

## **Informe alternativo para el Comité de Derechos Humanos**

### **Revisión periódica sobre Argentina - Mayo 2016**

#### **I. Introducción**

En este informe brindamos información sobre la cuestión N° 14 de la Lista de Cuestiones y proponemos recomendaciones.

#### **II. Sobre las organizaciones que suscriben**

La ACIJ<sup>1</sup> es una organización apartidaria, sin fines de lucro, dedicada a la defensa de los derechos de los grupos más desfavorecidos de la sociedad y el fortalecimiento de la democracia en Argentina. REDI<sup>2</sup> es una organización de derechos humanos, constituida por personas con discapacidad y sus familiares, que tiene por objeto promover y exigir el cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad.

#### **III. Información sobre las cuestiones a analizar por el Comité y recomendaciones propuestas**

##### **III. 1. Cuestión 14**

Aportaremos información sobre la falta de medidas tendientes a implementar la Ley Nacional de Salud Mental (en adelante, LNSM) y su reglamentación, y en especial a la falta de creación de la red de dispositivos comunitarios necesaria para cumplir sus fines, en miras a la obligación estatal de eliminar los manicomios (hospitales psiquiátricos monovalentes) para el año 2020.

La Ley Nacional de Salud Mental, sancionada en el año 2010, tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas usuarias de los servicios de salud mental, en particular personas con discapacidad social e intelectual. Para el logro del objeto de la ley es necesaria una reforma estructural de los servicios de salud destinados al tratamiento de la salud mental.

---

<sup>1</sup> Sitio web: <http://acij.org.ar/>. Más información en Anexo I.

<sup>2</sup> Sitio web: <http://redi.org.ar/index.php>. Más información en Anexo I.

**El Ministerio de Salud debe promover** y garantizar que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, **implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria**. Además debe promover el **desarrollo de dispositivos** tales como: consultas ambulatorias, servicios de inclusión social y laboral, atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas con discapacidad psicosocial y grupos familiares y comunitarios, y servicios para la promoción y prevención en salud mental, entre otros. El proceso de atención debe realizarse preferentemente **fuera del ámbito de internación hospitalario**. La **atención en salud mental** deberá estar a cargo de un **equipo interdisciplinario** integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados<sup>3</sup>.

Además, la LNSM también establece una cláusula presupuestaria y dispone que en forma progresiva y en un plazo no mayor a tres años a partir de su sanción, el Poder Ejecutivo **debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del 10 % del presupuesto total de salud** (art. 32). Este monto debe tender a cumplir con los objetivos de la norma y su asignación debe respetar y garantizar los derechos humanos de las personas usuarias.

### **III.2. Ausencia de planes de políticas estructurales de reforma del sistema de salud mental e incumplimiento de las obligaciones estatales:**

- **A | Falta de implementación de la ley y su decreto reglamentario:**

**En Argentina continúa vigente un sistema de salud que en materia de salud mental tiene como centro al hospital monovalente**. Así, mientras que su decreto reglamentario 603/2013 prevé que hacia el 2020 deben haberse eliminado los manicomios, lo cierto es **que no se ha avanzado en una política estructural que tienda a desarrollar la red de salud mental comunitaria necesaria para sustituir los monovalentes**. Las personas usuarias quedan atadas a vincular sus necesidades generales de salud con esos hospitales, incluso cuando se trata de temas ajenos a la salud mental. Como se evidencia en este informe, las medidas adoptadas no conducen a cumplir con las obligaciones de asegurar una salud mental comunitaria, sino que refuerzan un desconocimiento de los derechos en juego.

---

<sup>3</sup> Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes. Esto implica superar el enfoque médico en los servicios de salud mental para abordarla desde el modelo social, lo cual obliga a una atención interdisciplinaria y no centrada en la psiquiatría. Aún persiste una marcada hegemonía del enfoque médico en el sistema de salud mental argentino.

La norma que reglamenta la LNSM, Decreto Reglamentario N° 603/2013, se sancionó en el año 2013, luego de tres años desde la sanción de la Ley. Sin embargo, aun cuando la reglamentación significó un avance, demorado, luego de profundos debates y resistencias, su implementación efectiva sigue siendo una gran deuda, en particular en relación con la creación de dispositivos de salud mental basados en la comunidad. A modo de ejemplo, y como se explica en detalle en el Anexo II, en la Ciudad de Buenos Aires se sigue destinando alrededor del 80% del gasto de salud mental a sostener los hospitales monovalentes. Si bien con relación a la pauta del 10% del presupuesto de salud que establece la LNSM para salud mental, la Ciudad se alcanza el 8%, su distribución es violatoria de derechos fundamentales y refuerza un sistema manicomial. El presupuesto destinado a salud mental debe, necesariamente, orientarse a cumplir con los objetivos de la LNSM. En el caso del presupuesto nacional, la información disponible es inaccesible e impide identificar y monitorear los recursos públicos destinados a salud mental.

- **B| El Plan Nacional de Salud Mental no prevé una red de salud mental comunitaria con dispositivos que aseguren los derechos humanos de las personas usuarias:**

La LNSM obliga al Ministerio de Salud a establecer las bases para un **Plan Nacional de Salud Mental** (en adelante, PNSM) acorde a los principios establecidos en la norma. El decreto reglamentario, por su parte, establece que el Plan deberá estar disponible para la consulta del conjunto de la ciudadanía y deberá contemplar mecanismos de monitoreo y evaluación del cumplimiento de metas y objetivos. Asimismo, deberá elaborar un informe anual sobre la ejecución de dicho Plan Nacional el cual será publicado y remitido al Órgano de Revisión.

El último **Plan Nacional de Salud Mental**<sup>4</sup> disponible fue elaborado y publicado en octubre de 2013. Tanto su proceso de elaboración como su contenido fue objeto de críticas. En el Informe Anual 2015<sup>5</sup> sobre Derechos Humanos en Argentina, el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), señaló los problemas de diseño y de metodología que tenía el plan. El Plan no permite hacer un análisis integral del sistema de salud mental ni advertir una propuesta que dé cumplimiento a las obligaciones de cambiar el enfoque del sistema hacía uno comunitario.

Entre otras deficiencias el informe destacó que “[e]ntre los nueve problemas enumerados no se hace referencia directa a la sustitución de hospitales monovalentes ni a la vulneración de los derechos humanos de las personas que viven en los manicomios. Tampoco se

---

<sup>4</sup> Puede verse aquí: [http://bvs.psi.uba.ar/local/File/2013-10-29\\_plan-nacional-salud-mental.pdf](http://bvs.psi.uba.ar/local/File/2013-10-29_plan-nacional-salud-mental.pdf)

<sup>5</sup> Enlace al Informe, Capítulo XII: El desafío de implementar la Ley Nacional de Salud Mental. Avances y deudas en el camino hacia el cambio de paradigma y el cierre de los manicomios: <http://bit.ly/1RGbHmo>

considera un problema prioritario: la ausencia de políticas que favorezcan su inclusión social (...)". Sobre los procesos de externación, se afirma que “no quedaron definidos como un problema integral con múltiples dimensiones, sino desmembrados entre líneas de acción y metas muy disímiles. Esta formulación, que utiliza conceptos fundamentales en un lenguaje coloquial, da lugar a deslizamientos que habilitan la reproducción de la lógica manicomial”. Es decir que la herramienta de planificación estatal no prevé cumplir con la LNSM.

