

la transformación de los manicomios

una experiencia de trabajo
en el Hospital Melchor Romero
con perspectiva de género

financiado por



índice

1. Los primeros abordajes al interior del Hospital Melchor Romero

Breve historia del Hospital

Algunas diferencias históricas en el tratamiento hacia las mujeres

Breve caracterización del Hospital al momento de presentar el amparo colectivo

2. El abordaje intersectorial en el Hospital Melchor Romero: una experiencia novedosa

El Hospital Melchor Romero en la actualidad: el plan de adecuación a la Ley de Salud Mental

La presentación de un amparo colectivo por la gravísima situación de las mujeres internadas

La constitución de la Mesa Permanente de Trabajo

Creación y funcionamiento de comisiones temáticas y protocolos de actuación para atender problemas graves

El ingreso de las organizaciones denunciantes a las salas del Hospital para trabajar junto a profesionales

3. El impacto del manicomio en las mujeres

La reforma de la ley N.º 26.130 de contracepción quirúrgica: el fin a la esterilización forzada

Algunos casos de mujeres en los que trabajamos junto a otras y otros

4. Orientaciones generales para la transformación manicomial con perspectiva de género

Bibliografía

Anexos

introducción

Este documento propone un análisis sobre algunos procesos de cambio ocurridos entre 2014 y 2022 en el Hospital Dr. Alejandro Korn de Melchor Romero (en adelante el Hospital o Melchor Romero). El contexto en el que estos procesos de cambio ocurrieron se caracterizó por la ocurrencia de tres cuestiones que orbitaron, aproximadamente, al mismo tiempo:

- » Una acción legal de amparo colectivo que se presentó ante la provincia de Buenos Aires por la gravísima situación del Hospital.
- » La implementación de un proyecto específico para identificar y revertir el impacto del manicomio y otras formas de violencia estatal en las mujeres institucionalizadas.
- » La política de adecuación de los hospitales psiquiátricos de la provincia de Buenos Aires a la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26657 (en adelante, la ley).

En este contexto, desarrollamos un trabajo que impulsó y, en otros casos, profundizó una experiencia de transformación dentro del Hospital. Describiremos esta experiencia señalando cuatro momentos diferentes que identificamos como hitos que marcaron el proceso de transformación manicomial:

- » El inicio de la experiencia a partir de la apertura de una causa judicial, concretamente un amparo colectivo, en el año 2014.
- » En 2016, la constitución de una Mesa Judicial de Trabajo Permanente.
- » En 2017, el ingreso al Hospital por medio de la creación de comisiones de trabajo y de protocolos.
- » En 2019, el hallazgo de nuevas herramientas de trabajo junto a trabajadoras y trabajadores del Hospital.

Para llegar a analizar estos cuatro hitos, comenzaremos con un recorrido breve por la historia del Hospital describiendo las prácticas implementadas en diferentes momentos de su historia. El objetivo será describir esta experiencia atravesada por la perspectiva de género. Destacaremos en otro punto el manejo particular de los tratamientos en torno a las mujeres y el impacto diferencial que tienen en ellas las políticas de salud mental y las prácticas dirigidas a la locura.

Finalmente, compartiremos una guía de recomendaciones para poder replicar proyectos similares que se propongan la transformación manicomial con perspectiva de género.

**los primeros
abordajes
al interior
del Hospital
Melchor Romero**

1

los primeros abordajes al interior del Hospital Melchor Romero

“El momento político de dar el nombre de loca a la mujer ocurre en el ritual del encierro que simboliza la institucionalización de la locura.

El manicomio se convierte en un mecanismo social más en la construcción de las identidades de género”.

Lagarde, 2005.

Breve historia del Hospital

El Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos Dr. Alejandro Korn abrió sus puertas en 1884. Es conocido como “Melchor Romero” por su ubicación en esa localidad dentro del partido de La Plata. Pertenece a la Región Sanitaria XI¹ y combina la modalidad de hospital monovalente y de hospital general que corresponde al tercer nivel de atención del sector público². A su vez, ofrece atención por consultorios externos de psiquiatría y de las distintas especialidades de la medicina. Cuenta con un servicio de referencia provincial para el tratamiento del consumo problemático de alcohol y con un servicio de externación que brinda atención en tres dispositivos ubicados en el casco urbano de La Plata: Casa de Pre-Alta, Centro de Día Pichón Riviere y Centro de Salud Comunitaria Franco Basaglia. Hasta 1910, fue el único hospital público de La Plata; otros dispositivos de salud dependían de los centros de beneficencia o de ámbitos religiosos.

Según el documento “Plan de Adecuación”, presentado por las autoridades del Hospital ante el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires en 2020, desde 1886 el Hospital integró la red de asilos psiquiátricos argentinos, poniendo el énfasis en su rol asilar y brindando medidas de abrigo, más que de proporcionar tratamientos para las enfermedades mentales.

Tanto la construcción como el abastecimiento fueron mantenidos en su mayor proporción por el trabajo de las personas internadas. Este trabajo era planteado en el marco del “tratamiento moral”, que se combinaba con los bajos presupuestos destinados a este tipo de instituciones y que, por el cual, no recibían retribución ni reconocimiento formal a su rol de trabajadores.

1 La Región Sanitaria XI comprende los municipios de Berisso, Brandsen, Cañuelas, Castelli, Chascomús, Dolores, Ensenada, General Belgrano, General Paz, La Plata, Magdalena, San Miguel del Monte, Pila, presidente Perón, Punta Indio, San Vicente, Lezama y Tordillo.

2 La atención en salud se divide en 3 niveles. El primer nivel o atención primaria, refiere a los efectores de salud que se encuentran más próximos a la comunidad. El segundo, está conformado por los hospitales generales, y el tercer nivel se integra por los centros especializados y de alta complejidad. En su conjunto, comprenden el sistema sanitario.

El sistema autosuficiente modelaba todos los programas del manicomio, tal es así que hasta 1895 funcionó un enterratorio dentro del predio, que fue cerrado por no garantizar condiciones de salubridad³. Sobre estas poblaciones vulnerables, muchas veces indocumentadas, sin familiares, se realizaron diversos experimentos, incluida la donación de cuerpos a la Escuela de Medicina para la disección anatómica.

Desde su origen, el Hospital cuenta con un Servicio Religioso. Primero, estuvo a cargo de un capellán y luego se incorporó una congregación de monjas yugoslavas. Así, al tratamiento moral y las diversas formas de abordaje, se suma el régimen religioso como forma de “control y de cura”. Esto se dio exclusivamente en las salas de mujeres.

En la década del 30, se utilizaron diversos métodos como inyecciones de leche, malarioterapia (incluso en los planos de sala Charcot aparece marcada la sala de malarioterapia que no aparece en ningún otro plano hasta el momento), shocks insulínicos, cardiazólicos o por Fozan. La utilización de estas prácticas, consideradas en la actualidad violatorias de derechos e incluso compatibles con torturas, muestra que el Hospital tuvo una larga trayectoria manicomializadora, en la que las personas fueron objeto de intervenciones crueles y experimentales.

Entre 1940 y 1943, se comenzaron a realizar lobotomías prefrontales, con el método del doctor Antonio Egas Moniz, y la craneotomía bitemporal descompresiva de Cushing, mediante electrobisturí. A partir de la década del 50 comenzaron a incorporarse los primeros neurolépticos y luego el resto de los antipsicóticos. Por varios años, los neurolépticos y antipsicóticos convivieron con las terapias de shock y los chalecos de fuerza, hasta que por su eficacia en el control y aplacamiento se posicionaron como primer método de abordaje. Este método necesitaba menos personal, menos condiciones edilicias, y el efecto en los cuerpos tenía el mismo poder con un dispositivo más “sofisticado”.

El 5 de octubre de 1954, mediante la Resolución 9580, el Ministerio de Bienestar Social impuso al establecimiento el nombre de Hospital Neuropsiquiátrico de Melchor Romero. Casi veinte años después, por Resolución 546, del 9 de marzo de 1973, se sumó el nombre de Alejandro Korn.

Algunas diferencias históricas en el tratamiento hacia las mujeres

Desde los primeros años, el Hospital adoptó una modalidad open door y de trabajo en granjas agrícolas. Sin embargo, esta posibilidad estaba reservada únicamente para los varones, mientras que las mujeres, excluidas de esta forma de trabajo que abría las puertas a una posible salida del Hospital, solo contaban con sistemas de pleno encierro.

Las mujeres internadas fueron históricamente objeto de prácticas violentas y violatorias de derechos humanos. Transcribimos a continuación un párrafo del Plan de Adecuación en el que lo señala claramente:

El sistema asilar manicomial tuvo un impacto diferencial sobre los cuerpos de las mujeres. En primer lugar, en cuanto a lo edilicio: durante los primeros 57 años de historia solo se contaba con recintos cerrados donde se encontraban “acorraladas” (...), mientras que el “sector hombres” contaba con sistemas abiertos y mixtos. Los cuidados a cargo de Hermanas de la Caridad, el acceso a talleres, a oficios, la posibilidad de salidas, las intervenciones en los cuerpos, en su sexualidad, el aborto obligado, la ligadura de trompas, la apropiación de hijas e hijos de las mu-

3 Los cuerpos enterrados nunca fueron removidos del lugar.

eres que parieron en el Hospital, dan cuenta de esto. Esto último es una característica histórica, eran dados/as en adopción a los días de nacer. Si bien no se han encontrado aún todos los registros, se puede dar cuenta a partir de relatos de las mujeres, actualmente internadas, de esta metodología de adopción de todas/os las/os hijas/hijos nacidas/os en el manicomio. Lo mismo se realizó mediante procedimientos irregulares, en tanto no fue consentido ni trabajado con la mayoría de las mujeres (Hospital A. Korn. Plan de Adecuación, 2020).

