contrapuestas parecen indicar la dificultad de dar lugar a las transformaciones necesarias para que deje de existir esta Institución monovalente.

Este hospital ocupa un lugar simbólico y concreto -histórico por otra parte- como fuente de trabajo de una ciudad donde no abundan las posibilidades laborales. Advertimos inquietud e incertidumbre en algunos trabajadores del hospital expresados en el temor a perder el trabajo tras el cierre del hospital. Posición que operaría como importante resistencia al cambio por parte de los mismos en vistas de propuestas de transformación.

En el sentido de los abordajes terapéuticos es observable la escasez de proyectos de inclusión por parte de los profesionales y equipos intervinientes. Se advierte que hay personas internadas que podrían, por ejemplo administrar y manejar sus ingresos, tomarse un remis e ir al pueblo, tener alguna circulación en espacios y actividades sociales, atendiendo a ciertos apoyos que pudieran

arbitrarse. Estimamos que al no propiciarse estas acciones en el sentido de la inclusión y ejercicios de autonomía y ciudadanía, se refuerzan limitaciones y al menos se restringen las posibilidades de producción de externaciones. Aparece, en el orden de la excepción, alguna estrategia puntual que integre acciones de inclusión social y comunitaria.

Frente a esta situación, el equipo técnico interdisciplinario de este ORSMER planteó la posibilidad de que los usuarios pudieran efectuar salidas regulares, dado que varios disponen de una pensión y en algunos casos este ingreso mes a mes se va acumulando. Se conoce, por otro lado, la experiencia de salidas a supermercados, en las que varios usuarios efectúan compras. Estas salidas, sin dejar de ser un paso importante, revisten un carácter grupal/masivo, y de frecuencia mensual. Deberían alentarse proyectos en esta dirección que den mayores posibilidades de expresión de la singularidad en las decisiones que cada uno tome; y/o la conformación espontánea de grupos en función de identificaciones, preferencias, etc.

Por otra parte, se pudo conocer cierta capacidad instalada, (potencial para el trabajo en la promoción de capacidades ocupacionales para los usuarios de los servicios en una trayectoria de inclusión¹²), pero inscrita en una concepción tutelar, casi de "auxiliar". Por ello no aparece una concepción del trabajo y la ocupación que promueva la expresión espontánea y el despliegue de capacidades potenciales y/o instaladas, que aún requiriendo de ciertos apoyos y apuntalamientos, pudiera habilitarse.

Como aspecto positivo se constata el paso de un manejo irregular de los fondos de los usuarios en la gestión/ dirección anterior, a un sistema de apoyo institucional mediante un acuerdo firmado por la Institución con la Defensoría, lo cual implica un control.

12 Existe en la institución un taller denominado costurero, donde funcionaba un "taller protegido", una gran sala donde se repara la ropa del hospital, y se hacen bolsas y almohadones, que elaboran las costureras para vender en las ferias donde se presenta "lo que se hace en el hospital psiquiátrico". Ante la pregunta sobre la participación de usuarios en ese espacio se respondió que sí, que Fulano participaba. Y Fulano era un usuario que se acercaba a tomar mate con ellas, les ayudaba, les alcanzaba cosas: era el "querido" de ellas. Pero al preguntar sobre si le permitían el uso de las máquinas se expresó una negativa tajante basada en el temor a riesgos por su carácter de paciente.

Otro aspecto que pudo relevarse atiende al escaso trabajo interdisciplinario y a las dificultades de lograr acuerdos en los intentos de trabajo en equipo, advirtiéndose la posibilidad de establecimiento de ciertos acuerdos entre las disciplinas de psicología y trabajo social, y dificultades en la búsqueda de acuerdos, en el trabajo en las Salas con la especialidad de psiquiatría.

La inclusión de una Médica Psiquiatra con disposición al trabajo interdisciplinario ha ido posibilitando un revertir parcial de esta situación.

¿Qué se hizo?

Al formularse cada una de las preguntas que contiene el instrumento de monitoreo, se hizo patente que ésto habilitaba a los entrevistadores la posibilidad intervenciones en dirección de la promoción de aspectos relevantes enunciados en la LNSM y la CDPD.

Las entrevistas moduladas por los instrumentos son procesos extensos que van generando reflexiones, modificaciones de los puntos de vista, la revisión de las prácticas, las concepciones y los abordajes. Por esto mismo, su utilización fue flexibilizándose en virtud del prolongado tiempo que implica la participación de la persona entrevistada. Si bien se apeló a la disposición de la misma, se dió lugar a los intereses y emergentes de cada actor institucional participante de dicho proceso (trabajadores, personas usuarias y autoridades).

Es de destacar un efecto favorable advertido a partir de las sucesivas visitas de este ORSMER el cual refiere a que los profesionales empezaron a expresar que algunos usuarios comenzaron a efectuar determinadas demandas a raíz de lo que habían hablado con integrantes de este Órgano de Revisión.

Se valoró fuertemente el modo de trabajo desde el dispositivo de Atención Primaria de la Salud (APS), propiciando se fortalezca el funcionamiento y el alcance de dicho dispositivo.

Para el año 2019 se proyectan acciones más intensivas de asesoramiento y articulaciones intersectoriales.

¿Qué efectos se observaron?

Uno de los efectos observados fue la revisión de los bienes (patrimonio) de las personas usuarias (si disponen de vivienda u otros bienes, si perciben pensión/ jubilación, etc.).

A partir del monitoreo, retomó impulso esta dimensión, comenzándose a esbozar, por parte de los profesionales tratantes **revisiones** en torno a la administración y disposición del dinero.

Un hecho valorable como efecto fue la acción impulsada por una Defensora Pública de la localidad respecto a la **ejecución progresiva de trámites de procesos de restricción a la capacidad**, anteriormente iniciados. Específicamente, en vistas a que los profesionales intervinientes puedan ir pensando, -gradualmente y por grupos de usuarios- **qué tipos de apoyos necesitarían para un progresivo y sustentable proceso de externación y/o inclusión social.**

4.2.- Monitoreo de Comunidad Terapéutica

¿Qué se advirtió?

Se encontraban allí internadas personas de 14 a 50 años, ninguna de las cuales resultaba oriunda de la localidad donde está emplazada la institución. Inclusive se constató la presencia de usuarios extranjeros.

*Se pudo advertir en la Comunidad Terapéutica monitoreada que las posibilidades de la persona usuaria de prestar consentimiento para su ingreso y su participación en lo relativo a su tratamiento se encuentran determinadas por métodos coercitivos y de excesivo control, entre ellos las prohibiciones y restricciones en las comunicaciones,. Por lo cual se advierte que diversas condiciones concurren dificultando en gran medida, cuando no impidiendo, el establecimiento de un tratamiento voluntario. **Se desatiende estrictamente a un criterio de riesgo cierto e inminente,** justificándose las internaciones y en diversos casos, su extensa prolongación (dos años como tiempo promedio) en la noción de "riesgo de recaída" como riesgo potencial.*

Señalaremos a continuación algunas modalidades de la Comunidad Terapéutica monitoreada en las que se evidencian vulneraciones de derechos fundamentales de la persona usuaria:

a) Fuertes limitaciones y restricción de las acciones e intervenciones tendientes a la inclusión social

Resultó patente del monitoreo que, respecto a la promoción de los vínculos, el abordaje se ubica en flagrante violación de lo estipulado por la LNSM. En la Comunidad Terapéutica monitoreada advertimos las sistemáticas y permanentes restricciones al mantenimiento de vínculos de las personas usuarias con su familia, allegados, amigos y en términos generales respecto a los vínculos sociales y comunitarios. **Por regla, el primer contacto de las personas allí internadas con sus familiares es entre los 75 y 90 días de producida su internación.**

Al comunicarse con las familias de las personas usuarias para abordar aspectos de su historia y de su situación familiar, este ORSMER relevó las dificultades derivadas de **la idea instalada en las mismas y personas allegadas de que "la forma de ayudarlo es no darle ninguna ayuda para que se vaya de la institución".**

Se ha podido conocer en forma directa que la institución articula y promueve la versión de que la persona internada siempre querrá irse

y que tras este propósito, manipulará a los familiares u otros referentes.