- **C | El Estado no garantiza dispositivos y servicios de salud mental basados en la comunidad ni la sustitución de hospitales monovalentes:**

Pese a que el art. 11 de la LNSM que dispone la creación de dispositivos comunitarios fue reglamentado<sup>6</sup>, **los dispositivos no fueron creados, lo que generó una continuidad de la lógica monovalente, acompañada de un flujo de recursos en el mismo sentido.** Una de las barreras concretas que indicaron autoridades locales (de la Ciudad de Buenos Aires) para justificar la falta de implementación de los dispositivos comunitarios era la falta de regulación a nivel nacional de los requisitos que debería cumplir cada dispositivo para su habilitación. En septiembre de 2015, cinco años después de la sanción de la LNSM, el Estado Nacional reguló los requisitos de habilitación de los dispositivos comunitarios<sup>7</sup>. **Sin embargo, la ausencia de dispositivos permanece como una obligación incumplida. La necesidad de estos dispositivos es extrema y el movimiento de personas usuarias de salud mental evidencia sistemáticamente la ausencia de respuesta estatal en esos servicios.**

La falta de dispositivos comunitarios viola los derechos humanos de todas las personas que requieren atención en salud mental, pues en lugar de encontrar respuesta en servicios de

---

<sup>6</sup> El Decreto Reglamentario dispuso que la autoridad de aplicación debería disponer la promoción de otros dispositivos adecuados a la Ley N° 26.657, en articulación con las áreas que correspondan, promoviendo su funcionamiento bajo la forma de una red de servicios con base en la comunidad. A ello agregó que "dicha red debe incluir servicios, dispositivos y prestaciones tales como: centros de atención primaria de la salud, servicios de salud mental en el hospital general con internación, sistemas de atención de la urgencia, centros de rehabilitación psicosocial diurno y nocturno, dispositivos habitacionales y laborales con distintos niveles de apoyo, atención ambulatoria, sistemas de apoyo y atención domiciliaria, familiar y comunitaria en articulación con redes intersectoriales y sociales, para satisfacer las necesidades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, que favorezca la inclusión social". Finalmente, indicó que la Autoridad de Aplicación debía establecer los requisitos que debería cumplir cada dispositivo para su habilitación.

<sup>7</sup> La resolución 1484/2015 fue, sin embargo, impugnada por la Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina, con el argumento de que se trata de una obligación de cumplimiento imposible y además solicitó que se suspenda su aplicación, se forme una comisión para evaluar la regulación de la LNSM y eventualmente se revoque la resolución.

salud mental en los hospitales generales o en dispositivos de salud mental comunitaria, deben recurrir a los hospitales neuropsiquiátricos monovalentes, que se caracterizan por modalidades de abordaje muy distintas a las prescriptas por la LNSM<sup>8</sup>.

Del mismo modo, en aquellos casos en que las personas usuarias que hoy se encuentran institucionalizados/as necesitan continuar su tratamiento fuera del hospital especializado, el Estado no ofrece las prestaciones necesarias y adecuadas para asegurar la atención a la salud mental de las/os usuarias/os, que les permita salir de la internación y restablecer lazos comunitarios. Por el contrario, desampara a los usuarios que están en dicha situación, lo que prolonga innecesariamente la internación en neuropsiquiátricos con graves consecuencias para su salud<sup>9</sup>.

No sólo no se crean dispositivos de salud mental basados en la comunidad, sino que el Estado toma iniciativas concretas en la dirección contraria. Puntualmente, **promovió obras destinadas a reforzar instituciones de internación monovalentes**, en contra de lo que establece la LNSM y su decreto reglamentario<sup>10</sup>. Al tomar conocimiento de los proyectos de “refuncionalización” de dos hospitales neuropsiquiátricos ubicados en la provincia de San Juan — El Zonda— y de Córdoba —Oliva—. Las autoridades del Gobierno de Córdoba dispusieron la suspensión de las obras hasta el dictamen del Órgano de Revisión. Esto vuelve a evidenciar que no hay una política activa y clara tendiente a cumplir con la ley y que constantemente se requiere de la intervención de autoridades de contralor para frenar las violaciones de la norma.

---

<sup>8</sup> Esto atenta directamente contra el derecho a la vida en forma independiente e incluidos en la comunidad, acorde al art. 19 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, con jerarquía constitucional en Argentina (Ley n° 27.044). En particular, cuando el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad realizó recomendaciones finales a Argentina, instó al Estado a que: “las personas con discapacidad tengan acceso a una amplia gama de programas de rehabilitación domiciliaria, residencial, comunitaria o de otro tipo y a la libre autodeterminación sobre dónde y cómo vivir”. CRPD/C/ARG/CO/1. Pto. 34.

<sup>9</sup> Recientemente, el 12 de marzo de 2016, personas usuarias de servicios de externación y de salud comunitaria presentaron una denuncia ante el Órgano de Revisión en la que manifestaron preocupación porque a principios de este año se implementaron medidas tendientes a reducir el funcionamiento del dispositivo al que asisten: dispositivo de salud e inclusión social *Casa SIS*, bajo la órbita del Ministerio de Salud y del Ministerio de Justicia de la Nación. Ver Anexo III.

<sup>10</sup> Art. 27 LNSM: Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos.

- **D| Falta de respuesta adecuada del Estado Argentino y resistencia activa a cumplir con obligaciones legales frente a una condena judicial estructural:**

El 15 de abril de 2015 la justicia federal de primera instancia **ordenó a los Ministerios de Salud de la Nación y de la Ciudad de Buenos Aires** que provean “...*dispositivos comunitarios aptos para la continuación del tratamiento...*” de cuatro personas privadas de su libertad en manicomios, debido a la falta de tales dispositivos intermedios. Asimismo, **se concedió al fallo alcance colectivo**, es decir que el fallo es ejecutable en favor de cualquier persona en la misma situación que las amparistas (personas que no son externadas debido a la falta de dispositivos intermedios a donde ser derivadas) y aprovecha al colectivo más amplio de personas con discapacidad psicosocial que requieran tratamientos en la comunidad, en dispositivos interdisciplinarios y no en hospitales monovalentes.

En lugar de dar cumplimiento a la sentencia de primera instancia, tanto el Estado Nacional como el GCBA apelaron la decisión. Con el fin de promover el efectivo cumplimiento de lo ordenado, ACIJ y REDI solicitamos intervenir como terceros, invocando la legitimación colectiva del art. 43 de nuestra Constitución Nacional en representación de la clase afectada por la sentencia, y fuimos admitidas.