Además del pleno encierro y de las prácticas violentas de las que eran objeto, desde comienzos de 1900 existen datos de internaciones involuntarias de mujeres a causa de divorcios, herencias, conflictividades familiares y el ejercicio libre de la sexualidad. Derechos que funcionaron como actos delictivos.

Breve caracterización del Hospital al momento de presentar el amparo colectivo

El manicomio en tanto institución total (Goffman, 1998) produce consecuencias negativas en la vida de las personas que en ella habitan. Su subjetividad, su salud mental, su autonomía, su vida anímica se ven afectadas por un espacio dentro del cual las personas son ubicadas en lugar de objeto, homogeneizadas, aisladas de la sociedad, de sus vínculos, y privadas de toda decisión respecto de su vida cotidiana. Una rutina administrada formalmente regula el ritmo de las prácticas cotidianas independientemente del deseo, necesidad o particularidad de cada persona. Cuándo comer, qué comidas, con qué utensilios, dónde, con quién; dónde dormir, a qué hora, son decisiones tomadas por las personas que trabajan en la institución e impuestas a las personas alojadas.

Este tipo de problemas podía anticiparse a partir de la bibliografía y los estudios realizados sobre el tema, ya que se trata de problemas generalizados en los psiquiátricos. Sin embargo, el conocimiento del territorio y de la situación particular del Melchor Romero, inicialmente de los trabajadores del Hospital agrupados en el Movimiento por la Desmanicomialización de Romero (MDR), permitió confirmar los supuestos y corroborar la existencia de violaciones a los derechos de las personas alojadas, en tanto violaciones que se repiten en diversas instituciones.

En reiteradas visitas realizadas al Hospital, el CELS constató que las personas se encontraban “depositadas” en condiciones inhumanas, en estructuras edilicias deficitarias que no guardaban las mínimas condiciones de seguridad e higiene. Los espacios de las salas eran reducidos y no conservaban mínimos cuidados de privacidad, comodidad y trato personalizado. Los dormitorios, por ejemplo, ubicados en el interior de las salas, eran espacios donde debían dormir alrededor de 20 personas en dimensiones aproximadas de 20 x 5 metros. Las habitaciones se caracterizaban por la falta de intimidad y de equipamiento para guardar las pertenencias de quienes dormían allí.

Otro de los problemas detectados fue la ausencia de libertad de movimiento: las personas, pese a estar internadas sin criterio legal, no podían decidir cuándo salir de las salas o cuándo regresar, sin una autorización denominada “permiso de salida” que debía estar firmada por un médico psiquiatra. Salir sin este permiso era considerado como una fuga, en simetría con las lógicas del sistema carcelario.

Como regla general, puede observarse en las historias clínicas la falta de consentimientos informados, la sobremedicación y una cifra de muertes preocupante. La probabilidad de morir dentro del manicomio era mayor que afuera e, incluso, que las que ocurrían en el Sistema Penitenciario Bonaerense.

En 2013, cerca de 750 personas estaban internadas en Melchor Romero, de las cuales la mitad eran mujeres, distribuidas de la siguiente manera:

Servicios de Rehabilitación (larga estancia): 493 personas. De estas, alrededor de 268 eran hombres y 225 mujeres, con una edad media de 50 a 55 años y el tiempo promedio de internación entre 30 y 40 años.

Servicios de Subagudos: 123 personas (alrededor de 118 hombres y 5 mujeres), con una edad media de 50 años y el tiempo de internación promedio entre 5 y 10 años. Una de las salas se destinaba a la atención de trastornos de adicciones y consumo de otras sustancias y alojaba cerca de 22 personas (Sala Carrillo de alcoholismo).

Servicios de Agudos: 62 personas. Alrededor de 34 se encontraban en la sala “Agudos Hombres” y 28 en el Servicio de Atención en Crisis (SAC). El SAC es la sala por la que ingresan al Hospital los hombres luego de una evaluación y decisión de internación en la guardia. Contaba con 28 camas, pero era frecuente la sobrepoblación.

Servicios de Agudos para mujeres: 50 personas.

Guardia de Psiquiatría: dispositivo de respuesta asistencial las 24 horas, todo el año. Funcionaba como puerta de entrada al Hospital psiquiátrico y debía brindar respuesta a diversos tipos de consultas (urgencias, derivaciones, articulación con otros dispositivos del hospital o con otras instituciones, interconsultas, orientación familiar, asesoramiento, etc.).

Clínica de Mentales del Pabellón 5: servicio a cargo del hospital general, destinado a la atención exclusiva de personas derivadas desde los servicios de salud mental del Hospital, por el deterioro de su salud física.

En el momento de presentar el amparo, la reconstrucción de estos datos fue aproximada, ya que el Hospital no contaba con un sistema de registro de las personas internadas. Es decir que el total del universo atendido no estaba contabilizado. Podía irse una persona, perderse, desaparecer, incluso morir, y hubiera pasado inadvertido. Haciendo a un lado esta situación grave, a partir del análisis de los datos, es fácil detectar que la mayoría de las personas se encontraban en los servicios de larga estancia, por lo general, sin criterio de internación de acuerdo con lo que establece la ley para decidir y sostener esta medida, sino en respuesta a problemas habitacionales, sociales, económicos, laborales o familiares.

**el abordaje
intersectorial
en el Hospital
Melchor Romero:
una experiencia
novedosa**

2

el abordaje intersectorial en el Hospital Melchor Romero: una experiencia novedosa

“La actitud de las mujeres en su casa y en los manicomios, es de aceptación del encierro, de la locura, y de la desvalorización a la que son sometidas. Pero su impotencia tiene contenidos reales y simbólicos muy importantes (...) incluso aquellas que han interiorizado la impotencia de manera más severa, que se conducen por el mundo a partir de ella, son poderosas y en su locura, algunas despliegan fuerza y poder”.
Lagarde, 2005.

La situación del Hospital Melchor Romero mantenía ciertas condiciones estructurales que no distaban mucho de lo conocido en otros espacios de encierro ni de lo analizado por diversas ciencias sociales. Sin embargo, paralelamente a la existencia y proliferación de prácticas manicomiales y de la formación de profesionales en línea con el modelo médico hegemónico (Menéndez, 1990), ya desde mediados de la década del 80 y de los 90, convivían otras experiencias desmanicomializadoras, de prácticas comunitarias en salud, de fortalecimiento de la autonomía de las personas con padecimientos mentales, tanto fuera como dentro del Hospital.

La aprobación, en 2010, de la ley que otorgó a nivel nacional un piso mínimo de derechos que debía ser respetado, fue un acontecimiento relevante. Además de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y de normativas locales heterogéneas y dispares, las organizaciones sociales, usuarias, usuarios y familiares contaban con otro marco normativo, ahora a nivel nacional, para la lucha en la defensa de derechos.

Diez años después, la provincia de Buenos Aires comenzó a implementar una política de adecuación de los hospitales psiquiátricos a la ley.

El Hospital Melchor Romero en la actualidad: el Plan de Adecuación a la Ley de Salud Mental

A fines de 2020, el Hospital presentó ante la provincia de Buenos Aires su Plan de Adecuación a la Ley de Salud Mental que cuenta con un sistema de seguimiento colectivo de frecuencia trimestral, en el que participan en forma voluntaria los trabajadores de todo el Hospital. Es importante remarcar que esta adecuación es un proceso intermedio hasta el cierre definitivo del Hospital que deberá ser reemplazado por otros dispositivos de atención en la comunidad.

Hasta abril de 2022, se produjeron avances significativos en los diferentes ejes que conforman el Plan, dentro de los que se destacan: la externación de 41 personas de servicios de larga estancia, 25 de rehabilitación y 16 de subagudos y la derivación de 12 personas a hogares de adultos mayores, la inclusión de 164 usuarias al Programa Promover, con la creación de 20 proyectos de formación en oficios.

También se destaca el cierre de las Salas Bejarano, Sala D y Sala Korn, ambas de internación crónica, y el avance en la construcción de un polo educativo en estos espacios.

Se definieron sistemas de apoyo para personas que, en octubre de 2022, comenzaron a habitar algunas de las viviendas del barrio y otras que podrán mudarse en los próximos meses. Además, entre otros cambios logrados y proyectados, iniciaron la apertura de admisiones de psiquiatría en consultorios externos del Hospital General.

A fines de 2022, muchas de estas propuestas ya se concretaron y el proceso transformador continúa avanzando.