Ello pareciera instalar en las familias la idea de que **todo aquello que el usuario pudiera expresar -entre ello alguna situación de vulneración de derechos-, no merecería crédito dado que se trataría de un intento de manipular y pretender retirarse del Programa.**

*Por otra parte, al ser controladas las visitas por un personal de la institución **que permanece todo el tiempo con el usuario y los familiares, no se facilita en nada la comunicación espontánea y no condicionada.** Esa es la dirección en la intervención del equipo tratante con las familias de las personas usuarias.*

Se debe tener en cuenta que se trata de situaciones de personas que han tenido generalmente una trayectoria muy turbulenta, a partir de la problemática de consumo, con muy diversas experiencias anteriores de tratamientos en algunos casos. Es en función del malestar y frustración que diversas familias refieren al respecto - y en relación a las trayectorias de tratamientos valorados como infructuosos- que se refuerza desde la propuesta de la Comunidad Terapéutica, la expectativa en los familiares de que allí necesariamente el usuario revertirá sus conductas y producirá una recuperación a partir de la experiencia de su internación. **Esto impacta fuertemente en las familias.**

El abordaje de la Comunidad Terapéutica monitoreada separa los espacios de intervención dado que se trabaja con las familias en la oficina de la ciudad de Buenos Aires y con las personas internadas en el marco de la Comunidad Terapéutica, **resultando escasas las instancias de reuniones de la persona usuaria con su familia.**

Estas diversas condiciones concurren de un modo en el que se genera un "cerco" en tanto la persona no tiene la más mínima posibilidad de tomar una decisión y queda desprovisto de algún tipo de credibilidad frente a su familia respecto a sus posibles expresiones y manifestaciones.

La Comunidad Terapéutica monitoreada pareciera ofrecerse y presentarse con una efectividad del 100%. Algunas personas expresan su voluntad de querer irse pero aluden a "irse bien" en el sentido de obtener un título que otorgan al término del tratamiento.

Las personas usuarias de la Comunidad Terapéutica no cuentan con espacios de inclusión educativa, laboral, habitacional, social y cultural, lo cual, según expresaron determinados profesionales de la Institución, obedecería en parte al status social de la mayoría de las personas internadas. Estas personas tendrían cubiertas a priori esas dimensiones de la "inclusión". **Se advierte que la institución hace referencia a los recursos materiales sin atender** a que estos medios no garantizan por sí mismos la inclusión social, ni el pleno goce de los derechos con los que cuentan todas las personas en el marco de sus tratamientos.

Resulta imposible evaluar algún trabajo en la dimensión de inclusión social dada la ausencia de experiencias de salidas, vinculación con otros por fuera de la Comunidad Terapéutica o de actividades más allá de las tareas de la vida diaria impuestas por el Programa.

*Respecto a la temporalidad, desde la perspectiva de tratamiento la institución monitoreada **se plantea un período de dos años como mínimo de internación**, y esto ya supone que durante ese período, esa persona no pueda mantener vinculación con sus referentes significativos en su medio social y comunitario. De esta manera aquello que debería ser la excepción pasa a institucionalizarse como una regla que se aplica sin más.*

b) No atendimento a la singularidad

Se constata que la institución establece un tratamiento de acuerdo a un programa que resulta homogenizador, unificador, desubjetivante, universal y no particular, sostenido en la apelación a la culpabilidad y prácticas degradantes y humillantes.

La modalidad de tratamiento establecida en el Programa de la Comunidad Terapéutica desatiende el art. 4 de la Ley 26.657 ("El eje deberá estar puesto en la persona en su singularidad, más allá del tipo de adicción que padezca") y su Decreto reglamentario y vulnera derechos fundamentales del Art.7 de la misma normativa.

*Según se observó, las personas internadas son consideradas como un **objeto** sobre el que se aplica un método que no se revisa en función de los efectos que en cada uno produce, a pesar de la prolongación (de años) de las internaciones sin aparentes "avances" en el programa propuesto. **En algunos casos se observa directamente el efecto iatrogénico de la vigilancia permanente, generándose en las personas internadas diferentes estados de suspicacia, temor, angustia, expectativa ansiosa, etc.** Este ORSMER ha podido reconocer en los usuarios entrevistados manifestaciones como: hipervigilancia, temor a hablar y a las consecuencias en términos de confrontación con aquello que se ha dicho y las consecuentes sanciones. En definitiva se atenta contra la posibilidad de las personas internadas de poder establecer un diálogo genuino, franco y de confianza con operadores judiciales (Juez, Asesor Letrado del Art. 22 y Defensor Público) y con integrantes de este ORSMER.*

Como el programa de la Comunidad Terapéutica no admite la singularidad de las personas usuarias, los intereses de la misma son interpretados como intentos de manipulación. Por esto es que no se le da ningún tipo de participación a las expectativas y preferencias de los usuarios en la definición del tratamiento.

En este sentido es importante también considerar qué valoraciones se realizan en torno a las llamadas "*patologías duales*". **Toda esta estructura institucional, lejos de colaborar con que alguien pueda lograr una compensación, configuran un tiempo donde la persona no encuentra posibilidad de poder compensarse, porque todo apunta a una intervención violenta, irreflexiva y sumamente confrontativa, exponiendo a usuarios con diagnóstico de patología dual -donde la estructura psicótica aparece de base en la problemática del consumo- a la**

dificultad de lograr cierta estabilización. Ello configura una contradicción y paradoja en la posición de los profesionales intervinientes en tanto extienden el tratamiento con el objetivo de la pretendida compensación sin integrar y advertir que la misma modalidad del Programa atenta contra las posibilidades de compensación.

*En esta misma dirección, los abordajes psicológicos son estrictamente grupales, no ofreciéndose espacios individuales de psicoterapia y no dando lugar a demandas de este orden por parte de los usuarios. **Asimismo las entrevistas psiquiátricas no resguardan la privacidad y confidencialidad que este espacio requiere al ser presenciadas por otra persona** (en este caso un personal designado como "staff"), lo cual podría impedir o dificultar la expresión espontánea de la subjetividad del usuario.*

Se advierte que desde el Programa no se utiliza medicación (psicofármacos) de modo compulsivo ni como castigo, ni tampoco se utiliza electroshock. Sin embargo se constató la presencia y utilización eventual de un chaleco de fuerza. Ello es uno de los indicios de que esta Comunidad Terapéutica incurre en prácticas vejatorias graves, humillantes y degradantes como la utilización de dicho chaleco de fuerza (el cual fue exhibido por el encargado de la Comunidad Terapéutica). Otras muestras de tratos degradantes a la condición humana relevadas en el curso de las entrevistas con diferentes personas usuarias allí internadas incluyen su permanencia por tiempo indeterminado en un rincón escoltado por dos personas, la limpieza repetida y estereotipada de un sector, gritos e insultos proferidos por "compañeros", carteles colgados en el cuerpo con calificaciones como "sucio"- acciones significadas por los operadores del Programa como actos de "limpieza interior", consideradas "Medidas educativas"-.