**El Estado argentino no sólo se encuentra obligado en función de la clara normativa constitucional, nacional y local, a garantizar la existencia de dispositivos comunitarios de atención, sino que ahora también pesa sobre ellos una condena judicial en un caso estructural.** Sin embargo, no da muestra de estar avanzando en el cumplimiento de sus obligaciones. En primer lugar, en sus presentaciones ante la justicia han reconocido que no cuentan con los establecimientos y recursos necesarios para ello, lo que además quedó probado con las respuestas brindadas a los usuarios que interpusieron la acción de amparo. Sin embargo, apeló el fallo condenatorio de primera instancia. Finalmente la Cámara rechazó la impugnación y sostuvo la sentencia original, que a más de un año de su dictado, permanece incumplida.

La falta acción de las autoridades estatales y su expreso reconocimiento sobre la falta de dispositivos intermedios comunitarios genera que las personas que deben continuar su tratamiento o que requieren un proceso de apoyo, gradual, no puedan hacerlo debido a una falencia estructural en la provisión de este tipo de dispositivos. Asimismo, en la actualidad, las personas internadas en hospitales monovalentes que quieren continuar su tratamiento con los dispositivos establecidos en la ley no pueden hacerlo.

Ya en la ocasión anterior en la que se revisó al Estado Argentino<sup>11</sup>, el Comité ha dicho que el Estado debe tomar medidas para la protección de los derechos de las personas usuarias de servicios de salud mental, expresamente reconocidos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y debe armonizar su legislación y sus prácticas con los estándares internacionales sobre sus derechos (recomendación 24).

- **E| Tratos crueles e inhumanos en hospitales psiquiátricos y el reconocimiento del Órgano de Revisión Nacional.**

La creación del Órgano de Revisión (en adelante, OR) que prevé el Capítulo X, arts. 38 a 40 de la LNSM ha sido un importante avance en la materia, pero actualmente enfrenta fuertes resistencias incluso desde el Estado. El OR es un espacio intersectorial conformado en partes iguales por representantes estatales y de la sociedad civil<sup>12</sup> y es fundamental para monitorear el funcionamiento de los servicios de salud mental.

Para supervisar el cumplimiento de la LNSM, **durante el primer semestre del 2014 el OR realizó 86 monitoreos a 30 instituciones públicas y privadas de salud mental, donde se encontraron prácticas de tratamiento y atención que violaban los derechos de personas con discapacidad psicosocial usuarias de servicios de salud mental.**

Cabe señalar que este primer informe generó gran resistencia por parte de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), que manifestó en un comunicado su postura a favor del manicomio. De la misma manera, al publicarse la recomendación del OR a las jurisdicciones para que se erradique la práctica del electroshock, la APSA y la Asociación de Médicos Municipales reaccionaron y buscaron deslegitimar la intervención del organismo<sup>13</sup>. Es importante que el Estado promueva acciones de concientización y generación de conciencia hacia los actores privados sobre el contenido de la LNSM y las recomendaciones del OR.

---

<sup>11</sup> Examen de los informes presentados por los estados partes con arreglo al artículo 40 del Pacto. Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos. Argentina. Punto C. Principales puntos de preocupación y recomendaciones. Punto 8. CCPR/C/ARG/CO/4. Pg. 5

<sup>12</sup> El ORN está integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia de la Nación, Ministerio Público de la Defensa, Centro de Estudios Legales y Sociales, Red de Usuarios, Familiares y Voluntarios (Red FUV), y Asociación Argentina de Salud Mental. La Secretaría Ejecutiva desarrolla sus funciones en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa.

<sup>13</sup> Disponible en <http://www.apsa.org.ar/declara181214.php>.

Por otra parte, como consecuencia de la actuación del OR, órgano que hoy tiene dificultades para constituirse y funcionar con regularidad, se lograron cerrar las celdas y salas de aislamiento de tres clínicas privadas de la provincia de Buenos Aires - Betharram, Estancia del Pilar y San Michele- y del Hospital Neuropsiquiátrico Alejandro Korn, de Melchor Romero.

Es fundamental que se solicite al Estado Argentino que refuerce la legitimidad, atribuciones e independencia de este órgano<sup>14</sup> para que este órgano pueda monitorear las instituciones, difundir sus informes y realizar recomendaciones, para evitar todo tipo de trato cruel inhumano o degradante tanto en instituciones públicas como privadas.

Acorde al informe de 2015 del Órgano de Revisión Nacional, entre enero y agosto de 2014, de 1833 comunicaciones que recibió de casos individuales, sobre internaciones, fallecimientos, aplicación de electroshock, etc., el 94,8% corresponden a la Ciudad de Buenos Aires. El 89% de las comunicaciones de la Ciudad se deben a internaciones en hospitales monovalentes (públicos, clínicas psiquiátricas privadas, comunidades terapéuticas). El 24% del total de comunicaciones corresponden a niñas, niños y adolescentes. Esto muestra la marcada persistencia del modelo manicomializador.

Por otro lado, **aún está pendiente la conformación de los Órganos de Revisión en las distintas jurisdicciones provinciales** en donde continúan produciéndose violaciones a los derechos fundamentales de las personas usuarias. El Comité de Derechos Humanos ya ha resaltado que el Estado Argentino debe garantizar la plena implementación del Pacto de forma uniforme en todo el país (art. 2) y que debe tomar medidas al respecto<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> Una muestra de la resistencia al funcionamiento de ORN y al cumplimiento efectivo de su finalidad legal fue, por ejemplo, la interposición de una medida cautelar interpuesta por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires para obstaculizar el funcionamiento del órgano en la Ciudad. La medida judicial puso en cuestión los monitoreos realizados por el ORN en el Hospital José T. Borda y en el B. Moyano y buscó dejar sin efecto las recomendaciones del organismo en relación con la investigación de las muertes ocurridas en las instituciones de salud mental del país y con la prohibición de la aplicación de electroshock. Finalmente, la jueza que intervino en la causa desestimó la medida. En su pronunciamiento dejó asentado que, legalmente, **“el Órgano de Revisión Nacional aparece facultado para ejercer sus funciones en todo el Territorio Nacional en miras a asegurar el cumplimiento de la LNSM”** y que “la apreciación de la existencia de circunstancias de urgencia y gravedad institucional, en razón de la materia involucrada, resulta propia de las atribuciones del Órgano de Revisión”. Más información: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-281094-2015-09-07.html>;

<sup>15</sup> Examen de los informes presentados por los estados partes con arreglo al artículo 40 del Pacto. Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos. Argentina. Punto C. Principales puntos de preocupación y recomendaciones. Punto 8. CCPR/C/ARG/CO/4. Pg. 2



- **F | Falta de transparencia sobre muertes en hospitales psiquiátricos y resistencias a su investigación:**

En 12 de noviembre de 2010 se produjo la muerte de Matías Carbonell en el Hospital Psiquiátrico Borda. A raíz de las investigaciones que impulsó el CELS en el marco de una causa penal por este fallecimiento, se realizó un allanamiento al Borda en noviembre del 2013. Esa intervención reveló que hubo 46 muertes poco claras en el hospital entre 2009 y 2010. Según relataron integrantes del CELS, “[I]a información aportada por los profesionales del Borda en la derivación [a una sala de ese hospital donde fue golpeado, según la investigación] no explicaba el origen del cuadro ni brindaba datos sobre los registros clínicos relativos a Matías, datos que habrían facilitado la determinación de las causas de su muerte”<sup>16</sup>.