La presentación de un amparo colectivo por la situación gravísima de las personas internadas

Las condiciones indignas de internación y las graves violaciones a los derechos humanos ocurridas en Melchor Romero eran conocidas por un vasto número de personas, entre ellas, los trabajadores, profesionales y activistas del campo de la salud mental y los derechos humanos. Particularmente, la agrupación Desheredados de la Razón, que luego se transformó en el Movimiento por la Desmanicomialización en Romero (MDR), compuesta por trabajadoras y trabajadores, jugó un rol fundamental en la búsqueda de dignidad y bienestar de la población internada. A través de una alianza de trabajo con el CELS, el MDR colaboró con la reconstrucción de la información que permitió un diagnóstico claro para presentar la demanda legal que tuvo la forma jurídica de amparo colectivo que se presentó a la justicia en noviembre de 2014¹. Posteriormente, ingresó como denunciante la Comisión Provincial por la Memoria, en respuesta a la unificación del amparo con un *habeas corpus* que la Comisión había presentado para la misma época.

El amparo describía la siguiente situación:

El hospital “Melchor Romero” es una institución de tipo asilar donde se mantienen internaciones prolongadas en condiciones de aislamiento de la comunidad; hacinamiento; condiciones de alojamiento deficientes y riesgosas para la salud y la vida de las personas; falta de atención médica apropiada; ausencia de procesos de rehabilitación; relaciones asimétricas entre profesionales y personas internadas; abandono total de estas últimas y ausencia de controles externos eficaces que garanticen sus derechos. Las experiencias históricas han probado que el manicomio, lejos de constituir un lugar de preservación de la salud, propicia condiciones peligrosas e inseguras para las personas, agravando su salud psíquica y física. Además, facilita situaciones de abuso de poder, que en muchos casos derivan en abusos físicos o sexuales y en muertes violentas. Bajo esta estructura la subjetividad de las personas es moldeada a través del control disciplinario que sobre ellas se ejerce, lo que imposibilita cualquier búsqueda de autonomía que favorezca la vida fuera del manicomio. En este sentido en el año 2012 el Subcomité para la Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes de Naciones Unidas (en adelante, “SPT”), luego de visitar establecimientos psiquiátricos de la Provincia de Buenos Aires (entre ellos, “Melchor Romero”), señaló especial preocupación por la “Ausencia de centros intermedios de atención social progresiva hasta el alta definitiva”. Reconoció, además, que la permanencia de muchas personas en los hospitales psiquiátricos no obedece a motivos terapéuticos, sino que los hospitales funcionan en buena medida como refugios de atención social para personas sin recursos ni apoyo familiar. En su informe final el SPT recomendó la adopción de medidas encaminadas a evitar la permanencia en los hospitales psiquiátricos de personas por razones socio-económicas (Informe SPT, párrafo 98).

¹ Causa N.º 27653, “Centro de Estudios Legales y Sociales y Otros c/ Provincia De Buenos Aires S/Amparo”, Juzgado en lo Contencioso Administrativo N.º 3 del Departamento Judicial de La Plata.

El amparo denunció un estado de situación inconstitucional que requería la inmediata implementación de la ley como remedio para lograr el cese de las violaciones a derechos humanos de las personas internadas. Pero, fundamentalmente, la causa exigía la desinstitucionalización de las personas internadas como única alternativa para una vida digna. La denuncia incluyó: violación al derecho a la libertad y seguridad de la persona en cuanto a las condiciones de detención, violación al derecho a la integridad física y mental y a la prohibición de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; violación a los derechos sexuales y reproductivos, y abusos sexuales al interior del Hospital; la ausencia de tratamientos adecuados, las escasas intervenciones hacia la inclusión social, la falta de políticas integrales orientadas a garantizar derechos sociales que posibiliten una vida fuera del manicomio, la ausencia de investigación de muertes, la deficiencia en los registros clínicos, entre otras.

Los primeros dos años transcurrieron en el marco de las medidas cautelares urgentes que concedió el Juzgado Contencioso Administrativo N.º 3 de La Plata, donde tramita el amparo hasta la actualidad, que tenía por finalidad exigir al Estado provincial medidas que permitieran resguardar el derecho a la salud y su debida atención.

Las parte denunciante presentó escritos, pedidos o informes que, a raíz de la burocracia judicial, demoraron en ser vistos y luego respondidos, sin contemplar la gravedad de la situación. Los meses pasaban entre “vistas” de un expediente que parecía no mirar el fondo de la cuestión. Fue entonces cuando las organizaciones que presentaron el amparo pidieron que se conformara una Mesa Permanente de Trabajo en el propio Hospital, para avanzar de acuerdo con la velocidad que exigían las circunstancias y apostar a la construcción de consensos, más que a la resolución judicial.

La constitución de la Mesa Permanente de Trabajo

En la audiencia judicial de mayo de 2016, las partes coincidieron en la conveniencia de crear una Mesa Permanente de Trabajo para impulsar los cambios estructurales en armonía con la ley, Mesa que continúa funcionando al momento de escribir este trabajo. El objetivo era lograr una mayor operatividad que permitiera avanzar en un proceso transformador. Para ello, una Mesa de Trabajo Permanente, integrada por diversas organizaciones y ámbitos del Estado con poder de decisión, permitiría que las decisiones fueran directamente homologadas a la decisión judicial. La Mesa quedó integrada por las autoridades del Hospital, las tres organizaciones denunciantes, el Ministerio de Salud de la provincia, el Órgano de Revisión Local de Salud Mental, la Secretaría de Derechos Humanos de la provincia, la Curaduría de La Plata, la Fiscalía del Estado provincial y, eventualmente, de acuerdo con los temas a tratar, el Ministerio de Desarrollo Social provincial. Desde el inicio, los encuentros se dieron en el Hospital.

El armado intersectorial e interdisciplinario de este espacio, permitió, con mucho esfuerzo, establecer prioridades, tomar decisiones con mayor velocidad y contar con diferentes tipos de recursos garantizados por las instituciones representadas en la Mesa. La frecuencia reunión fue variada: algunos miembros se juntaban de manera semanal, otros organismos participaban quincenalmente, y algunas autoridades mensualmente. El cambio fue notable, se generaron consensos importantes para la búsqueda de soluciones concretas que debían poder implementarse en forma rápida y operativa.

La reunión de esta diversidad de actores en la Mesa y, principalmente, su anclaje dentro del Hospital, permitieron que las organizaciones denunciantes conocieran otros problemas que no

habían sido, inicialmente, asuntos de la demanda, pero que, sin embargo, se trataban en la Mesa por la gravedad de algunas situaciones o por la necesidad de tomar medidas urgentes. El conocimiento de todos estos otros asuntos demostró que, en forma paralela a pensar en la externación de las personas, había que mejorar diametralmente las condiciones de vida porque las personas corrían riesgos graves.

El emplazamiento de la Mesa dentro del Hospital, fue un elemento clave también porque permitió el ingreso de nuevas organizaciones al espacio hospitalario. Ya no se trataba solamente de lo que las personas usuarias denunciaban en el marco del amparo, de lo que pudieran contar las organizaciones en defensa de sus derechos; todos los actores planteaban temas a discutir y tomaban decisiones de cambio. La Mesa estaba en el territorio, dentro de la institución, cerca de las salas, de las personas internadas y de los equipos de trabajo.

El tiempo de trabajo compartido permitió un conocimiento mutuo, la creación de lazos y vínculos y la construcción de alianzas de trabajo. La Mesa fue la puerta de entrada al Hospital y desde allí a las salas, a la vida de las personas usuarias y al acompañamiento a los equipos profesionales.

De esta manera, se creó un equipo de trabajo ampliado conformado por trabajadoras y trabajadores del Hospital y externos a él. El ritmo de trabajo se intensificaba cada vez más, a la par que crecían y se fortalecían los lazos entre las organizaciones.

Como todo proceso vital, esta experiencia no tuvo avances lineales y continuos. En un artículo publicado en 2016 en la revista del Ministerio Público de la Defensa, el CELS señaló que las autoridades demandadas utilizaban estrategias de respuesta y defensa que no se condecían con los procesos de reforma estructural, lo que agravaba aún más el estado en el que se encontraban las personas alojadas en Melchor Romero.

Las organizaciones de derechos humanos han impulsado varios procesos de reforma estructural, sin embargo, existen inconvenientes serios para su consolidación como herramienta efectiva de protección debido, entre otras razones, a la ausencia de normativa procesal que regule la materia, la actitud de los jueces que deben guiar este tipo de proceso, y las actitudes que adoptan las distintas partes en el proceso (Sabin Paz y otros, 2016: 125).

Las primeras acciones realizadas en el marco de la Mesa fueron dos:

- La modificación del criterio de salidas de las personas internadas para el reconocimiento de su libertad ambulatoria.
- La modificación de la comida y de la reforma de la cocina, para el reconocimiento del derecho a una alimentación digna.

Respecto al primer punto, se llevó a cabo un proceso largo y arduo que, recién en 2017, alcanzó consenso sobre la idea de que más del 80% de las personas no tenían criterio legal de internación, de acuerdo con lo que exigía la Ley de Salud Mental, y que vivían en el Hospital por no encontrar satisfechos derechos sociales como vivienda, trabajo o seguridad social. Por lo tanto, nada argumentaba la tramitación de un permiso de salida que, además, rara vez llegaba a tiempo. La prohibición de salidas pasó a ser la excepción y no la regla, y debía estar debidamente justificada por el equipo tratante, por un período de tiempo acotado. De este modo, quedó aprobado el Procedimiento de Salidas de Usuarios y Usuarias del Servicio de Salud Mental, que reemplazaba al que hasta entonces había tenido vigencia².