Se pudo constatar que no es posible sostener espacios de resguardo a la intimidad. Como se refirió anteriormente respecto a las relaciones y comunicaciones, así también en lo relativo a la intimidad vinculada a las funciones biológicas e higiene (asistencia al baño) tampoco es posible la intimidad. Se involucra para los actos

mencionados la presencia de hasta dos personas, dos "guardias personales", todo el tiempo. Se apela a estas prácticas basadas en la presunción de riesgo y a los imperativos de "transparencia y honestidad", lo cual viola el pleno respeto de la vida privada y a la intimidad. Pudo constatarse al observar las condiciones físicas y funcionales institucionales, la presencia en uno de los baños de la planta baja de dos inodoros (dispuestos a la par sin ninguna división/tabique). Del testimonio de los usuarios, este ORSMER supo que ingresan al menos dos usuarios en cierta franja horaria en la que están habilitados a ir al baño y que cada uno realiza sus necesidades biológicas en presencia de pares en las mismas condiciones, y además siempre con la presencia de un *Staff*. De ninguna manera una intervención así encontraría una justificación ni siquiera en una situación de crisis, porque siempre podría apelarse a alguna otra alternativa, aún cuando la situación requiriera de un acompañamiento permanente como medida de cuidado. **Una práctica en salud no podría ir más allá de lo que una sociedad considera, desde su legalidad y regulación, desde sus instituciones, como prácticas que se ajustan a principios éticos.**

Las modalidades que asumen las intervenciones a través de la confrontación, la culpa y prácticas degradantes y humillantes no aparecen avaladas en fundamentos científicos ajustados a principios éticos. Como complemento negativo de esto, no se ofrecen alternativas terapéuticas menos restrictivas que integren a la familia y su comunidad de origen. No se permite el acompañamiento, así como tampoco el auxilio espiritual o religioso.

Esas son algunas de las situaciones de vulneración de derechos advertidas a lo largo de este monitoreo, valorándose a las mismas como **prácticas próximas a la tortura y a tratos crueles, humillantes y degradantes a la dignidad de toda persona.**

c) No hay lugar a la Libertad de Comunicación

En la comunidad terapéutica monitoreada las comunicaciones aparecen absolutamente controladas y sancionadas si no responden a

pautas definidas unilateralmente por parte de los ejecutores del Programa. **En esta dirección, las conversaciones telefónicas son realizadas en compañía de al menos una persona del staff, quien vigila los contenidos de la misma y sanciona aquellos que considera que no corresponden, con consecuencias para el usuario (más restricciones en las comunicaciones¹³).**

Asimismo todas las cartas o correspondencia son revisadas y pasibles de censura y sólo son autorizadas cuando reúnen las condiciones impuestas por el Programa de la Comunidad Terapéutica, **quedando en evidencia la violación a la intimidad en tanto toda comunicación es vista/escuchada y controlada por otros.**

Por otra parte, las visitas de familiares **se pautan desde el equipo de manera sumamente esporádica** y no se propician encuentros frecuentes en atendimiento a la voluntad del usuario y sus familiares.

d) Extraterritorialidad

No se brinda un abordaje territorial, reservándose para el último período de permanencia en el Programa de la Comunidad Terapéutica el pasaje a la denominada fase de reinserción.

El abordaje extraterritorial - *el cual pareciera constituirse en una condición de principio para este establecimiento* - es contrario al enfoque de atención primaria de la salud y a modalidades de abordaje comunitario (tal como establece la legislación vigente y los estándares de atención de la salud mental).

Por otra parte, el abordaje extraterritorial incrementa el tiempo de internación, dificulta la externación (debido a que se restringe el proceso de intervención domiciliaria-comunitaria), provoca ruptura de los lazos sociales e interrupción de tratamientos y en algunos casos se produce una reinternación (en dicha comunidad u otra de similares características).

13 Pérdida de privilegios como por ejemplo: más restricciones en las comunicaciones y visitas, salir al patio a fumar o consumir alguna golosina

Por otra parte, más allá de los modos de funcionamiento institucional, las condiciones geográficas refuerzan el aislamiento (zona de islas, delta, alejada de centros urbanos). Ninguna de las personas allí internadas son oriundas de la zona sino que pertenecen a otros centros de vida, provienen de otras provincias, además de advertirse inclusive, la presencia de ciudadanos extranjeros. **Por ello, si alguien quisiera salir o retirarse no dispone del medio de transporte viable para esa zona geográfica.** La vigilancia permanente y regular del sistema, el retiro del teléfono celular, la imposibilidad de disponer de un teléfono fijo y la retención del documento abonan a este impedimento y restricción.

Además, se detectó falta de información por parte de los usuarios sobre los derechos que los asisten en cuanto a su salud y tratamiento, sobre alternativas para su atención, sobre la medicación administrada y la estrategia terapéutica.

¿Qué se hizo?

Al respecto de las situaciones observadas en la institución monitoreada, se han hecho intervenciones ante violaciones de derechos, desde presentaciones ante el Juzgado, planteos de estrategias con actores e instituciones de las ciudades de origen de los usuarios, buscando producir y/o restablecer estrategias de abordaje respetuosas de derechos. Es decir que una línea de trabajo se define y consensúa a través de la intervención del Juzgado competente y a partir de una posible articulación intersectorial.

Se han hecho presentaciones ante la Autoridad de Aplicación (Dirección Provincial de Salud Mental y Adicciones) en relación a las habilitaciones de instituciones de este tipo, dado que es preciso ubicar dichos servicios como Instituciones de Salud ya que instituciones como la monitoreada, realizan toda una serie de desplazamientos en la definición de su carácter, nombrándose a sí misma como "institución educativa" y denominando a las personas internadas allí como "residentes alumnos".

Sobre una población de 30 personas internadas, se entrevistaron a 10 y se generaron sus respectivos Informes Técnicos y Dictámenes.

¿Qué efectos se observaron?

En principio es posible advertir que la persistencia en las visitas por parte de este ORSMER con las consecuentes repercusiones de los informes técnicos y dictámenes con observaciones y recomendaciones de adecuación a la institución, acordes a la normativa vigente, han ido generando algunos movimientos. De ello algunos usuarios entrevistados han podido dar cuenta, expresándose: "Desde que ustedes vienen algunas cosas han cambiado".

Por otra parte resulta difícil dimensionar el impacto de algunas externaciones -tanto en las personas usuarias en cuestión como así también en los operadores/ejecutores y autoridades de la Comunidad Terapéutica- que se produjeron a partir de la detección de grandes vulneraciones de derechos y como consecuencia de la ausencia de coordinaciones interinstitucionales previas frente a la tal vez precipitada, pero necesaria externación.

*Se hicieron efectivas **cinco externaciones, y se ordenaron procesos progresivos de externación** en todos los casos en los que se corroboraron irregularidades y vulneraciones en el control de legalidad de las internaciones y en el abordaje a la problemática de los usuarios.*

Es de destacar que en algunas situaciones, usuarios que reiteradamente manifestaron su intención de no continuar internados bajo las inflexibles condiciones impuestas, y que a la vez no presentaban situación de riesgo cierto e inminente, **las articulaciones y procesos de externación proyectados fueron desbaratados mediante el cambio del carácter de muchas internaciones "involuntarias" a "voluntarias"** como un intento de burlar controles de legalidad más estrictos e intensivos por parte de este y otros organismos.

Se considera un efecto positivo el hecho de que el Juez Civil y Comercial de la localidad haya inspeccionado allí y relevado personalmente la cantidad de las personas internadas como así también las condiciones de su internación.

5.- Articulaciones con organismos públicos provinciales, nacionales y universidades.

Se pudo trabajar fluidamente con la **Autoridad de Aplicación (de ahora en más: AA)**, es decir con la Dirección de Salud Mental y Adicciones de Entre Ríos (DSMyA). Se realizó una reunión a los fines de intercambiar y determinar posibles acciones del Ministerio de Salud acerca de la incidencia en las habilitaciones institucionales, sobre todo en las Comunidades Terapéuticas.