Sobre situación semejantes en otras jurisdicciones locales y su persistencia en el tiempo, en abril de 2016, la **Asamblea de Usuarixs de Salud Mental por sus Derechos-Rosario denunció públicamente, a través de un comunicado, las muertes producidas en el Hospital Agudo Ávila, “el Suipacha”, psiquiátrico ubicado en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe.** En menos de una semana hubo dos muertes de personas usuarias. Ante esa situación, exigieron que se conforme “un registro de muertes sucedidas en instituciones psiquiátricas de encierro y la investigación de todas ellas”<sup>17</sup>, acorde a la normativa vigente.

En este contexto, el Órgano de Revisión Nacional<sup>18</sup> ya había establecido que **toda muerte producida en contexto de encierro, en instituciones públicas y privadas, debe considerarse “muerte de causa dudosa” -aún aquellas comúnmente denominadas “muertes naturales”- y ser remitida inmediatamente a la Justicia Penal para su investigación.** Sin embargo, aún no hay avances en este sentido y el acceso a la información sobre cantidad de muertes producidas está restringido activamente por parte de los hospitales y del Estado.

- **G | Falta de información requerida por la LNSM y no implementación del Censo Nacional explícitamente obligado por la norma:**

---

<sup>16</sup> Ver nota periodística sobre el caso: <http://www.telam.com.ar/notas/201504/103282-allanamiento-hospital-borda-muerte-paciente-2010.html>

<sup>17</sup> Nota con el comunicado: <http://monitoreosmyddhh.com.ar/index.php/novedades/agenda/230-basta-de-muertes-en-el-manicomio-transformemos-las-practicas-en-salud-mental>

<sup>18</sup> Resolución 15/14 del Órgano de Revisión Nacional.

La LNSM disponía que dentro de los 180 días corridos desde su sanción, la Autoridad de Aplicación debería **realizar un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado para relevar la situación de las personas internadas**, discriminando datos personales, sexo, tiempo de internación, situación judicial, situación social y familiar, y otros datos que considere relevantes. Dicho censo debe reiterarse con una **periodicidad máxima de dos años** y se debe promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización.

Sobre este punto, el informe del CELS ya citado<sup>19</sup> indicó que, en respuesta a un pedido a la información, “la DNSMyA informó que reemplazaría el censo con la herramienta de relevamiento epidemiológico en salud mental (Registro Nacional de Personas Internadas por motivos de Salud Mental, ReSaM) porque ésta podría cumplir las dos funciones”. Sin embargo, el CELS destaca que “el ReSaM y el censo tienen objetivos y estructuras metodológicas diferentes que no se reemplazan entre sí. **El censo es imprescindible para hacer una caracterización demográfica cuantitativa y cualitativa de las personas encerradas en instituciones psiquiátricas en todo el país y conocer los factores sociales que imposibilitan su externación.** El objetivo del ReSaM es sistematizar y procesar datos que permitan el seguimiento epidemiológico”.

Además, señalan que “a julio de 2014, la escasez de los datos muestra serias deficiencias en la aplicación del ReSaM: no está claro quiénes serán los responsables institucionales de aplicarlo en cada jurisdicción, se desconoce cuáles son los tiempos de aplicación previstos para alcanzar a todos los efectores del territorio nacional, no hay certidumbre sobre la obligatoriedad de su aplicación y se desconoce cómo se planteará la articulación interjurisdiccional”<sup>20</sup>. La falta de datos y la escasa transparencia y vías de acceso a información pública también se evidencia al momento de requerir información a hospitales y los sectores estatales de salud por parte de organizaciones de la sociedad civil: es sistemática la no respuesta, la respuesta dilatoria y la respuesta vaga, incompleta e inconsistente con el pedido.

- **H | La pauta presupuestaria del 10% de salud para salud mental y falta de transparencia de la información presupuestaria:**

---

<sup>19</sup> Ibídem, CELS, cap. XII, p. 470 y ss., disponible aquí: <http://www.cels.org.ar/especiales/informe-anual-2015/>

<sup>20</sup> Para más información sobre este punto, remitimos a CELS, *Derechos Humanos en Argentina, Informe Anual 2015*, ed. Siglo XXI, cap. XII, p. 468 y ss., disponible aquí: <http://www.cels.org.ar/especiales/informe-anual-2015/>

El análisis presupuestario es una herramienta relevante para evaluar el grado de cumplimiento de normas, estándares y principios que el Estado está obligado a cumplir al asignar, distribuir y ejecutar recursos.

La LNSM estipula en su art. 32 que el Ejecutivo debe prever “un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del diez por ciento (10 %) del presupuesto total de salud” y se promueve a que las Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio. Sin embargo, el análisis del presupuesto público destinado a salud mental en el presupuesto nacional se ve impedido por la imposibilidad de determinar acertadamente qué porción del presupuesto está efectivamente asignada a prestaciones de salud mental.

Tras realizar un minucioso análisis sobre las cuentas de inversión de los años 2010-2014, advertimos que determinar qué cantidad de recursos se destina a servicios de salud mental presenta una dificultad significativa: no es posible distinguir tales montos dentro de los programas y subprogramas en los que se encuentran inmersos, es decir, no es posible determinar cuánto dinero dentro de cada partida, programa o acción prevista en el presupuesto, se destina a salud mental.

Existiendo la pauta legal del 10%, sería recomendable que el Ministerio de Salud en coordinación con las áreas de la Administración Pública que intervienen en el proceso de diseño y ejecución del presupuesto, elaboren **mecanismos tendientes a identificar las partidas que cuentan con programas, áreas o, en general, recursos, destinados a la ejecución de acciones o a prestaciones de salud mental.** Un ejemplo de cómo podría implementarse un mecanismo de monitoreo y seguimiento puede encontrarse en el caso de los Dalits, en la India<sup>21</sup>. Sobre esto, el Comité ya ha destacado en la revisión anterior la importancia de identificar partidas que permitan implementar las medidas comprometidas de forma efectiva (observación 11).

#### **IV. Recomendaciones**

A partir de las siguientes recomendaciones, solicitamos al Comité de Derechos Humanos que supervise e inste al Estado Argentino a cumplir con las obligaciones internacionales y

---

<sup>21</sup> En el caso, el gobierno de la India también hizo que fuera obligatorio para todos los departamentos usar el código 789 en el presupuesto 2011-2012, utilizado para identificar las partidas destinadas a políticas de desarrollo para los Dalits. Más sobre el caso, aquí: [http://www.internationalbudget.org/wp-content/uploads/NCDHR-short-case-study\\_SPANISH-final.pdf](http://www.internationalbudget.org/wp-content/uploads/NCDHR-short-case-study_SPANISH-final.pdf)

constitucionales asumidas respecto a los derechos de las personas con discapacidad y usuarias de servicios de salud mental y a que cese en las acciones estatales que violan derechos humanos.