2 En el Anexo 1 está disponible el Procedimiento de Salidas de Usuarios y Usuarias del Servicio de Salud Mental.

Respecto de la alimentación, integrantes de la Mesa realizaron un estudio durante varios meses que concluyó en un informe titulado “Informe sobre la alimentación en el Hospital A. Korn ‘Melchor Romero’”. Allí denunciaron la calidad de los alimentos, su sabor, su aspecto, y los insumos utilizados. No solo la falta de cuidado en la presentación, también se constató la ausencia de cubiertos y platos dignos, la mezcla de alimentos y sabores, sus formas de conservación y traslado. Algunos alimentos en mal estado y sabores agrios o alterados confirmaban la mala calidad de la alimentación.

El acto de comer estaba despojado de la ceremonia ritual cargada de significación propia de las culturas humanas, para reducirse a un acto de supervivencia realizado en condiciones indignas. Por ejemplo, se entregaban cucharas de plástico, lo que llevaba a que las personas tuvieran que utilizar sus manos para poder comer. Los horarios de las cuatro comidas eran entre las 7 y las 19: la persona internada podía llegar sin hambre al momento de una nueva ingesta, pero también podía pasar 12 horas o más sin comer.

La población internada tenía índices altos de morbimortalidad. Las enfermedades infecciosas y la obstrucción de la vía aérea superior eran las principales causas de muerte, ambas relacionadas con la alimentación y su entorno. La falta de dentición, la ausencia de utensilios de metal, sumado a otras propiedades estructurales del manicomio como, por ejemplo, las altas dosis de medicación psicoactiva influían en estas causales. Por esto, se trabajaron dos líneas puntuales: la capacitación en RCP y maniobras de desobstrucción de la vía aérea (Heimlich) destinada a los profesionales del servicio de enfermería y también a todas las personas usuarias, y la incorporación de jabón líquido a los baños para trabajar lavado de manos y disminuir el riesgo de infecciones.

En 2017 se marcaron otros tres hitos fundamentales: el trabajo en comisiones específicas, la elaboración de protocolos de actuación para atender algunas situaciones en particular y la primera elaboración de un documento que visibilizó, a modo de diagnóstico, la situación de las mujeres, y los problemas principales por su condición de género³.

Las transformaciones fueron llegando. Dentro de ellas, la Mesa permitió atender a la urgencia de recursos humanos en el Hospital, ya que en los diferentes servicios y salas no existían equipos para brindar tratamiento a las personas internadas. En algunos de ellos solo se contaba con enfermería. De este modo, ingresaron profesionales de múltiples disciplinas que permitieron conformar equipos tratantes, en orden también con el objetivo de acompañar los procesos de externación.

En 2018 podían identificarse varios avances que describiremos en el próximo apartado. Sin embargo, también crecía la preocupación por la situación de las mujeres y el impacto diferencial que el manicomio generaba en algunas corporalidades e identidades, en particular, alojadas en el sector de agudos y el servicio de atención en crisis, visitado ese mismo año, por el relator de Naciones Unidas Contra la Tortura, Nils Melzer, quien señaló: “Los pacientes internados se encuentran sometidos a condiciones degradantes que resultan incompatibles con la dignidad humana”.

Ante esa denuncia, la Mesa solicitó en el Juzgado N.º 3 que se ordene el cierre de las instalaciones hasta que se terminen las obras edilicias previstas para ese año, en concordancia con la denuncia del relator, en torno a la exigencia de que esos servicios “deben cerrarse y reemplazarse de inmediato por instituciones adecuadamente equipadas y con el personal que corresponde”⁴.

3 <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2017/11/2017-Mujeres-en-Melchor-Romero.pdf>.

4 “La Argentina es responsable de una generalizada, persistente y seria violación de la Convención contra la tortura”, CELS.

Para la misma época, se obtuvo uno de los mayores logros para poner fin a la lógica de la institucionalización de personas, cuando se prohibió el pase de personas de los servicios de crisis o agudos (de corta o mediana estadía), hacia los servicios de rehabilitación (larga estadía) en los que las personas ingresaban y de los que ya no volvían a salir. Este hecho fue muy valioso desde lo político e institucional, pero también desde la perspectiva del derecho a la salud, ya que permitió mostrar que una persona con una situación de padecimiento mental puede permanecer en la internación estrictamente por el período necesario para superar la crisis y, luego, retornar a su medio social.

Creación y funcionamiento de comisiones temáticas y protocolos de actuación para atender problemas graves

El trabajo desarrollado en el marco de la Mesa Judicial, que funciona desde 2016, permitió el ingreso al Hospital para un conocimiento más profundo de las problemáticas. El ingreso a las salas fue clave, porque se advirtió con mayor claridad la falta de atención a situaciones de violencia, el abuso de psicofármacos, la falta de sistematicidad en la investigación de muertes, entre otras situaciones.

Este acercamiento al territorio, también, permitió conocer la modalidad de trabajo dentro del Hospital, la forma de funcionamiento administrativo, los acuerdos implícitos y prácticas aceptadas, naturalizadas; así como el funcionamiento cotidiano de los equipos de trabajo.

Además, los vínculos construidos entre quienes integran la Mesa, en particular, la alianza de trabajo con el MDR, dio lugar a problematizar desde una posición constructiva algunas dinámicas de trabajo que estaban instaladas y naturalizadas entre los equipos. La reflexión hacia adentro del Hospital llevó a crear cinco comisiones de trabajo y tres protocolos que colaboraron en el proceso transformador dentro del Hospital que, en retrospectiva, fue un primer paso concreto hacia la implementación de la Ley de Salud Mental.

Las comisiones creadas fueron:

- Comisión sobre Salud Sexual Libre de Violencias
- Comité de Uso de Psicofármacos en Abordajes Terapéuticos Integrales (CUPATI)
- Comisión de Óbitos y Mortalidad
- Comisión Contra la Violencia Institucional
- Comisión de Acceso a la Justicia

Estos ámbitos permitieron desnaturalizar prácticas que estaban instaladas como dinámicas institucionales incuestionadas y abordar situaciones de manera transversal, intersectorial e interseccional.

Al respecto dice uno de los profesionales:

Yo diría que la Mesa y las comisiones marcaron un límite al abuso y a la impunidad. Se rompió el marco de complicidades. Por ejemplo, en una sala había un enfermero que a la mañana iba por las camas diciendo a los usuarios “levantensé, levantensé”, y mientras caminaba, iba golpeando un fierro que usaba para abrir una ventana contra su mano. No es que fuera a pegarles, pero su actitud era muy violenta y eso no se veía. Ese tipo de cosas ya no pueden pasar. (Mariana, psicóloga, sala crónicos).

Comisión sobre Salud Sexual Libre de Violencias

Esta comisión se creó con el objetivo de promover el ejercicio de una vida sexual libre de violencias de usuarias y usuarios del Hospital, desde una perspectiva interseccional y de género.

Está integrada por diferentes áreas del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, la Dirección Provincial de Hospitales, la Dirección de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género, el Programa de Salud Sexual y Reproductiva, el MDR y el CELS. En representación del Melchor Romero participan el equipo de Consejería en Salud Sexual y Derechos Humanos, el Centro de Atención Primaria en Rehabilitación (CAPER), el Área Legal y la Dirección Asociada de Salud Mental.

Los profesionales manifestaron una valoración muy positiva con relación a este ámbito y señalaron que estos espacios constituyeron un cambio sustantivo para el abordaje de situaciones complejas que requirieron una perspectiva de género. Al mismo tiempo, fueron enfáticos en identificar la necesidad de mayor formación y acompañamiento.

Lo refieren del siguiente modo:

Desde la Comisión de sexualidad libre de violencias se detectaron muchos casos que había que revertir. Por ejemplo, a todas las mujeres se les daba el mismo método anticonceptivo, sin consentimiento; la falta de la intimidad, andar en la sala con el torso descubierto, muchas cosas. Desde la Comisión se empezó a trabajar con eso y se fueron cambiando algunas cosas. Lo mismo con las cortinas en las duchas. Todavía hay gente que le cuesta. Es muy necesario seguir formándonos.

Antes les daban medicación para reprimir los deseos sexuales. Actualmente no veo respuestas así, hubo un cambio en los equipos de sala. Se trabaja en el respeto por los vínculos, yo no estoy en las salas, pero sé que se intenta trabajar mucho con el consentimiento de la persona. La Comisión de Salud sexual y la Consejería marcaron un punto de inflexión. Y el ingreso de nuevos trabajadores, esa renovación de perfiles y de cabezas. (Ayelén, abogada).

A partir de la Comisión, se hicieron mucho más visibles problemas complejos que requerían abordajes profundos, entre ellos, la ausencia de espacios donde las personas usuarias pudieran acercar sus dudas o inquietudes con relación a la salud sexual. Así fue como se constituyó la primera Consejería Interdisciplinaria sobre Salud Sexual y Reproductiva, creada por disposición N.º 331 del Hospital y fundada en las definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre salud sexual. En ellas se contempla un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad que requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.