También se trabajó en referencia a las acciones posibles desde dicha Dirección en la adecuación de las prestaciones ofrecidas y autorizadas por las **Obras Sociales** (PAMI - IOSPER) acordes a la normativa vigente.

En este mismo sentido, resultaron importantes las reuniones mantenidas con Obras sociales (PAMI - IOSPER) y con el Programa Federal Incluir Salud, apuntadas a que los mismos puedan ir modificando y adecuando su menú prestacional de acuerdo a las consideraciones efectuadas en la Ley respecto a la modalidad de abordaje y al relieve puesto en los dispositivos intermedios y alternativos de base comunitaria y territorial.

También se trabajó con referentes del IPRODI -Instituto Provincial de Discapacidad de Entre Ríos- a los fines de ir delineando acciones

complementarias en las problemáticas vinculadas a la intersección Discapacidad/Salud Mental.

Con respecto a instituciones de formación, cabe decir que se sostuvieron sucesivas reuniones institucionales en la Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales de la UADER con diversos referentes institucionales a los fines de demarcar y definir el concepto operativo de las intervenciones y el ámbito de actuación del ORSMER, tal como lo pauta la Ley 10.445 en su artículo 12º.

Durante el debate sostenido en estas reuniones **se acordó que las actuaciones del ORSMER:**

1. tienen como fin la protección de Derechos de los ciudadanos/ usuarios, a propósito de lo cual debe intervenir en las situaciones/Instituciones/servicios que pudieran vulnerarlos.
2. Dicha definición operativa de las intervención es tan amplia como las demandas que pudieran suscitarse y por ello **el alcance e intervención del ORSMER no podría restringirse en su ámbito de actuación sólo a las instituciones/Servicios de Salud Mental, si no también a otras instituciones tales como: Residencias Geriátricas, Hogares de Discapacidad, etc. en función de advertirse alguna posible vulneración.**
3. En un plano general, la discusión permitió elucidar que es necesario caracterizar instituciones que brindan servicios de salud mental. En este sentido, el grupo **interpreta que es preciso ubicar tipos de *Prácticas de Salud*, antes que tipo de Instituciones.** La interpretación /tipificación para el Registro , será desde el punto de vista del *Tipo de Servicios que brindan*. Este es un modo de interpretar la disposición del Art. 12, en consonancia con la LNSM y A.

Se estuvo a disposición de las diversas solicitudes de presentación y consultas de la RISaM (Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental) del HESM y del Comité de Docencia e Investigación del HESM, en cuanto a la participación en una instancia de Ateneo Institucional

organizado en torno a ciertos ejes temáticos vinculados a la LNSM y al funcionamiento del ORSMER.

Como evento muy destacable, en el mes de marzo de 2018 se llevó a cabo el **Primer Encuentro Nacional de Órganos de Revisión de la Ley de Salud Mental**, organizado por el Órgano de Revisión Nacional y el Órgano de Revisión de la Provincia de Entre Ríos. De allí surgió el documento: **"Conclusiones del 1º Encuentro Nacional de Órganos de Revisión de Salud Mental"** **Además, en el marco de dicho encuentro se constituyó la Junta Federal de Órganos de Revisión.**

A partir del mes de noviembre de 2018 este ORSMER comenzó a participar en reuniones sucesivas llevadas a cabo en la ciudad de Rosario del Tala, conjuntamente con las Direcciones -provincial y nacional- de Salud Mental y Adicciones, en el marco del Convenio de Colaboración Trieste (Conferencia Basaglia), **el cual acompaña y apuntala técnicamente el inicio de la experiencia de transformación institucional en el Hospital Monovalente Luis Ellerman.**

6.-Elaboración de documentos e Implementación de recomendaciones elaboradas por el ORN a las que este ORSMER ha adherido.

6.1.- “Muerte en Instituciones monovalentes de Salud Mental (Resolución SE 15/14)” y Adhesión de parte del ORSMER

A partir de establecerse comunicaciones con las instituciones en relación al contenido de esta resolución, las mismas comenzaron a informar las muertes, lo cual permitió que se diera lugar a las acciones vinculadas a la investigación correspondiente en cada caso respecto a las condiciones en las que se produjeron y sus causales.

6.2.-Respuesta del Órgano de Revisión Nacional ante Presentación de un Protocolo para realizar “contenciones en habitación”

A partir del Documento emitido por el ORN en 2017, respecto del Protocolo de “Contención en Habitación” presentado por un efector de salud de la Provincia de Entre Ríos, y tras posterior consideración y observación de este ORSMER desde su puesta en marcha, pudo avanzarse en el debate con los actores implicados en el planteo.

Como efecto de la intervención de este organismo se interrumpió la utilización de Salas de Aislamiento en el Hospital Escuela De Salud Mental-Paraná- y en el Hospital Ellerman -Rosario del Tala- propiciando que se avance en prácticas respetuosas de derechos en los modos de intervención en crisis.

6.3.-Recomendación en referencia a los Proyectos: "Centro Provincial de Abordaje Integral para Adolescentes" y su posterior modificación "Centro de Salud Mental y Residencias Asistidas con Alto Nivel de Apoyo"

Recomendaciones en referencia al Proyecto "Centro Provincial de Abordaje Integral para Adolescentes"¹⁴ presentado por la Dirección de Salud Mental y Adicciones de la Provincia. Se elabora un documento por parte de este ORSMER en el que se efectúan una serie de observaciones y recomendaciones en torno al proyecto presentado, en el que se integran aspectos de abordaje de las problemáticas de consumo desde una perspectiva integral y de reducción de riesgo.

7.- Comunicación y Difusión

La inclusión en la Secretaría Ejecutiva del ORSMER de un Lic. en Comunicación Social (durante un semestre como profesional rotante de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental), permitió que se avanzara en la publicación de documentos de la Secretaría Ejecutiva del ORSMER en la Página Web institucional, y se comenzó a trabajar en **una identidad institucional de este organismo.**

¹⁴ Cabe aclarar que el Proyecto en su primera presentación desatendía a lo enunciado en el art. 27 de la ley 26.657 en tanto su concepción integraba características propias de una institución monovalente.

Por otra parte se generaron otras acciones, tales como: Soporte técnico para presentaciones de este ORSMER en jornadas, encuentros, etc. como parte de su actividad de promoción, como así también la edición y diseño de un cuadernillo que reúne la LNSM, su Decreto Reglamentario y la Ley Provincial. También se han efectuado materiales de circulación en redes sociales relativas a difusión de derechos fundamentales que la normativa enuncia en relación a los usuarios de servicios de salud.