- 1) **El Estado Argentino debe adoptar medidas inmediatas para la creación de una red de dispositivos y servicios de salud mental con base comunitaria y, oportunamente, establecer mecanismos para controlar que la provisión de dichos servicios se realice a través de modalidades respetuosas de los derechos humanos, que garanticen el derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad de las personas con discapacidad, en particular psicosocial e intelectual. Estas medidas deben estar encaminadas a sustituir definitivamente los dispositivos monovalentes;**  
**El Estado Argentino debe producir información completa, suficiente, adecuada y accesible y generar mecanismos activos de transparencia sobre la situación de los servicios de salud mental y de las personas usuarias de esos servicios de salud mental;**  
**El Estado Argentino debe adoptar las medidas que sean necesarias para garantizar la asignación de recursos públicos suficientes y adecuados para la creación de dispositivos y servicios -con base en la pauta presupuestaria establecida en la LNSM- y garantizar mecanismos de transparencia para su control y monitoreo.**
- 2) **El Estado Argentino debe adoptar medidas eficaces para prevenir, investigar y sancionar los tratos crueles e inhumanos en establecimientos de salud mental. En este sentido, el Estado Argentino debe adoptar las medidas necesarias para garantizar el funcionamiento adecuado del Órgano de Revisión Nacional en todo el territorio nacional y generar conciencia hacia los actores privados -tanto profesionales como efectores- sobre sus obligaciones respecto de las personas usuarias de los servicios de salud mental.**
- 3) **El Estado Argentino debe tomar medidas inmediatas para prevenir, investigar y sancionar las muertes en hospitales monovalentes; entre ellas, debe crear un registro de muertes en hospitales monovalentes a nivel nacional y ordenar su categorización como “muerte dudosa” para su adecuada investigación y posterior remisión al sistema penal.**
- 4) **El Estado Argentino debe garantizar el cumplimiento de las decisiones judiciales que lo condenan a la creación de dispositivos y servicios basados en la comunidad, y contribuir a su implementación. En particular, debe abandonar sus prácticas de resistencia activa en los procesos judiciales que tienen por objeto la externación de personas institucionalizadas o la provisión de dispositivos o servicios comunitarios.**

## Anexo I

- **Sobre las organizaciones que suscriben:**

### **1| Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia — ACIJ**

Fundada en 2002, ACIJ tiene por objetivos defender la efectiva vigencia de la Constitución Nacional y los principios del estado de derecho, promover el cumplimiento de las leyes que protegen a los grupos desaventajados y la erradicación de toda práctica discriminatoria, así como también contribuir al desarrollo de prácticas participativas y deliberativas de la democracia.

El área de Discapacidad y Derechos Humanos de ACIJ, por su parte, tiene como objetivo promover y ejecutar acciones para la construcción de una sociedad más justa, igualitaria e inclusiva para las personas con discapacidad. Para ello, cuenta con un programa específico de salud mental, desde el cual trabaja principalmente a través de las herramientas de acceso a la información pública, elaboración de informes, análisis presupuestario y litigio estratégico.

ACIJ integra la Red Nacional de Salud Mental Comunitaria y de Derechos Humanos.

### **2| Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad — REDI**

REDI es una organización de derechos humanos, de y para personas con discapacidad, que acciona política y judicialmente tomando como eje de referencia el modelo social de la discapacidad, sosteniendo el protagonismo de las personas con discapacidad en la toma de decisiones que directa o indirectamente puedan afectarlas.

Desde sus inicios, en 1988, REDI combinó reuniones con funcionarios, legisladores y asesores, campañas de presión política ante los poderes legislativos y ejecutivos vía medios masivos, acciones en la vía pública, participación en audiencias públicas e iniciativas jurídicas (acciones judiciales de amparo).

En años recientes, REDI ha dado un salto cualitativo, consolidando alianzas estratégicas con organizaciones locales e internacionales. Su activa participación en la redacción de la



Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, y su consecuente actuación a favor de los derechos allí plasmados, la ubica como referente clave en la temática ante organismos de gobierno, de derechos humanos, de personas con discapacidad, y de ONG que se van sumando en la lucha por la inclusión.

La Red forma parte de la Red Iberoamericana de Expertos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, de la Alianza Internacional sobre Discapacidad (IDA) y de Global Partnership for Disability and Development (GPDD). Además, integra el Órgano de Revisión Nacional, órgano de revisión multidisciplinar y con actores gubernamentales y no gubernamentales, creado por la LNSM<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> Se renovó su mandato (2015-2017) por dos años según Resolución SE N° 18/15 del Órgano de Revisión Nacional.

## Anexo II

- **El caso de la Ciudad de Buenos Aires:**

El uso de la herramienta de análisis presupuestario nos permitió elaborar dos informes sobre la asignación presupuestaria a servicios de salud mental en la Ciudad de Buenos Aires<sup>23</sup>.

La información disponible no permite conocer con precisión el destino concreto de los recursos destinados a salud mental y se desconoce información básica indispensable para evaluar la asignación que sería necesaria de acuerdo a normas y principios de derechos humanos y de la LNSM.

Un obstáculo fundamental que se presenta al analizar y monitorear las acciones y políticas que lleva a cabo la Dirección de Salud Mental es la escasa transparencia, claridad y precisión con la que se presenta información, presupuestaria y no presupuestaria, que debe ser de acceso público.

Por otro lado, **la Dirección de Salud Mental de la CABA no responde a los pedidos de información o los responde de forma insuficiente y vaga**. A modo de ejemplo, se les solicitó que indiquen cuál es la diferencia entre el programa “acciones en salud mental” y el de “atención en salud mental” y qué actividades realiza cada uno de ellos. La respuesta obtenida fue: “Las acciones en Salud Mental son aquellas que se producen con el objetivo de mejorar los distintos aspectos de la atención del paciente”. O, cuando se buscó indagar con mayor precisión sobre las políticas de salud mental y sobre los programas existentes, indicaron que “se llevan a cabo distintas políticas de salud mental bajo un adecuado y buen número de programas”. Esta actitud atenta directamente contra los derechos de los ciudadanos y la rendición de cuentas de los gobernantes.

---

<sup>23</sup> Para acceder al informe completo “Políticas en Salud Mental. Análisis presupuestario CABA 2015”: <http://acij.org.ar/blog/2015/09/10/informe-transparencia-y-analisis-presupuestario-de-las-politicas-de-salud-mental-con-enfoque-de-derechos-by-asociacion-civil-por-la-igualdad-y-la-justicia/> . Para acceder al informe completo “Presupuesto para el área de Salud Mental. Análisis del Proyecto 2016” ir al siguiente enlace: <http://acij.org.ar/blog/2015/12/02/presupuesto-para-el-area-de-salud-mental-analisis-del-proyecto-2016/>

Lo expuesto implica, por un lado, que, al igual que ocurre con respecto al presupuesto nacional, el gobierno de la CABA debe adoptar políticas activas de difusión de la información más relevante de cada una de sus políticas -a través de medios masivos, incluyendo internet- y, a su vez, que debe suministrar -sin omisiones ni dilaciones innecesarias- toda la información que en forma espontánea se le requiera por parte de cualquier ciudadano/a.