El objeto de la Consejería es brindar a todas las personas usuarias del Melchor Romero un ámbito de referencia en el que trabajar estos aspectos de sus vidas, cuando así lo demanden, y acompañar a los equipos tratantes en la identificación y gestión de situaciones complejas que requieran este abordaje, desde una perspectiva interseccional, como tema central para la readecuación de las prácticas hospitalarias relativas a ello.

Ambos espacios, Comisión y Consejería, tienen un encuadre legal en instrumentos nacionales e internacionales de protección de los derechos humanos y define a los derechos sexuales como aquellos que involucran la capacidad de disfrutar una vida sexual libremente elegida, satisfactoria, sin violencia ni riesgos. A los derechos reproductivos, como aquellos que se refieren a la

posibilidad de decidir en forma autónoma y sin discriminación si tener o no tener hijos, cuántos hijos tener y el espaciamiento entre sus nacimientos, para lo que se requiere disponer de información suficiente y acceso a los medios adecuados.

En 2021, la Consejería elaboró el primer Protocolo para el Abordaje Integral frente a Situaciones de Violencia Sexual entre personas usuarias, con el propósito de brindar a los equipos las estrategias y herramientas desarrolladas en clave interdisciplinaria, para promover el abordaje integral de situaciones de violencia sexual que ocurran dentro de los servicios de salud mental del Hospital. Establece un marco legal, determina ejes para el abordaje y brinda estrategias de procedimiento ante la ocurrencia de situaciones de violencia sexual⁵.

Comité de Uso de Psicofármacos en Abordajes Terapéuticos Integrales (CUPATI)

El CUPATI es un dispositivo que tuvo como finalidad interpelar uno de los aspectos instituidos en el Hospital: la prescripción de medicación psicofarmacológica.

Está conformado por uno o dos representantes de las siguientes áreas y profesiones: Dirección Asociada en Salud Mental, Dirección Asociada de Áreas Técnicas y Programáticas, el Servicio de Psicología, dos psiquiatras, el Servicio de Clínica Médica, el Servicio Social, el equipo de Acompañantes Terapéuticos, el área de Docencia e Investigación, organismos de Derechos Humanos, asociaciones de la sociedad civil y el Órgano de Revisión Provincial de la Ley de Salud Mental.

El texto a través del cual se resuelve la creación de este dispositivo, le confiere las siguientes funciones:

- 1) Elaborar lineamientos técnico/institucionales para definir el uso de la medicación desde una perspectiva de abordaje interdisciplinario.
- 2) Analizar los planes de medicación y llevar a cabo actividades de incidencia y promoción para que los equipos tratantes revean periódicamente si los esquemas terapéuticos asignados a cada usuaria se ajustan a sus necesidades y a los estándares legales vigentes.
- 3) Conformar un espacio propicio de debate multisectorial y permanente que problematice los usos de la medicación en contextos manicomiales.
- 4) Generar instancias de capacitación para todos los trabajadores del Hospital.
- 5) Cumplir tareas de consultoría para los casos que se presenten en el Hospital.

Los profesionales señalaron que el Comité generó que los equipos estén más atentos y que puedan compartir dudas o situaciones que requieren ser revisadas pero que antes estaban naturalizadas.

Así lo expresan:

Algo se empezó a mover desde la creación de la CUPATI. Cuando empiezan a reducirles la medicación es algo fuertísimo, en tres meses empiezan a verse los cambios, tienen mayor autonomía, me llaman por mi nombre, hay una señora que, (de) estar en un rincón babeando, ahora va y viene con la silla de ruedas. Ver esos resultados es emocionante, antes a las dos y media de la tarde ya estaban todas durmiendo, se babeaban, no podían cerrar la boca, todo eso no era por el diagnóstico, era por la medicación. Eso tiene más posibilidades de cambio, ahora nadie podría hacerse el desentendido, sabemos que son cosas que no pueden pasar⁶.

5 En el Anexo 2 está disponible el Protocolo para el Abordaje Integral frente a Situaciones de Violencia Sexual.

6 En el Anexo 3 puede leerse el texto de disposición para la creación del Comité sobre uso de Psicofármacos en los abordajes terapéuticos interdisciplinarios (CUPATI).

En 2022, el Comité elaboró el primer protocolo con perspectiva de género sobre el uso de psicofármacos en personas con discapacidad intelectual, en el que se realizan importantes afirmaciones, como, por ejemplo, que, en sintonía con la Ley de Salud Mental, ningún tratamiento basado en fármacos puede tener la finalidad de castigo o encubrir intenciones de normalización de la conducta.⁷

Comisión de Óbitos y Mortalidad

La Comisión de Óbitos y Mortalidad fue creada con el objetivo de aumentar el nivel de conocimiento en relación con las características que presentan los decesos en el Hospital, para generar intervenciones que contribuyan a optimizar la calidad de la atención.

Las funciones principales son conocer y analizar las causas de mortalidad de la población que se atiende en el Hospital, desde una perspectiva integral de salud y aportar propuestas de trabajo que incidan en la disminución de muertes.

Comisión Contra la Violencia Institucional (VI)

La Comisión contra la Violencia Institucional (VI) se creó con la finalidad de generar un ámbito en el que las personas institucionalizadas puedan acudir para denunciar casos en que se presuman hechos de violencia cometidos por los trabajadores del Hospital sobre personas usuarias.

Según consta en la resolución de creación, los objetivos son definir lineamientos sobre prácticas que puedan constituir hechos de violencia institucional, la detección temprana de casos para visibilizar y detener la VI, y proponer medidas de reparación hacia las víctimas; registrar hechos de VI y efectuar informes, capacitar a las usuarias y los trabajadores sobre VI y hacerse presente en el lugar de los hechos.

Su conformación incluye 14 miembros titulares y 12 suplentes, y representan los siguientes ámbitos: personas usuarias del Hospital, MDR, Comisión Provincial por la Memoria, CELS, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, ATE, CICOP y UPCN, y diversas áreas del Hospital.

Comisión de Acceso a la Justicia (CODAHJ)

La CODAHJ fue creada en 2021 con el objetivo de promover el acceso a derechos de las personas usuarias mediante el abordaje de sus necesidades jurídicas individuales y colectivas a partir del paradigma de derechos humanos de las personas con discapacidad, y con perspectiva integral, multidimensional y de género.

La Comisión está conformada con 5 miembros titulares y 5 suplentes, de forma multidisciplinaria e intersectorial respetando el siguiente criterio: 1 persona en representación de la Dirección de Salud Mental, 1 persona en representación de los organismos de Derechos Humanos, 1 persona en representación de las asociaciones de la sociedad civil, 1 persona en representación del Área Legal del Hospital, 1 persona en representación del Servicio de Trabajo Social del Hospital, y 1 persona en representación de ELA en forma excepcional, hasta fines de 2022. Asimismo, se aclara en este acto que los miembros de la Comisión trabajarán en la búsqueda de estrategias para que las personas usuarias sean escuchadas y puedan participar de ese espacio.

7 Al cierre de este trabajo, el protocolo que lleva por título "Intervenciones Generales Hacia las Personas con Discapacidad Intelectual" estaba siendo presentado y consultado con los equipos de profesionales, a los fines de relevar opiniones, razón por la cual no se anexa.

Salvo la Consejería y el CUPATI, las comisiones se activan a demanda cada vez que una persona, usuaria o profesional, lo solicita a partir de una denuncia o consulta. Un equipo de trabajo atiende la demanda y activa el circuito de funcionamiento para tratar el tema.

Un aspecto para resaltar es que todos estos dispositivos pretenden una perspectiva de género y un abordaje interseccional, centrado en los impactos diferenciales que genera el manicomio en las trayectorias vitales y, en particular, en las mujeres.

Esta perspectiva, que ya se había iniciado en 2017 con la publicación del primer documento sobre la situación de las mujeres, se profundizó entre 2019 y 2022 en el marco de un proyecto que se implementó en el Hospital, y contó con el apoyo del Fondo Fiduciario para Eliminar la Violencia contra las Mujeres, de Naciones Unidas. El proyecto, llamado “La reforma de prácticas hospitalarias y judiciales para erradicar la violencia contra las mujeres con discapacidad mental asiladas en el Hospital Psiquiátrico Dr. Alejandro Korn, Buenos Aires, Argentina”⁸ fue el primero con recursos específicos para visibilizar y revertir las vulneraciones de las mujeres en el contexto del encierro manicomial.

En este proyecto se delimitaron dos líneas de trabajo: por un lado, la búsqueda de externaciones sustentables de las mujeres alojadas en el Hospital, incluyendo el acceso a la justicia; y, por el otro, la erradicación de situaciones de violencia intramuros. Sin embargo, la implementación de este proyecto trascendió estos objetivos y permitió crear colectivamente un proceso de transformación que permitió que las mujeres accedan a una vida más digna y respetuosa de sus derechos.