8.- Conclusiones y Recomendaciones

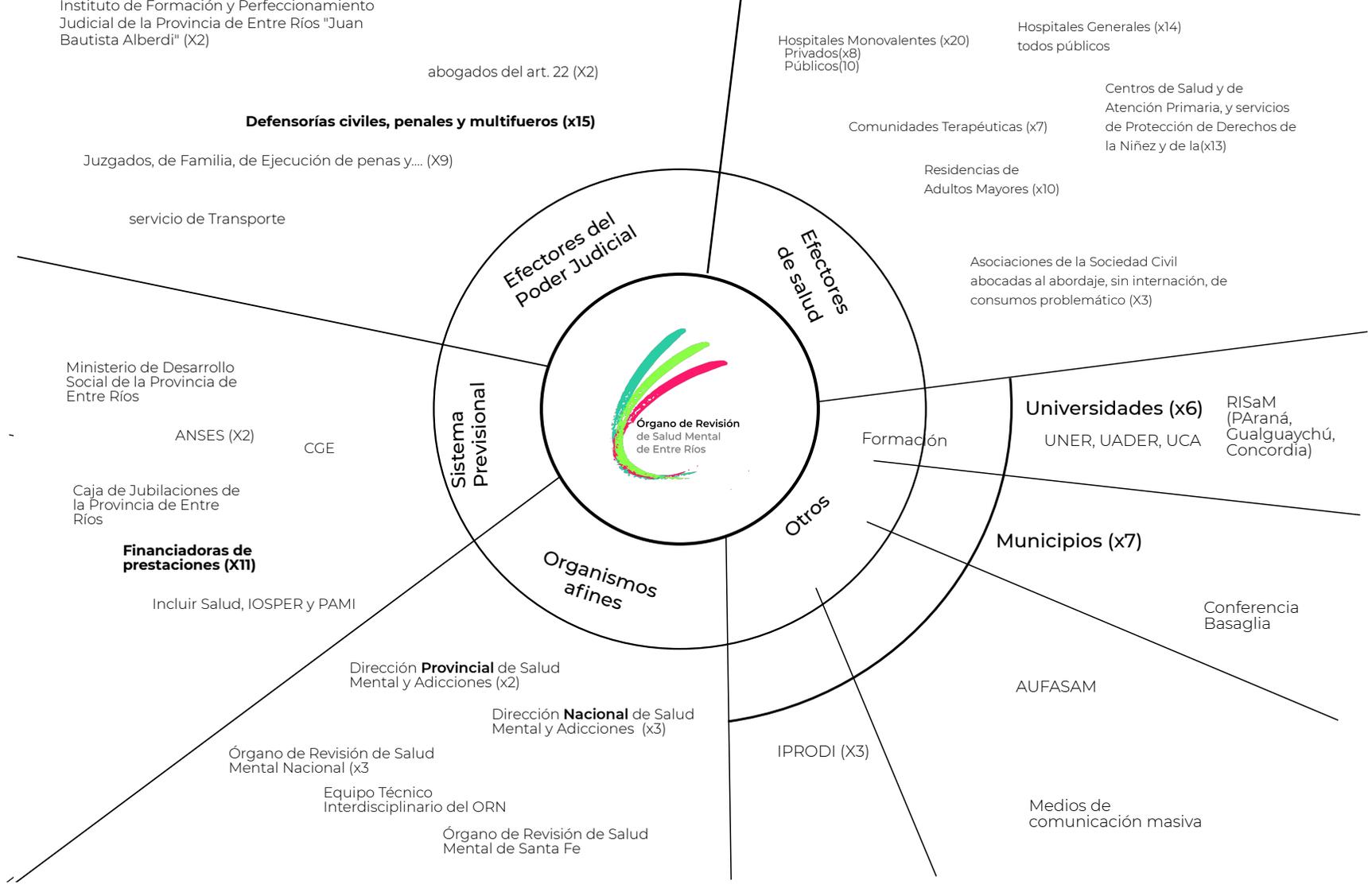
Una de las primeras consideraciones a efectuar atiende al hecho de que **la revisión de los largos procesos de institucionalización** en su mayor parte denominadas "*Internaciones por razones sociales*", como así también **los procesos de restricción a la capacidad** obligan a pesquisar sobre:

- cómo se considera la discapacidad, - particularmente la discapacidad psicosocial - en su intersección con las problemáticas de Salud Mental y Adicciones,
- qué concepciones subyacen al entendimiento de la misma,
- cómo se responde institucionalmente desde las concepciones y representaciones que se sostienen en torno a la condición de discapacidad psicosocial,
- cómo aparecen posicionadas las familias en cuanto a las posibilidades de ofrecer sostén y apoyo al familiar con discapacidad psicosocial y padecimiento mental;
- y a su vez, qué apoyos puede recibir el usuario y la familia,
- qué prácticas, representaciones y discursos sostienen los operadores judiciales y qué revisiones y modificaciones se van produciendo en las prácticas de los mismos y de los Equipos Técnicos de los Juzgados a partir de la LNSM, la CDPD y el CCyC.

*Desde el mes de junio de 2018 se incorpora la perspectiva y la puesta en funcionamiento de la **Unidad de Letrados en Procesos de Salud Mental, conforme lo establecido en el art. 22 de la LNSM.** Esto supone la presencia de un actor fundamental más en lo relativo al atendimento y respeto de los derechos humanos y sociales de las personas que atraviesan por internaciones y procesos judiciales, como lo son los procesos de restricción a la capacidad jurídica.*

El ejercicio de las funciones del ORSMER implicó acciones interinstitucionales e intersectoriales de articulación con eje en a) situaciones singulares o en b) temáticas emergentes, c) promoción y asesoramiento con diversas Instituciones y Organizaciones. El siguiente gráfico ilustra las Instituciones y Organizaciones con las cuales se ha mantenido relaciones de trabajo.

**Organismos con los que el ORSMER ha trabajado
(período octubre 2017-diciembre 2018)**



El ejercicio de las funciones del ORSMER implicó acciones intersectoriales de articulación con eje en situaciones singulares o en temáticas emergentes, promoción y asesoramiento con distintas instituciones y organizaciones. El presente gráfico ilustra las instituciones y organizaciones con las cuales se han mantenido relaciones de trabajo.

8.1.- Conclusiones

*En sus primeros 14 meses de funcionamiento, se realizaron **124 intervenciones sobre situaciones singulares** (más allá de los monitoreos institucionales y las actividades específicas de promoción), se presentaron **47 informes técnicos interdisciplinarios**, el Plenario sesionó **21 veces**, se desarrollaron **2 monitoreos institucionales**
Se recibió la comunicación de **1243 internaciones** y de **17 fallecimientos**.*

Un primer punto a destacar como parte de las conclusiones sobre la situación de los servicios de Salud Mental en la Provincia de Entre Ríos es el grado de **irregularidad advertido en el funcionamiento de diversas instituciones privadas**.

Se observa la falta de direccionalidad desde la Dirección de Salud Mental hacia el sector privado sobre las estrategias de abordaje, las responsabilidades institucionales y los lineamientos de la LNSM. Dicha normativa es taxativa al enunciar en cuanto a su ámbito de aplicación: "Los servicios y efectores públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente ley" (Art.6º- Cap. III).

Resulta fundamental que la Autoridad de Aplicación (AA) pueda intervenir en los términos que la ley plantea en las instituciones privadas (Fundamentalmente en las Clínicas Psiquiátricas y en las Comunidades Terapéuticas).

*Durante el período comprendido por este informe, **no se registraron avances por parte de la AA en las acciones de solicitud y control de las habilitaciones correspondientes**, ni en la re-evaluación de las ya otorgadas a la luz de las modificaciones producidas en la Legislación.*

Sostenemos, como ORSMER que ante la percepción y convicción, por parte de las instituciones privadas, de que no les corresponde el ejercicio de un tipo de abordaje que contemple las medidas de inclusión, es necesario revisar la habilitación ya que probablemente esa convicción resulta abonada por el hecho de que históricamente no se solicitara a las instituciones el dar cuenta a de lo que se hace y cómo se llevan a cabo los abordajes (ni de parte del Ministerio de Salud ni de otro organismo de control).

En este sentido, se ha detectado una Comunidad Terapéutica en funcionamiento que estaba “fuera del radar”, por no contar con habilitación, y que **sin embargo cobra por sus prestaciones a la obra social de la provincia.**

Por otra parte se acuerda que, para el proceso de implementación progresivo y pleno de la Ley Nacional de Salud Mental, es de vital importancia la conformación de la Comisión Interministerial y el Consejo Consultivo previsto por la misma.

Los sectores de Educación, Vivienda, Trabajo, Desarrollo Social, etc. deben poder ir tomando, junto al sector Salud, un protagonismo, participación y compromiso en la problemática de la Salud Mental en general y en las políticas que acompañen verdaderos y sustentables procesos de externación/inclusión social. Esta es la principal razón de ser de dicha Comisión Interministerial.