***i) Cuánto gasta la Ciudad de Buenos Aires en servicios de salud mental, en general:***

Al analizar la proporción del presupuesto del Ministerio de Salud de Ciudad con destino a salud mental y, luego, del presupuesto total de la Ciudad, en ambos casos se puede observar que el porcentaje asignado se mantiene estable a lo largo de los años (el dato no comprende programas que están fuera del Ministerio de Salud, por ejemplo dentro del Ministerio de Desarrollo Social).

Para el caso de la comparación con el presupuesto total de la CABA se produce una leve caída en el año 2011 (1.2%). Si se compara con el presupuesto del Ministerio de Salud, el año que menor porcentaje representa es el 2008 (7.2%). Además, en el 2014 alcanza el 7,8% y baja a 7,6% en el presupuesto para el año 2015. Ahora bien, si se realiza una comparación con respecto al crédito devengado en los años 2008 a 2013<sup>24</sup>, podemos observar que en ambos casos aumenta el porcentaje con respecto al crédito original. O sea, todos los años el Ejecutivo destina un mayor porcentaje a salud mental que lo estipulado en la ley de presupuesto. Sin embargo, como se advierte, la Ciudad no alcanza la pauta nacional del 10%.

***ii) Priorización de hospitales monovalentes:***

Al analizar el presupuesto total con destino a servicios de salud mental durante el 2015, se advierte que los efectores de salud monovalentes absorben el 77% del presupuesto original. Del restante 23%, un 7% se destina a los centros de salud mental que ofrecen atención especializada pero ambulatoria. Las Políticas Sociales en Adicciones absorben el 5%<sup>25</sup>. Los talleres protegidos representan un 4%, mientras la oferta de servicios de salud mental en hospitales generales y en dispositivos intermedios, rubros que deben ser la regla, constituye presupuestariamente una

---

<sup>24</sup> Para los años 2014 y 2015 tomamos el crédito original. Actualmente se está trabajando en la actualización con la cuenta anual de inversión 2014 y 2015.

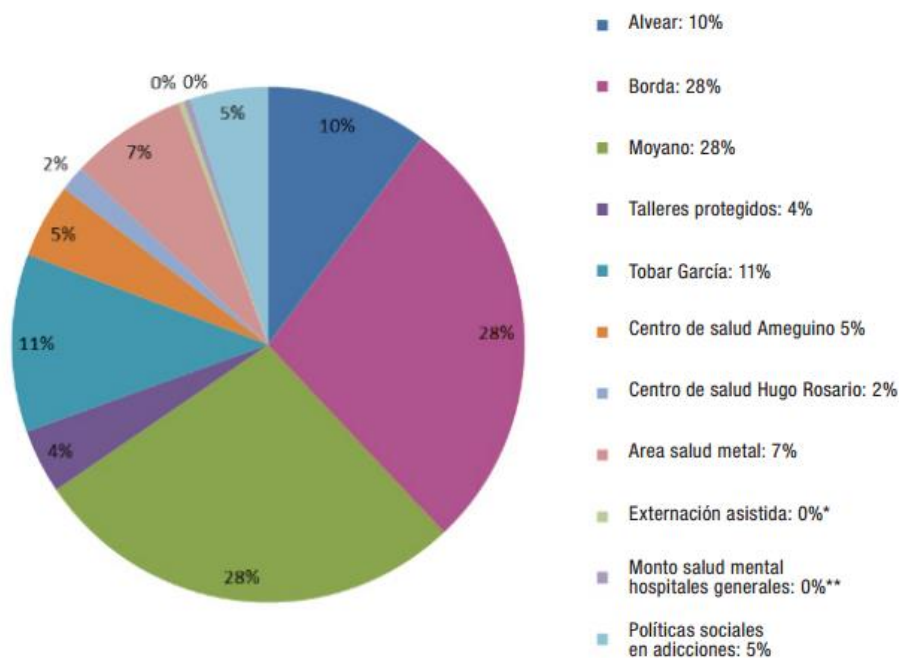
<sup>25</sup> Para el 2015, para la partida del Ministerio de Desarrollo Social asignada al Programa de Políticas Sociales en Adicciones, se presupuestaron \$ 66.675.163 (pesos corrientes), con una meta física de 33.913 personas. De ese total de pesos, la mayor proporción se transfiere al sector privado para financiar gastos corrientes (43.348.247\$).



excepción. Dichas secciones no alcanzan a representar un 1% del presupuesto. Esta distribución es similar en los años anteriores.

La desagregación de partidas específicas para salud mental en hospitales generales comienza recién desde el año 2014. En el caso del Programa de Externación Asistida (PREASIS) del Ministerio de Desarrollo Social, recibe fondos desde el año 2010, momento en el cuál se reglamentó dicho programa.

## 2 Distribución del presupuesto de salud mental (2015)



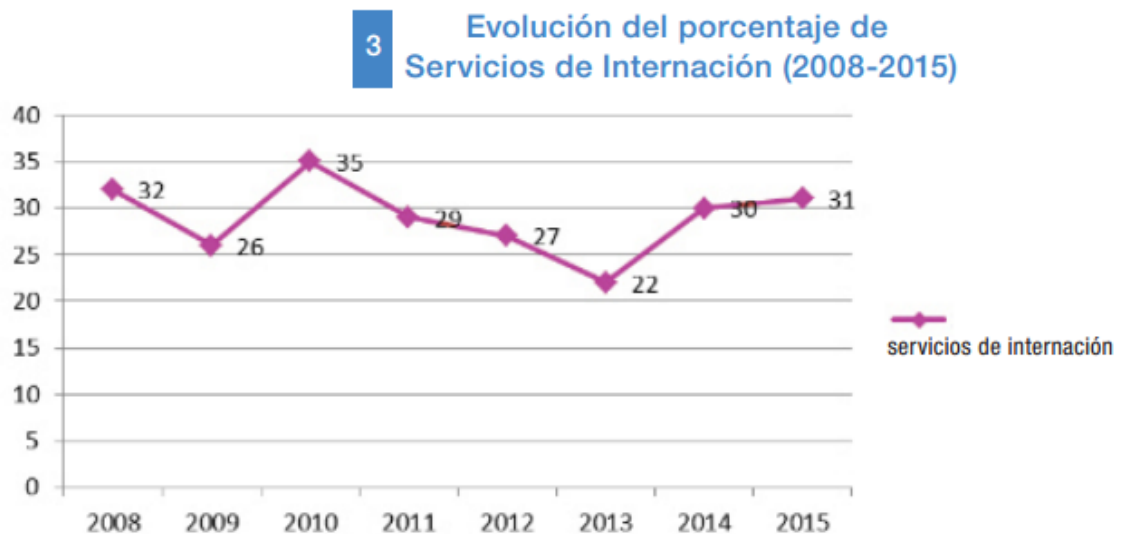
Fuente: Se elaboró con la información provista en la Ley de Presupuesto 2015, CABA, para la Jurisdicción del Ministerio de Salud y de Desarrollo Social.<sup>26</sup>

\*/\*\* Los valores que dicen 0% se refieren a valores que no alcanzan el 1%, pero no implican 0.