En articulación con lo anterior, las organizaciones denunciantes advirtieron la necesidad de efectuar un cambio de rol en el marco de la causa judicial de amparo colectivo, para constituirse en facilitadores para el acceso a la justicia de las personas usuarias y, en particular, de las mujeres. Dentro de esas tareas, se comenzó a brindar acompañamiento jurídico a mujeres que deseaban cuestionar intervenciones en sus cuerpos, como, por ejemplo, prácticas de esterilización forzada, solicitar procesos de revinculación con sus hijos, o incidir para la pronta disponibilidad de viviendas que les permita la vida en comunidad.

En forma transversal a la creación de las comisiones y a la redacción de los protocolos que ya señalamos, se elaboró un protocolo de Consentimiento Informado y Directivas Anticipadas (CI y DA), que planteó aspectos novedosos a las prácticas que estaban vigentes y que se sustentaban tanto en el espíritu de la ley, como en el modelo social de discapacidad.

Este protocolo, además de ofrecer un instrumento guía para que las personas puedan expresar su voluntad respecto de la realización de prácticas e intervenciones, ofrece un marco conceptual, técnico y normativo de largo alcance destinado a los trabajadores. Incorpora también una sección destinada a las internaciones involuntarias, apoyos y decisiones anticipadas.

El texto señala en sus fundamentos que “el consentimiento es un elemento fundamental del derecho a la salud y consiste ‘en una decisión previa de aceptar o someterse a un acto médico en sentido amplio, obtenida de manera libre, es decir sin amenazas ni coerción, inducción o alicientes impropios, manifestada con posterioridad a la obtención de información adecuada, completa, fidedigna, comprensible y accesible, siempre que esta información haya sido realmente comprendida, lo que permitirá el consentimiento pleno del individuo’. Esta regla no solo consiste en un acto de aceptación, sino en el resultado de un proceso en el cual deben cumplirse los siguientes elementos para que sea considerado válido, a saber, que sea previo, libre, pleno e

8 Este proyecto se llevó a cabo por el CELS, el MDR y ELA.

informado⁹. Es decir, no es la mera aceptación de una intervención médica, sino una decisión voluntaria y suficientemente informada sobre la naturaleza, las consecuencias, los beneficios y los riesgos del tratamiento, así como sobre los daños que conlleve y las alternativas existentes, en virtud de la cual se protege el derecho del paciente a participar en la adopción de las decisiones médicas”¹⁰⁻¹¹.

El ingreso de las organizaciones denunciantes a las salas del Hospital para trabajar junto a profesionales

La experiencia política y jurídica que se fue gestando a partir del amparo colectivo tuvo un salto cualitativo en 2019: cuando se produjo el cambio de autoridades del Hospital, se amplió y profundizó el diálogo y se dinamizó el intercambio con los profesionales. Durante ese año se terminaron de abrir las puertas del Hospital para lograr la inserción de la causa en el ámbito institucional hospitalario. Concretamente, las organizaciones denunciantes articularon con los equipos tratantes para la búsqueda de soluciones en casos diversos, como, por ejemplo, el acceso a la justicia, el reclamo de pensiones, las revisiones de causas por determinación de la capacidad jurídica, el reclamo por las viviendas para que las personas vivan en la comunidad, entre otras.

Desde ese nuevo rol se brindaron capacitaciones internas y se participó de jornadas de trabajo para atender casos conjuntamente. El rol y lugar de “denunciante” de las organizaciones, como parte actora de la causa, adquirió una forma alternativa, lejos de ser externa y calificadora, pasó a integrarse al trabajo del Hospital de manera propositiva y colaborativa en la atención y resolución de situaciones que no debían permanecer en el estado de situación que se encontraban.

Las comisiones temáticas, la redacción conjunta de protocolos de actuación y la intervención en casos, permitieron un diálogo de pares y quitaron los velos de un rol más cercano a los órganos de control y auditoría. Con el tiempo, la presencia de estas organizaciones dejó de ser percibida como una amenaza, para integrarse en la búsqueda de soluciones comunes, en particular, en el contexto de adecuación del Hospital a la Ley de Salud Mental camino que aún no ha terminado.

En este sentido, el proyecto “La reforma de prácticas hospitalarias y judiciales para erradicar la violencia contra las mujeres con discapacidad mental asiladas en el Hospital Psiquiátrico Dr. Alejandro Korn, Buenos Aires, Argentina” funcionó como una ventana de oportunidad para trabajar en las salas y crear una legitimidad institucional alternativa, en consonancia con lo que entendemos debe ofrecer la herramienta del litigio estratégico colectivo, que, en su definición, dialoga con las necesidades y los contextos políticos. Este movimiento tiene su correlato en la configuración del espacio: desde los pasillos del juzgado y las ceremonias de las audiencias judiciales, hacia las salas del hospital, trabajando entre pares por la defensa de los derechos de las mujeres.

A partir de 2021, la Mesa Judicial comenzó a reunirse de manera mensual. Para ese momento, la legitimidad ya no estaba circunscripta en ese ámbito, sino que se había desplazado hacia la relación con profesionales y autoridades del Hospital, para la construcción de estrategias conjuntas de vida digna hacia las personas internadas. El poder ya no estaba conglomerado en la Mesa,

9 Corte IDH, “Caso Poblete Vilchez vs. Chile”, párr. 161.

10 OACNUDH, “Informe Salud Mental y Derechos Humanos”, 2017.

11 En el Anexo 4 están disponibles los lineamientos del HMR para la elaboración de un instrumento de consentimiento informado y planificación anticipada de decisiones: “El llamado a reducir la coacción en los tratamientos de salud”.

sino que se distribuyó y difundió entre las personas que estaban trabajando por la transformación manicomial, en una forma poco hegemónica del quehacer jurídico. La legitimidad se construyó trabajando a la par, acompañando, incluso compartiendo la frustración en muchas ocasiones.

En 2022 se produjo un nuevo hito, cuando la provincia de Buenos Aires entregó viviendas para 16 personas que se encontraban internadas. Este no fue el primer paso hacia la desinstitucionalización, Entre 2014 y 2022, en Melchor Romero hay 200 personas menos. De las 308 mujeres informadas en el 2013 (número aproximado según las autoridades del momento), al cierre de este informe solo quedaban 99: 71 en la sala de rehabilitación y 28 en el sector de agudos. Muchas de ellas volvieron a convivir con sus familiares o allegados, otras fueron trasladadas a hogares para la atención de personas adultas mayores y algunas fallecieron en el manicomio.

Sin embargo, y a pesar de no haber constituido el primer paso para la vida en la comunidad, la entrega de estas viviendas fue muy importante: con ellas se dio parte de cumplimiento a un convenio celebrado con el Instituto Provincial de la Vivienda en 2019, en el marco de la Mesa Permanente de Trabajo, que logró el compromiso de la provincia en la construcción de 10 viviendas que serán destinadas a mujeres en condiciones de alta del Hospital. Las autoridades afirmaron que la entrega de otras 4 casas, en el marco de este acuerdo, se produciría antes de fin de año, al momento de cierre de este informe no había novedades en este sentido.

el impacto del manicomio en las mujeres

3

el impacto del manicomio en las mujeres

“Tras la expropiación patriarcal colectiva a todas las mujeres, sigue, para la loca, la intervención total en su vida por parte de las instituciones. Al perder su vida privada, su intimidad y signos importantes de su personalidad social, la loca deja de ser persona, pierde todos los derechos, incluso el de protesta, el cual en estas condiciones es un síntoma de locura”. Lagarde, 2005.

En 2013, las autoridades del Hospital no conocían con precisión el número de mujeres internadas. Se justificaban con el argumento de que se trataba de un “un número muy móvil”: las mujeres ingresaban, se externaban, escapaban, o morían. Este discurso denotaba y confirmaba no solo el desconocimiento, sino la naturalización de una situación de por sí muy grave, al igual que las prácticas instituidas como el aislamiento, la falta de contacto con personas significativas del entorno afectivo, el sometimiento a la rutina administrada la falta de consentimiento en prácticas e intervenciones o la autoridad disciplinante de los equipos profesionales.

Otro de los problemas detectados fue la falta de acceso de las mujeres a sus recursos económicos, como jubilaciones o pensiones no contributivas por motivos de discapacidad. Muchas de ellas desconocían si contaban con un recurso económico propio, otras sabían que lo tenían, pero no podían acceder a él debido a que lo administraba una curaduría con quien no tenían contacto.

La particularidad que asumen las violaciones a los derechos en este colectivo vulnerable también está vinculada, en general, al trato del cuerpo como objeto, a la falta de cuidados médicos, en particular los reiterados abusos sexuales y la ausencia de cuidados de la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Dentro de la vulneración de estos derechos, la administración de anticonceptivos inyectables inconsultos era una práctica extendida entre las mujeres en etapa fértil. Algunas de ellas, además, fueron víctimas de ligaduras tubarias sin consentimiento e incluso sin ser notificadas. Este rasgo se asocia con la violación de los derechos reproductivos.

Los derechos reproductivos se encuentran reconocidos en declaraciones de las Naciones Unidas, en la Organización Mundial de la Salud, en la Conferencia de Teherán de 1968, en la Conferencia de Bucarest de 1974 y en la Conferencia Internacional para mejorar la salud de las Mujeres y los Niños por medio de la Planificación Familiar de Nairobi de 1987. Se definen como aquellos que protegen la libertad y la autonomía de las personas para decidir si tener o no hijos; cómo, cuándo y con quién tenerlos y a mantener vínculo con ellos. En 1994, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo profundizó el

alcance de este concepto, incluyó el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva y estableció que las decisiones respecto de la reproducción no deben sufrir discriminación, coacciones o violencia.