Sobre las Comunidades Terapéuticas

Primeramente debemos ubicar la escasa respuesta de dispositivos estatales, conforme lo establece la LNSMyA, frente a las situaciones de consumo problemático de sustancias y adicciones. Ubicamos a este factor como una condición que, entre otras, abona a la permanencia de los dispositivos cerrados y totales como las Comunidades Terapéuticas. Sin embargo, en este punto resulta importante aclarar que existen diferencias significativas en las modalidades de abordaje entre las diferentes comunidades terapéuticas existentes en la provincia.

En general, lo que advertimos también es la modalidad habitual de que las personas usuarias de Entre Ríos estén en otras provincias, y que, a su vez, personas de otras provincias y de otros países estén internadas en comunidades terapéuticas de esta provincia.

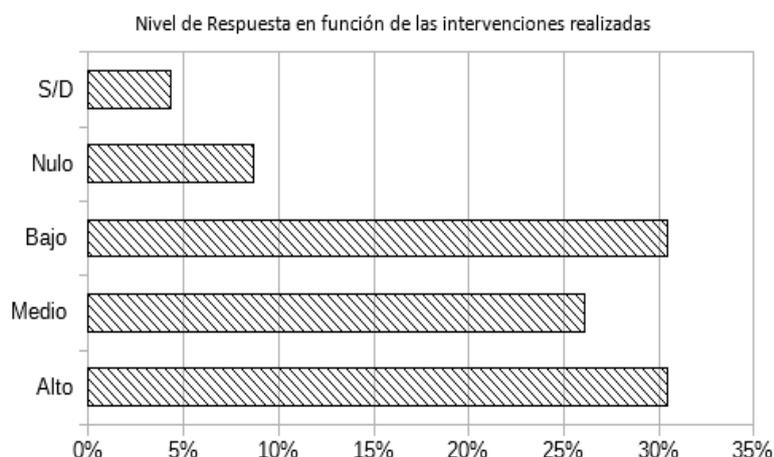
Entendemos que, más allá de alguna razón clínica /terapéutica, hay en ello un intento de burlar controles porque hay juzgados que pierden competencia a partir de la derivación, cuando empieza a corresponderle el control de legalidad al Juzgado de la jurisdicción donde se genera la internación, entonces, si esa institución no comunica al Juzgado local, la internación resulta invisibilizada.

El ORSMER como factor visibilizador

Más allá de las tareas de promoción y de monitoreo (con sus respectivos efectos), una función que ejerce el ORSMER es la visibilización y la desnaturalización del ocultamiento o desestimación de situaciones que, en otro tiempo, aparecían naturalizadas y por lo tanto sin ningún tipo de interrogación ni medidas de control. Ante esto, en línea con el Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental “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”¹⁵.

¿Qué nivel de respuesta se percibe ante las acciones realizadas en las instituciones?

El presente gráfico de barras resulta de la valoración técnica de la Secretaría Ejecutiva y el Equipo Técnico Interdisciplinario de las respuestas de los efectores de salud públicos y privados en función de las diversas intervenciones del ORSMER durante el período considerado en el presente Informe.



El gráfico en cuestión pretende ilustrar el nivel de respuesta de las instituciones con las que se trabajó en relación a la frecuencia e intensidad de las intervenciones en las distintas instituciones, fundamentalmente en lo atinente a los siguientes indicadores: *obligación de comunicar las internaciones, la justificación de las mismas, novedades tales como la conversión*

¹⁵ “Acciones y reflexiones del equipo técnico del Órgano de Revisión de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657” -publicado en Revista Salud Mental y Comunidad (Universidad Nacional de Lanús)

del carácter de la internación, nivel de respuesta en función de las intervenciones realizadas, disposición al diálogo, consultas a este ORSMER por parte de las instituciones, solicitudes de información y sugerencias, comunicación de altas, etc.

*Se concluye que **un tercio de las instituciones tuvo un nivel de respuesta alto, otro 30% de las instituciones fueron calificadas como de bajo nivel de respuesta ante las intervenciones realizadas**, y la última porción, se distribuye entre un nivel de respuesta medio (25%) y un nivel de respuesta nulo o no comprobable (15%).*

Medicación

Un aspecto sobre el que no se ha hecho mención aún a lo largo de este informe es el referido al uso de medicación y los fenómenos de sobremedicación.

En términos generales se han constatado excepcionales violaciones de derechos en este sentido (sobremedicación, medicación como forma de castigo o en reemplazo de otras prácticas). **A partir de las lecturas de Historias Clínicas realizadas no se han advertido graves irregularidades al respecto.** Sin embargo en una institución actualmente supervisada (Comunidad Terapéutica) **se advirtió el uso de la medicación como castigo con sus consecuentes efectos de sobremedicación (sedación por más de un día).** Experiencia que los jóvenes usuarios expresaron como: "Te dan el jugo loco" (en alusión a un jugo con psicofármacos). Dicha manifestación de usuarios constituye una de las pocas, si no la única, vulneración de derechos vinculada a la utilización de la medicación con fines de disciplinamiento y castigo.

Es posible pensar en un menor uso de medicación (en cantidad de psicofármacos y a las correspondientes dosis) cuando se establecen posibilidades efectivas de mayor inclusión (retomar una trayectoria educativa, participar de un proyecto laboral, participar de actividades culturales, deportivas, recreacionales, etc.) y participación social en el abordaje con los usuarios, que en otras circunstancias (por ejemplo, durante la internación).

8.2.- Recomendaciones

Una de las principales recomendaciones para los efectores de salud monovalentes, es el uso de un **instrumento denominado “Proyecto de vida” que surge de una experiencia llevada a cabo en el Hospital Ellerman de la ciudad de Rosario del Tala**¹⁶. El mismo atiende a que los profesionales intervinientes y los equipos tratantes de los diversos Hospitales monovalentes de la provincia, puedan iniciar un trabajo en equipo en relación a cada usuario y a las posibilidades de conformación de grupos de usuarios de acuerdo a sus condiciones y expectativas. Su objetivo es ir estableciendo en cada caso una estrategia particular, poder ir definiendo las posibles respuestas habitacionales para cada uno y aún por grupos de usuarios, como así también determinar **el nivel de apoyo que cada uno requeriría en las diversas gestiones de la vida cotidiana en el marco de procesos de externación sustentables**¹⁷.

Este ORSMER considera que “Proyecto de Vida” es un válido instrumento para que en el marco del proceso de intervención en equipo se aborde la situación de cada persona internada, examinarla, reponer y conocer aspectos de su historia familiar, vincular, y ocupacional en todos los Hospitales Monovalentes y Generales en los que se relevan internaciones por razones de salud mental de larga data.

Se advierte la importancia de poder abordar desde la AA, con los trabajadores de los diversos hospitales monovalentes de la Provincia - y también de hospitales generales que cuentan con usuarios internados por períodos prolongados en sus servicios de salud mental- diversas cuestiones relativas a las condiciones laborales frente a los necesarios procesos de transformación que deben ir produciéndose, entre ellos: **el cierre de los hospitales monovalentes.**

Lo dicho atiende al hecho de que diversas **resistencias y oposiciones de los trabajadores frente a ciertas transformaciones parecieran ser la expresión de temores acerca de la continuidad de sus trabajos, la pérdida de alguna condición valorada como favorable (Adicionales en sus ingresos / Régimen jubilatorio, etc.)**. También, en esta situación

¹⁶ Proceso de transformación institucional instrumentado desde la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, con la participación de la Dirección Provincial de Salud Mental y Adicciones y la asistencia técnica de integrantes de la Conferencia Basaglia, iniciado en los últimos meses del año 2018. En una de las instancias de reuniones se trabajó con un instrumento denominado “Historia de Vida”.