<sup>26</sup> Ver página 30 del Informe Políticas de Salud Mental, Transparencia y análisis presupuestario. El caso de la Ciudad de Buenos Aires. 2015. Ya citado.

**iii) Aumento de la participación de los Servicios de internación en los Hospitales monovalentes:**

Si tenemos en cuenta la normativa local que establece la desinstitucionalización progresiva de los usuarios del servicio de salud mental y la obligación de que las internaciones por motivos de salud mental se hagan en hospitales generales, el porcentaje destinado a los servicios de internación dentro de cada hospital debería ir disminuyendo. Sin embargo, en el siguiente gráfico se puede observar una progresiva disminución desde el año 2010 a 2013 para luego aumentar nuevamente en el 2015.



Fuente: Se tomó el crédito vigente. Elaboración propia en base a datos de las Cuentas de Inversión 2008-2013 y del presupuesto sancionado 2014 y 2015.

**iv) Insuficiencia de los recursos destinados a la creación de dispositivos intermedios y comunitarios:**

La LNSM reconoce entre los derechos de las personas con discapacidad psicosocial el “derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria” (art. 7).

La norma también establece que por regla el proceso de atención “debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario (...). Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.”

Para ello, el Estado debe asignar los espacios y recursos necesarios para garantizar que efectivamente la internación –siempre en hospitales generales– sea usada como último recurso terapéutico, que se realice por el menor tiempo posible, y que se presten servicios de salud mental de carácter primario y comunitario.

Del análisis presupuestario, dentro del Ministerio de Salud no aparecen desagregados los recursos que se destinan a proveer dispositivos intermedios de salud mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Por lo tanto, hay un fuerte problema de transparencia que impide, por un lado, analizar con precisión cuáles son los montos, y en qué medida se ejecutan, destinados a proveer servicios de salud mental en dispositivos intermedios.

Se espera que esos servicios contribuyan a la atención preventiva o posterior internación y que permitan un tratamiento que garantice la inclusión social de los usuarios, su autonomía y vida independiente. La falta de información adecuada genera opacidad para realizar rendiciones de cuenta por parte de los gobernantes. Por otro lado, impide diseñar, aplicar y monitorear las políticas públicas que puedan estarse de hecho ejecutando y que busquen esos objetivos.

En un sentido similar, que revela las falencias en la asignación presupuestaria de salud mental y su transparencia, el informe de la Auditoría General de la Ciudad sobre la Dirección de Salud Mental<sup>27</sup> observa que: “El Presupuesto de Salud Mental no cuantifica demandas a atender elabora Metas Físicas para la totalidad de sus Programas Presupuestarios. No cuentan con registros y análisis de demanda real o necesidad revelada (explicitada)”.

El art. 11 de la LNSM establece que “la Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria”. Además, debe promover el desarrollo de dispositivos intermedios y servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional.

Por otro lado, la Ley 148 de Salud Mental reconoce entre sus principios rectores “el desarrollo con enfoque de redes de la promoción, prevención, asistencia, rehabilitación,

---

<sup>27</sup> Informe final de Auditoría, AGCBA. Proyecto N° 3.13.10. Publicado en 2015 y disponible en: [http://www.agcba.gov.ar/docs/inf-20150421\\_1523---Direccion-General-de-Salud-Mental..pdf](http://www.agcba.gov.ar/docs/inf-20150421_1523---Direccion-General-de-Salud-Mental..pdf)

reinserción social y comunitaria (...)” y, como contrapartida, la inserción comunitaria es uno de los derechos explícitamente previstos en dicha norma. Sin embargo esta obligación estatal no se ve reflejada en las partidas presupuestarias destinadas a salud mental, dentro del presupuesto de la Ciudad. Por ejemplo, al Programa de Externación Asistida, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social (art. 15 Ley 148), se destina, en relación con el resto de los rubros de salud mental, menos de un 1%.

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en las Observaciones Finales sobre Argentina (2012) instó “al Estado parte a implementar de manera efectiva las estrategias de desinstitucionalización adoptadas, así como a desarrollar e implementar planes de salud mental basados en el modelo de derechos humanos de la discapacidad, así como medidas eficaces que promuevan la desinstitucionalización de las personas con discapacidad”<sup>28</sup>.

La LNSM también indica expresamente que la internación, en ningún caso, puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda. Para ello, el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes. Es decir que no es admisible que aún haya personas que ya tienen el alta médico, que están en condiciones de ser externadas y que permanezcan en hospitales por estar en situación de vulnerabilidad social o económica. Es aún más grave que esa internación se implemente en hospitales psiquiátricos monovalentes.

De acuerdo a información pública provista por el Ministerio de Salud para el año 2014, en el Hospital Borda había cinco usuarios con alta médica, que continuaban internados por causas de orden social en la Unidad de Internación de Hombres. En la Unidad de Adolescencia, en 2014 había dos jóvenes en condiciones de alta clínica, pero que aún esperaban la derivación a hogar. Sucedió igual con 3 usuarias de la Unidad de Internación de Mujeres.

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires presenta aún una profunda deuda en relación con la disponibilidad de dispositivos intermedios, ya que no existen suficientes dispositivos intermedios para responder a necesidades de salud mental luego de períodos de internación y entre ella y el regreso a su hábitat, o servicios de salud mental de atención comunitaria centrados en los lazos sociales, y que no impliquen internaciones.

El GCBA decide concentrar los recursos públicos con los que cuenta en mantener y profundizar un sistema de internación en hospitales monovalentes, en desmedro de la creación de

---

<sup>28</sup> Observaciones finales sobre el informe inicial de Argentina, aprobadas por el Comité en su octavo período de sesiones, 17 a 28 de septiembre de 2012) CRPD/C/ARG/CO/1



dispositivos intermedios, en contraste a lo que exige la normativa local, constitucional e internacional. La distribución y ejecución de dichos recursos refuerza un modelo de salud mental “manicomializador”. En lugar de ello, dichos recursos podrían y deberían ser utilizados para reformar el sistema de salud mental y reorientar el gasto público para dar cumplimiento a las obligaciones asumidas por el Estado. La obligación estatal a nivel nacional y de la Ciudad de destinar presupuesto a dispositivos intermedios también está expresamente ordenado en la sentencia de Cámara mencionada.