El derecho a materner también les fue históricamente negado a mujeres con discapacidad, advirtiéndose la separación arbitraria de sus hijes.

El derecho a la maternidad en igualdad de condiciones es un derecho consagrado en diversos instrumentos de derechos humanos, pero es el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad el que, en 2016, desarrolla los más elevados estándares para las mujeres con discapacidad y su igual reconocimiento como persona ante la ley, reflejados en la Observación General 3. Entre otras cuestiones afirma:

La fijación de estereotipos indebidos relacionados con la discapacidad y el género es una forma de discriminación que tiene repercusiones especialmente graves en el disfrute de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y del derecho a fundar una familia. Los estereotipos nocivos respecto de las mujeres con discapacidad incluyen la creencia de que son asexuales, incapaces, irracionales, carecen de control y/o son sexualmente hiperactivas. Al igual que todas las mujeres, las que presentan discapacidad tienen derecho a elegir el número y el espaciamiento de sus hijos, así como a ejercer control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujetas a la coerción, la discriminación y la violencia. (Ap. 38).

También es particularmente útil el apartado 46 de la misma Observación General cuando expresa:

(...) los estereotipos nocivos de género y/o discapacidad basados en conceptos como la incapacidad o la inhabilidad pueden dar lugar a que las madres con discapacidad sufran discriminación jurídica, motivo por el cual esas mujeres están excesivamente representadas en procedimientos de protección del menor y pierden de manera desproporcionada el contacto y la custodia de sus hijos, que son objeto de procedimientos de adopción y/o son colocados en una institución. Además, puede concederse al marido la separación o el divorcio sobre la base de la discapacidad psicosocial de su esposa.

En los pocos casos en que se han podido realizar prácticas contrahegemónicas que colaboraban en el sostén del vínculo con sus hijes, se advirtieron una serie de obstáculos que dificultaron esa tarea, o la consecución en paralelo de otras prácticas emprendidas desde el poder judicial, que fueron capaces de anular los intentos de defender el derecho a materner, de la búsqueda de apoyos para ejercer ese derecho en condiciones de igualdad, y el derecho de les niñas a seguir en contacto con sus madres.

En el documento titulado “La situación de las mujeres en el hospital psiquiátrico Dr. Alejandro Korn ‘Melchor Romero’”¹, se señala:

No hay posibilidad de maternaje para las mujeres encerradas en Romero. Se impone el prejuicio y el estereotipo de la “loca” como mala madre. El mandato de la maternidad y los fundamentalismos esbozados para impedir el derecho al aborto funcionan de modo contrario cuando se trata de mujeres encerradas por razones de salud mental. El aborto se impone sin considerar el deseo a continuar con el embarazo y sin brindar los apoyos necesarios para poder tomar tal decisión. No es la mujer quien no puede materner, es el estigma imperante en relación a este colectivo, la inexistencia de apoyos para tal función y el propio contexto manicomial los que obstruyen esta posibilidad en las mujeres. (CELS, MDR Y CPM, 2017 A: 9).

1 La situación de las mujeres en el hospital psiquiátrico Dr. Alejandro Korn “Melchor Romero” – CELS

Por su parte, las propias mujeres opinaron respecto del ejercicio de sus maternidades:

Me gustaría mucho ver a L. Lo extraño muchísimo. Estoy todo el tiempo allá atrás, sola. Pienso en él. Hay un Dios y un refugio para cada uno. A mí lo único que me interesa es que mi hijo esté bien.

No pude mantener la relación, nadie me ayudó, parece que todo estaba armado para perderlos. Me gustaría que vuelva a ser como antes, como años atrás, cuando yo era muy importante para ellos, lo era todo.

Me gustaría tener más contacto. Me gustaría tener el alta para ir a verlos. Me enteré que voy a ser abuela. Voy a pedir que me los llamen para tener contacto yo. Los extraño tanto...

Desde la Mesa se concluye que debe priorizarse la restitución de los vínculos afectivos, en particular, la revinculación de las madres con sus hijes. Sin embargo, estos procesos no deben responder a cuestiones de índole moral, o en respuesta a motivos personales de les profesionales, sino a la voluntad y autonomía de las mujeres. En caso de encarar procesos de revinculación, es muy importante habilitar diversas formas de materner y no solamente las impuestas por los modelos hegemónicos de maternidad, contando, en particular, con dispositivos y sistemas de apoyo para que sea posible.

Estas no fueron problemáticas sorprendentes, sino que, más bien, vinieron a corroborar que, en Melchor Romero, en tanto institución total, también se producían y que el impacto en las trayectorias vitales de las mujeres era diferente al caracterizado para la población de varones.

El derecho a una sexualidad libre tampoco ha sido reconocido para las mujeres. La impregnación de estereotipos vinculados a lo promiscuo o, por el contrario, a ser asexuadas, funcionaron como obstáculo para su reconocimiento, aunque no por ello las personas han dejado de mantener vínculos sexoafectivos con otras personas, en condiciones poco seguras para la salud integral, y, fundamentalmente, sin poder trabajar la existencia de consentimiento. A las mujeres se las desconoce como persona en una posición activa en todos los sentidos: se la destituye de toda capacidad de decidir, materner, opinar, elegir y de desear sexualmente a otra persona.

Algunos pasajes de las usuarias que así lo expresan:

Acá no se puede. Siendo enfermo mental eso no existe. Vas una vez a preguntar y te dicen ‘Ya querés estar con un machito, vos’. Se usan lugares vacíos o abandonados, acá está lleno.

Si es solo para conversar, no hay problema. Tener sexo es imposible, no te lo aceptan.

No te dejan salir porque piensan que sos retardada, que vas a tener relaciones con cualquiera y volvés embarazada. No hay lugares, pero lo hacés en cualquier parte, en el parque.

Acá no hay relaciones, para ellos estamos locas. La loca no coge.

En sintonía, los psicofármacos dificultan gravemente el ejercicio libre de la sexualidad y de sentir placer. Y esto no ha sido un tema presente en los tratamientos, ni abordado como uno de los aspectos a trabajar con las mujeres. El mismo informe sobre la situación de las mujeres en el Hospital afirma que:

Los antipsicóticos pueden elevar considerablemente los niveles de prolactina produciendo diversas manifestaciones clínicas asociadas a la infertilidad, irregularidades menstruales y disfunción sexual, como disminución de la libido, alteraciones en la excitación y el orgasmo.

Los múltiples tipos de violencia que han sufrido muchas de las mujeres en su vida previamente al ingreso al hospital deben ser abordadas y problematizadas por los equipos de salud. Pero, además, una vez ingresadas en la institución, las violencias sobre el cuerpo que sufren las mujeres son múltiples. Algunas explícitas y otras más sutiles. Desde esterilizaciones, abortos

y anticoncepción forzadas, hasta ejercicios de poder que detentan quienes son responsables del cuidado de las mismas, y que en el ámbito de las interacciones cotidianas instituyen juicios moralizantes y estigmatizantes. Hemos tomado conocimiento de situaciones de maltrato físico explícito o bien la medicación utilizada como castigo, la sobremedicación, así como también hemos observado el uso de expresiones hacia ellas de forma cotidiana que violentan y estigmatizan.

El impacto que provocan estas prácticas y lógicas manicomiales sobre el cuerpo y la mente de las mujeres, no solo interfiere en su capacidad para ejercer el derecho a determinar sus propias vidas, sino que, además, refleja las formas específicas mediante las cuales se controla, vigila y castiga al cuerpo femenino, teniendo en cuenta la dimensión sexo-genérica de las identidades. (CELS, MDR Y CPM, 2017 A: 6).

Otro de los problemas sufridos por las mujeres, en estrecha relación con lo anterior, es la ausencia de espacios de privacidad e intimidad. Esto es parte del contexto institucional que objetiva seres humanos y niega su capacidad de disfrute. La falta de intimidad funciona también como un mensaje, en el que no existe privacidad sobre el cuerpo propio. Las hileras largas de camas enfrentadas, el uso constante de espacios comunes donde la intimidad no es respetada, generan que el vestirse, dormir, bañarse formen parte de una rutina diaria de exposición del propio cuerpo, tristemente ya naturalizada.

Así lo introduce informe del CELS, MDR y CPM, de 2017:

La desnudez y la ausencia de un lugar para mantenerse en soledad sin ser vista por el otro/a o bien para mantener cualquier tipo de encuentro con otra persona es un punto para abordar en pos de garantizar el derecho a la privacidad y el resguardo de la intimidad, siendo central para el abordaje de estos derechos, así como también para el respeto de la autonomía y la dignidad de las mujeres. Luego, vemos que las mujeres deben reapropiarse del propio cuerpo que fue apropiado por la propia lógica manicomial al apropiarse de los cuerpos. Encontrarse frente a un espejo (inexistentes en la mayoría de las salas), tocarse, reconocer que le pasa a ese cuerpo, entendemos que resulta un desafío a transitar.