¹⁷ **Para consultar el instrumento, contactarse con el ORSMER**

juega la idea de que en el trabajo “extramuros” cobran fuerza representaciones de que las intervenciones por fuera del marco institucional, -en el medio familiar, social y comunitario del usuario- supondría mayor riesgo, responsabilidad y desprotección. **Destronar estas ideas y representaciones supone un trabajo en el que la Autoridad de Aplicación puede abordar estas cuestiones generadoras de temores e inquietudes** en el colectivo de trabajadores a los fines de que se puedan ir conmoviendo las resistencias en los procesos de transformación y readecuación.

Se considera fundamental que los trabajadores integren elementos de valor a partir de ciertas garantías que pueden serles ofrecidas desde la AA. Esto permitiría obtener **tranquilidad en cuanto a que no quedarán sin sus respectivos puestos de trabajo**, pero **sí que deberán redefinir funciones y ámbitos de intervención** (Centros de Salud, Centros comunitarios, Hospital General, barrio, comunidad, domicilio de la persona usuaria, otras instituciones, etc.).

Ante la preocupación e inquietud de gran parte de los trabajadores de que por imperio de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones se pudiera poner en riesgo la fuente laboral, el Plenario de este ORSMER considera pertinente entablar contacto con gremios para promocionar el sentido de la LNSM y despejar esta preocupación.

Descentralización e inclusión social

Los recursos que en este último tiempo han ampliado y abonado el carácter interdisciplinario de las intervenciones, como por ejemplo el acompañamiento terapéutico, son un ejemplo de la importancia que el abordaje en la comunidad y en el territorio supone. Esto interpela e interroga a los equipos en cuanto a poder conmover una dimensión que históricamente ha permanecido fuertemente instituida, que es la de realizar intervenciones en el marco del hospital (Perspectiva hospitalocéntrica), y poder producir un descentramiento hacia los abordajes comunitarios.

Nos gustaría subrayar esta idea de que las medidas de inclusión social en el marco de los abordajes intersectoriales, y no sólo interdisciplinarios, es un eje fundamental a profundizar y a promover permanentemente.

En cada intervención de casos particulares, este ORSMER ha establecido acciones de promoción en esta dirección. Se promueve el establecimiento de estrategias que integren fuertemente a las acciones de inclusión social, autonomía y ejercicio de ciudadanía, intentando que cada equipo multi o interdisciplinario pueda reconocer e indicar qué tipos y con qué intensidad de apoyos un usuario debiera contar para la concreción de dicho propósito.

A los actores del Poder Judicial

En atendimiento a los abordajes interdisciplinarios e intersectoriales según los lineamientos enunciados en la normativa, resulta fundamental considerar a la hora de referirse o apelar al equipo de salud, es necesario tener en cuenta no sólo las profesiones que tradicionalmente han estado emparentadas al campo de la salud mental, tales como: Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, etc. Es importante integrar a otras disciplinas no convencionales, **y fundamentalmente a Enfermería**. Aún para los equipos asistenciales resulta difícil lograr la integración efectiva del personal de enfermería como parte del equipo tratante. Esto tiene consecuencias en las dificultades de establecer consensos y acuerdos en la definición y puesta en juego del abordaje, como así también **la importancia de la participación de estos profesionales en instancias judiciales (Audiencias)**.

En el marco de reuniones que este ORSMER ha sostenido con ciertos equipos asistenciales de hospitales monovalentes y generales, también han podido reconocerse, determinadas **dificultades en la comunicación con los operadores judiciales (Defensores y Jueces/Juezas, fundamentalmente)**. Ante esto, la demanda de parte de los trabajadores del sector salud es que dichos operadores establezcan una comunicación más fluida y oportuna con los mismos. Mientras que, otros servicios de salud, han puesto de manifiesto el acompañamiento y trabajo coordinado entre los mismos y determinadas Defensorías Públicas.

Por otra parte, resulta fundamental que los juzgados recepcionen las comunicaciones de internaciones tanto de hospitales monovalentes, Generales y Comunidades Terapéuticas. Ello, a partir de relevarse que en algunos Juzgados se respondía a los efectores que las comunicaciones voluntarias no debían ser informadas.

Solicitudes y recomendaciones a la Autoridad de Aplicación

A).- Se requiere por parte de la Autoridad de Aplicación un **acompañamiento y gestión en los procesos de transformación y readecuación institucionales** a partir de la definición de ciertos lineamientos que funcionen como pautas para los hospitales monovalentes y los Servicios de Salud Mental con internación en Hospitales Generales, tanto públicos como privados de la Provincia. Por ello mismo, **resulta imperiosa la necesidad de plantear a los efectores pautas y lineamientos de acción en lo relativo a estrategias de intervención acordes a los principios fundamentales planteados en la LNSM, atendiendo a las características particulares de cada institución.**

Así mismo, se estima fundamental que la AA defina y garantice la aplicación de lineamientos orientados a las "buenas prácticas para la atención de la salud mental" desde un paradigma de derechos.

Resulta prioritario que se avance en la **definición de las prácticas ajustadas a principios éticos que se encuentren basadas en fundamentos científicos** (Art. 7. Inc. c del Decreto 603/13). Dicho esto, en virtud de que a partir del relevamiento de prácticas llevadas a cabo por este ORSMER, en determinadas instituciones pudo determinarse que un número considerable de éstas no se sustentan en fundamentos científicos y éticos, ubicándose en franca oposición a una perspectiva respetuosa de derechos y deviniendo, en algunos casos, en prácticas humillantes y degradantes.

Cuáles prácticas serían admitidas, aprobadas y reconocidas, quedando prohibidas aquellas que no se encuentren previstas en dicha definición, permitiría efectuar sanciones a las instituciones que no respeten los derechos establecidos en la LNSMyA, prioritariamente a las que llevan adelante prácticas crueles, degradantes o humillantes de la Condición Humana .

En términos más concretos **todas aquellas definiciones por parte de la AA en lo relativo a buenas prácticas**, son (y serían) también aquellas relativas a la confección de protocolos de actuación y procedimientos vinculados a modos de abordaje integral que incluyan no solo la dimensión terapéutica, si no también la administrativa, tales como: prácticas científicas y éticas, protocolos de intervención en crisis/urgencias, registros en H.C.,

abordajes "extra-muros", etc. Estas guías resultan insumos fundamentales para los efectores y los equipos en los procesos de revisión y transformación institucionales.

B).- Se recomienda a la AA continuar los esfuerzos tendientes a propiciar el cierre definitivo de las instituciones monovalentes en el plazo previsto en el art. 27 del Decreto N° 603/13.

Por ello, se hace imprescindible sostener estrategias comunicacionales diversas (formales e informales) desde la DSMYA hacia los efectores provinciales orientadas a esclarecer que **las prácticas deben ser prioritariamente hacia o en la comunidad o extramuros**. Asimismo es responsabilidad de los equipos y autoridades de cada efector dar a conocer, solicitar y sostener la gestión/reclamo ante organismos públicos o privados (de la misma u otra localidad/provincia/país), con el objetivo de atender las necesidades y derechos de los usuarios.

Se hace necesario incrementar las acciones tendientes a fortalecer la red de servicios comunitarios y la apertura de servicios de salud mental en los hospitales generales, para el cumplimiento efectivo de lo establecido en el art. 28 de la Ley 26. 657.

C).- Revisar periódicamente las habilitaciones de las instituciones.

En este punto resultan importantes relevar los modos en que las instituciones se nominan y desde dónde provienen las habilitaciones; determinar cuáles ofrecen servicios de salud, y no solo educativos (como el caso de una Comunidad Terapéutica que se presentaba como residencia educativa).