### Anexo III

- **Políticas regresivas que implican la eliminación de dispositivos y servicios de salud mental con base en la comunidad:**

La Casa SIS es un centro asistencial abierto, sustitutivo del modelo asilar. Se trata de un dispositivo sanitario comunitario coordinado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, que es ajeno al Sistema Penal. Su objetivo principal es garantizar la inclusión social exitosa de las personas que egresan de los contextos de encierro con una problemática de salud mental y que carecen de recursos propios o ajenos en el exterior para sostenerse o acceder a un espacio habitacional. Es un dispositivo de transición entre la modalidad de internación y la vida plena en comunidad<sup>29</sup>.

Casa SIS brinda la contención, apoyos y seguimiento a las personas usuarias de servicios de salud mental y contribuye a generar la oportunidad de construir un proyecto de vida saludable y evitar el incremento del riesgo de ser lo que se denomina “paciente social”, en consonancia con los derechos a ellas/os reconocidos por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la LNSM. Esto resulta efectivizado no sólo a través de la labor que realizan las/os profesionales que allí trabajaban, sino también a través de la articulación con otras entidades, tanto de la esfera pública como iniciativas de la sociedad civil. De esta manera, Casa SIS resultaba una manifestación clara y una expresión concreta de la CDPD y la LNSM.

En Argentina aún no hay un sistema público que garantice servicios de salud mental con base en la comunidad. La experiencia de Casa SIS era una instancia aislada, que cumple con los estándares internacionales sobre dispositivos de salud comunitaria y cuya continuidad ha sido puesta en riesgo. Las alternativas de base comunitaria no deben replicar la lógica médica y

---

<sup>29</sup> Este dispositivo de externación se constituyó en el marco del Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA), creado en agosto de 2011 por Resolución Conjunta 1075/2011 del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación y 1128/2011 del Ministerio de Salud de la Nación, con el objeto de brindar servicios de salud mental y de inclusión social a personas con discapacidad psicosocial vinculadas al Servicio Penitenciario Federal, en el marco de la Ley 26.657.

asistencialista<sup>30</sup> y deben asegurar servicios desde un enfoque de derechos humanos, como ocurre con este dispositivo.

En el mes de febrero de 2016, las/os usuarias/os y profesionales del lugar fueron informados de la decisión de cerrar el dispositivo a partir del 29/02/2016. Ello en razón de una comunicación cursada por el Ministerio de Modernización a principios de 2016, según la cual no serían renovados los contratos con universidades -modalidad de contratación predominante con el personal que trabajaba en Casa SIS-.

El día 04/02/16, desde la Coordinación del dispositivo y ante la falta de comunicación fehaciente, precisa y clara sobre la continuidad del programa se buscó conocer definiciones sobre la continuidad del seguimiento de los/as usuarios/as que concurren diariamente al dispositivo y de quienes reciben servicios ambulatorios como parte de procesos de externación, en estado de extrema vulnerabilidad social. No hubo respuesta por parte del Ministerio de Salud de la Nación ante los pedidos de certezas y pedidos de reunión.

En una nota se informó que “[l]a decisión unilateral adoptada por ese Ministerio de Salud a su cargo vulnera los legítimos derechos de los usuarios reconocidos por el Artículo 7° de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 con serias consecuencias para su proceso de reposicionamiento subjetivo, frustrando la construcción de su proyecto de vida saludable sostenido desde Casa SIS desde hace años y hasta la fecha SIN INTERRUPCIÓN ALGUNA”.

Finalmente, de forma intempestiva, el día 28 de ese mes se les indicó a quienes dirigían el dispositivo que a la mañana siguiente deberían entregar las llaves del lugar a las autoridades de salud pública de Nación y se enviaron mensajes de texto para comunicar que finalizaban las relaciones contractuales vigentes de una amplia cantidad del personal.

Luego de instancias informales se le comunicó a la Coordinación que el dispositivo continuaría con sus funciones, al menos por los próximos tres meses, a pesar de que la mitad del personal fue despedido y de que los recursos humanos y logísticas se evidenciaron insuficientes. Al mes de mayo de 2016 no hay certezas sobre la continuidad y el restablecimiento pleno de los

---

<sup>30</sup> Sobre el punto, el Estudio temático de la Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos de Naciones Unidas (A/HRC/28/37), sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluidos en la comunidad estableció que “el internamiento no solo tiene que ver con vivir en un entorno determinado; es, sobre todo, la pérdida de control como consecuencia de la imposición de un sistema de vida determinado. En ese sentido, los entornos pequeños, como los hogares para grupos, no son necesariamente mejores que las instituciones grandes si el control general lo siguen teniendo los supervisores.”

servicios de Casa SIS y las articulaciones efectivas con los distintos organismos estatales y no estatales a través de los cuales vemos garantizados nuestros derechos.

A modo ilustrativo, con anterioridad al 29 de febrero el personal que se desempeñaba laboralmente en el dispositivo estaba integrado por: 1 portero, 1 cocinera, 1 administrativo, 1 persona a cargo de la limpieza, 1 psiquiatra, 1 profesor de educación física, 1 tallerista de serigrafía, 1 tallerista de música, 1 tallerista de huerta, 1 acompañante terapéutica, 4 trabajadoras/es sociales, 8 licenciadas/os en psicología, 1 abogada. Ello daba un total de 23 personas. Luego de esa fecha, las altas autoridades del Ministerio de Salud de Nación intentaron cerrar el centro y una gran parte del personal fue cesado en sus funciones<sup>31</sup>.

Como consecuencia de estas medidas estatales, se redujo el horario de atención a la mitad por insuficiencia de personal, se suprimieron muchas actividades de trabajo interdisciplinar con las/os usuarias/os al interior del dispositivo y otras que se desarrollaban con diversos sectores y programas estatales o con otros grupos de la comunidad. Un punto sobresaliente de la insuficiencia de recursos humanos y logísticos para el buen desenvolvimiento del dispositivo de salud es que, en ocasiones, la/os mismos/as usuarias/os, cuando se encuentran compensados o sin un estado crítico que requiera atención, han hecho guardia en el dispositivo, cubriendo al personal que tenía que ir a atender otras situaciones de salud con otras personas usuarias en proceso de externación. Es decir que las mismas personas usuarias cubren turnos de guardia por falta de personal.

El principio de progresividad y la consecuente prohibición de regresividad colocan en cabeza de los Estados la obligación de “adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que se disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos” (PIDESC, Art. 2.1, CDPD, Art. 4.2).

Como conclusión, el Estado tiene la obligación de mantener garantizar que dispositivos como este se mantengan vigentes y con pleno funcionamiento para asegurar servicios de salud mental con base en la comunidad y respetuosos de los derechos humanos de las personas usuarias. Por lo tanto, además de generar los dispositivos faltantes debe acatar la prohibición de regresividad.

---

<sup>31</sup> A partir de marzo solo quedaron: 1 portero, 1 cocinera, 1 administrativo, 1 psiquiatra, 1 profesor de educación física, 1 acompañante terapéutica, 4 trabajadores sociales y 2 psicólogas. Se recortó cerca de la mitad del personal y solo quedaron 12 personas contratadas.