Resulta fundamental determinar tiempos de acuerdo a las normativas pertinentes respecto a la posibilidad de efectuar inspecciones periódicas que permitan evaluar si la Institución sigue ajustándose a los criterios imperantes en términos de las habilitaciones o no.

D).- Registramos a continuación algunas inquietudes y sugerencias que fueron surgiendo durante los procesos de monitoreo, presentaciones del ORSMER en Hospitales Generales y Monovalentes públicos y privados, y en instancias de evaluación de internaciones, que la AA pudiera tomar como referencia en sus intervenciones con los efectores de la provincia:

- **Necesidad de mejorar / adecuar confección de Historias Clínicas para que den cuenta de intervenciones interdisciplinarias.**

Considerando el valor del registro, resulta importante completar todos los datos identificatorios y filiatorios de la persona, de referentes familiares y comunitarios actualizados, como así también las intervenciones realizadas y estrategias definidas y a realizar. Por ésto es que se advierte la necesidad de que periódicamente puedan efectuarse registros históricos, es decir que den cuenta de aspectos sustanciales de la vida de la persona en el marco de su grupo familiar, su historia familiar, social y ocupacional/ laboral, referentes significativos familiares/comunitarios; y también de las intervenciones institucionales realizadas y programadas -entre ellas las coordinaciones interinstitucionales e intersectoriales realizadas y a realizar-. Se hace necesario atender a no omitir fechas en intervenciones e informes emitidos, como así también los nombres y las firmas de los profesionales intervinientes en Informes y registros de H.C.

- **Necesidad de "trabajar la externación" desde el inicio mismo de la internación**

Es una responsabilidad de los equipos y/o profesionales de Salud Mental trabajar en equipo interdisciplinario y delinear las estrategias terapéuticas **desde el inicio del proceso de internación**, relevando y analizando las anteriores experiencias de tratamiento si existieran y de coordinar con todos los efectores intra, interinstitucionales e intersectoriales. Por otra parte no deja de resultar fundamental que la AA establezca y supervise mecanismos que permitan programas de externación de las personas que permanecen por años en internación en los hospitales monovalentes.

- **Plan de Contingencia.**

Frente a situaciones de internaciones en las que se constatan graves vulneraciones de derechos, las cuales no son subsanadas a la brevedad y debe producirse la externación, se considera fundamental la disposición y colaboración por parte de la AA en lo relativo a un Plan de Contingencia.

En este sentido, se han constatado situaciones de vulneraciones en las que las personas se encuentran alejadas de su medio comunitario, no cuentan con referentes familiares o afectivos y los equipos tratantes no elaboran o sostienen abordajes respetuosos de derechos, ni realizan coordinaciones interinstitucionales e intersectoriales mínimas para restituir los derechos vulnerados. Existiendo casos extremos en los que las instituciones

obstaculizan las derivaciones y desatienden órdenes judiciales que buscan preservar la integridad de las personas vulneradas.

Consideramos que antes las faltas graves cometidas por instituciones públicas o privadas, la AA es quien debe articular una pronta respuesta para la continuidad de un tratamiento respetuoso de derechos.

- **El Rol de Enfermería**

Se valora como un aspecto de importancia la necesidad de jerarquizar y **redefinir el rol de enfermería**, promoviendo la **inclusión de los mismos en los equipos y en la definición de las estrategias terapéuticas de cada usuario, como así también en los procesos de externación.**

- **Seguridad Laboral**

La mayoría de los equipos de Servicios de Salud Mental o Profesionales de Salud Mental de Hospitales Generales plantean como impedimento para realizar abordajes comunitarios e interinstitucionales la ausencia de cobertura de Seguro fuera de la institución. Sobre esta situación que juega como una gran dificultad para el trabajo descentrado del hospital y dirigido a la comunidad y el territorio del usuario y sus grupos de referencia, se hace necesario articular acciones entre la AA y los efectores.

DSMyA y Hospitales Generales

Se advierte escasa presencia e incidencia de la DSMyA en los Servicios de Salud Mental de Hospitales Generales, fundamentalmente en la promoción de transformaciones y generación de condiciones tendientes a reducir o suprimir las resistencias de poder avanzar en el hecho de que las internaciones puedan efectuarse progresiva y efectivamente en estas instituciones polivalentes.

Este ORSMER valora como posible el que la AA instrumente de modo coordinado con otras áreas del Ministerio de Salud (Primer Nivel de Atención-APS), acciones de capacitación a personal médico y trabajadores de Hospitales Generales con el propósito de ir generando condiciones que permitan internaciones por problemáticas de salud mental y adicciones en dichos hospitales polivalentes.

- **Promover y fortalecer la organización del movimiento de personas usuarias**

La LNSMyA destaca y promueve fuertemente la participación de las personas usuarias no solo en lo relativo a sus abordajes particulares en función de sus problemáticas de salud mental, si no también en cuanto a la organización y

construcción colectiva de espacios de participación que permitan una incidencia en la definición y ejecución de políticas de salud /Salud mental. Por ello y dada la histórica desatención a este derecho y ejercicio de ciudadanía, es que se torna fundamental alentar, promover y acompañar estos movimientos de agrupamientos, asociaciones y asambleas de usuarios, familiares, amigos y otros referentes.

Articulación con Obras Sociales respecto a los criterios de las prestaciones que financian.

Solicitar y coordinar con las Obras sociales, (en principio con Pami y IOSPER en atención a la prevalencia de afiliados a estas Obras sociales en nuestra provincia, como así también respecto a Incluir Salud), que las prestaciones solicitadas, ofrecidas y autorizadas respondan a los criterios establecidos en la LNSMyA y a CDPD en lo relativo a los abordajes.

Conformación de la Comisión Interministerial y del Consejo Consultivo Honorario

Resulta de importancia operativa para la plena implementación de la LNSMyA que la AA avance y haga efectiva la conformación de la Comisión Interministerial y el Consejo Consultivo Honorario, promoviendo permanentemente la creación y sostenimiento de estos ámbitos interministeriales e intersectoriales. La conformación de espacios de debate y participación de diversas Áreas y Sectores resulta imperioso en la posibilidad de poder ofrecer respuestas integrales en las estrategias de abordajes y en los procesos de externación que contemplen la inclusión social y participación e integración comunitaria de las personas usuarias como principal objetivo. Una institución o servicio sanitario no podría abordar completamente y resolver aspectos complejos como la inclusión laboral, educativa, la disponibilidad de vivienda, la posibilidad de contar con espacios de sociabilidad y cultura. Ello supone la coordinación y compromiso de diversas áreas y sectores; siendo la participación de los usuarios fundamental en la conformación también del Consejo Consultivo.

- **Instancias de apoyo, apuntalamiento técnico y supervisión**

Este ORSMER remarca la importancia de que los equipos tratantes de hospitales monovalentes, servicios de salud mental y equipos/ profesionales de hospitales generales y centros de salud, frente a eventuales situaciones de gran complejidad, tengan la posibilidad de contar con algún apoyo matricial o apuntalamiento técnico por parte de la AA o Servicio de Referencia Local, como así también contar con la posibilidad de

supervisiones clínicas e institucionales periódicas. Ello en la dirección de avanzar en los siguientes objetivos:

1. Procesos de adecuación a la LNSM.
2. Protección y cuidado de la salud de los trabajadores.
3. Revisión de Modalidades de Abordajes.

Hasta tanto se disponga de los recursos necesarios para constituir este equipo de apoyo técnico matricial, con la movilidad necesaria para trasladarse a los distintos efectores de la provincia se sugiere -como alternativa- la utilización de diversos medios de comunicación tales como videollamadas, aplicaciones (skype), o cualquier otra herramienta que cumpla este propósito.