(...) A su vez surge la necesidad de avanzar en el derecho de las mujeres a recibir educación sexual integral, a recibir información y orientación clara, completa y oportuna sobre su salud sexual y reproductiva, expresada en términos sencillos y comprensibles. La presunción de incapacidad para ejercer estos derechos condiciona las oportunidades que se les ofrecen a las mujeres para decidir libremente sobre su vida, su sexualidad y su cuerpo. Además, dicho paradigma, agudiza las probabilidades de desinformación y desconocimiento, quedando sistemáticamente expuestas a la violencia, abuso y prácticas nocivas como la esterilización, el aborto y la anticoncepción forzada.

(...) Insistimos en que el deterioro de las tramas vinculares es una consecuencia directa de la institucionalización. Frente a ello, entendemos que es un eje fundamental para el abordaje el sostenimiento de los vínculos y la prioridad de que las mujeres, si deciden hacerlo, puedan matener en libertad con los apoyos necesarios para hacerlo. (CELS, MDR Y CPM, 2017 A: 10).

Al respecto, las mujeres dicen:

En mis duchas hay cortinas, pero igual siempre te ven.

No hay lugares donde estar solas, siempre estamos con otras personas.

Acá es imposible, te bañás delante de todas. Tener cortinas y ducharse tranquila sería hermoso.

Tengo mi cuarto, pero en las duchas te ven todas.

Para bañarte no hay cortinas. Yo no tengo rollo con eso, pero hay algunas chicas que se bañan con ropa para que no las vean, o se bañan cuando no hay nadie, pero a veces no te dejan.

Sobre esta cruda trama de vulneraciones hacia las mujeres, se iniciaron diferentes acciones en articulación con la Comisión de Salud Sexual Libre de Violencias y de la Consejería de Derechos Sexuales y Reproductivos y, como ya se dijo, entre 2019 y 2022 se llevó adelante el proyecto denominado “La reforma de prácticas hospitalarias y judiciales para erradicar la violencia contra las mujeres con discapacidad mental asiladas en el Hospital Psiquiátrico Dr. Alejandro Korn, Buenos Aires, Argentina”.

En el marco de ese proyecto, se realizaron talleres destinados a las mujeres usuarias para que conozcan y ejerciten sus derechos. En ese contexto, se observó que la invisibilización y la falta de denuncia de las violencias padecidas en el cotidiano obedece a que estas son naturalizadas en el marco de una historia vital plagada de abusos y opresiones que, en algunos casos, es reproducida por la institución de diferentes maneras. Pese a eso, las mujeres valoraron positivamente los talleres, por ser espacios “en los que se podía hablar en confianza”.

El acompañamiento también fue para los equipos tratantes con talleres de capacitación en género, formación que identifican como necesaria pero ausente, contrariando la aplicación de la Ley Micaela N.º 27.499, sancionada en 2018, que tiene por objetivo la capacitación obligatoria en género para todas las personas que integran los tres poderes del Estado.

Así lo expresan:

Hice algunas capacitaciones solo por interés personal o por la necesidad de entender la realidad y a las personas que asistimos. Desde el Ministerio o el Hospital, no. Por ejemplo, trabajamos la Ley de Identidad cuando tuvimos que atender a una persona trans.

No tenemos capacitaciones, el conocimiento que puedo tener es más por un interés personal.

Falta muchísima capacitación continua, porque las situaciones que se nos presentan son muy complejas, los equipos no saben qué hacer.

Conocemos mucho desde la práctica, pero no sabemos mucho de normas, de leyes. Para afrontar el proceso de adecuación, hay que hacer una capacitación en género. Si no solo vamos a reproducir prejuicios. La Ley Micaela tiene que permitir todo eso.

Estos pasajes permiten confirmar la necesidad de que se incorpore la perspectiva de género para todas las intervenciones, los abordajes en los tratamientos, pero, fundamentalmente, en el contexto del plan de adecuación que afronta el Hospital, y que tiene dentro de sus principales propósitos, la desinstitucionalización y la vida en la comunidad de las mujeres.

El equipo de salud debe conocer y abordar las violencias padecidas a lo largo de la vida, no solamente durante la internación sino también previas a esta, ya que conforman la biografía de las personas y pueden tener relación con los padecimientos mentales que presentan en forma posterior.

Asimismo, se requiere visibilizar las violencias existentes en la lógica de la misma institución y ser problematizadas por el equipo de salud en pos de garantizar su eliminación, en el entendimiento de que configuran una violación a los derechos humanos de las mujeres. Por esto, y en función de la escasa aplicación de la Ley Micaela en el Hospital, es fundamental que se realicen instancias de capacitación permanente destinado al equipo de salud.

En lo relativo a los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos de las mujeres internadas, observamos que la creación y el funcionamiento de la Consejería de Derechos Sexuales y Reproductivos posibilitó un mayor conocimiento y acceso a derechos, sin soslayar que la concurrencia a este ámbito es voluntaria y a demanda de la mujer que desea consultar. Por lo tanto, no constituye una política extensiva a todas las mujeres.

La reforma de la ley N.º 26.130 de contracepción quirúrgica: el fin a la esterilización forzada

Uno de los problemas ya señalados tiene que ver con las medidas de anticoncepción que recibieron las mujeres en etapa fértil. Esta práctica constituyó una modalidad extensiva a todas ellas, y por eso fue uno de los aspectos denunciados en la causa legal de amparo colectivo de 2014. Dentro de las prácticas denunciadas, se encontraba el suministro de inyectables de manera inconsulta y sin consentimiento, pero también la realización de contracepciones quirúrgicas, como la ligadura tubaria.

Entre otras razones, esto fue posible por la existencia de la ley 26.130 que, en su artículo segundo, permitía estas intervenciones sin consentimiento en mujeres con discapacidad. En el marco del proyecto “La reforma de prácticas hospitalarias (...)”, se conformó una alianza entre organizaciones de la sociedad civil² para promover e impulsar la reforma de esa ley. En diciembre de 2021 se aprobó en la Cámara de Senadores de la República Argentina el proyecto que modifica la ley 26.130 de Contracepción Quirúrgica. Con esta reforma ya no es posible que prácticas como la vasectomía o la ligadura de trompas se realicen sin el consentimiento de las mujeres, ni a pedido de su familia o representante legal.

Algunos casos de mujeres en los que trabajamos junto a otras

Los siguientes casos muestran el tipo de acciones que se llevan adelante en pos de los derechos de las mujeres tanto en el contexto de encierro como de la externación y vida en la comunidad. Estas acciones incluyen la intervención de equipos interdisciplinarios con capacidad de intervenir en diferentes niveles, con distintas autoridades y actores y efectuar planteos diversos.

Caso 1

ND es una joven de 26 años que estuvo internada en el Hospital durante 5 años. Previo a eso, tuvo un hijo que fue dado en adopción, sin su consentimiento, cuando todavía no había cumplido su primer año y que no volvió a ver ni a tener noticias de él, a pesar de haber reclamado incansablemente. Además, la Justicia autorizó la ligadura tubaria de ND sin su consentimiento y restringió su capacidad jurídica.

El CELS se vinculó al caso durante su internación y la intervención estuvo orientada, en primer lugar, a mejorar los recursos económicos para que esta persona pueda vivir fuera del Hospital junto a una de sus hermanas. Esto se logró a partir de una demanda contra el Instituto de Previsión Social de la provincia de Buenos Aires, en la cual se reclamó el aumento de su pensión por discapacidad. En

² Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ), la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos (APDH), el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), CLADEM Argentina, el Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA), la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM), FUSA Asociación Civil y la Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI), realizada en el marco del “Proyecto DeSeAr con inclusión”.

segundo lugar, una vez que ND inició su proceso de externación, se brindó acompañamiento a la familia y trabajamos en la construcción y fortalecimiento de redes comunitarias. Actualmente, ND vive junto a su hermana, concurre a la escuela y desarrolla su vida en la comunidad.

También la acompañamos en el inicio de un proceso judicial de revinculación con su hijo y en la restitución plena de su capacidad jurídica. Ambos procesos tuvieron importantes avances y tramitan actualmente ante la justicia de Familia del Departamento Judicial de La Plata.

Caso 2

AC fue internada contra su voluntad en el Hospital durante 6 meses y, actualmente, concurre a un centro comunitario. Durante su internación, el Ministerio Público promovió una demanda de restricción de su capacidad jurídica y, a partir de eso, la justicia dictó una medida cautelar de limitación de su capacidad designando a la Curaduría Oficial departamental para que intervenga como su apoyo en cualquier acto jurídico que AC quisiera realizar. La demanda y la designación de apoyos fueron llevadas a cabo sin consultar con ella.

AC contó su malestar por las medidas judiciales dispuestas que afectaron sus derechos y, por este motivo, la intervención estuvo orientada a que recobre su capacidad jurídica plena. Para eso, se presentó junto a ella un pedido judicial de declaración de nulidad, problematizando la falta de consulta y participación en el proceso, así como la designación de apoyos contra su voluntad, porque las medidas de apoyo impuestas contra el deseo de las personas violan la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Como resultado, el Ministerio Público decidió respetar la voluntad de AC de no contar con apoyos judiciales para la realización de actos jurídicos y desistió de la acción judicial, por lo que, finalmente, el proceso judicial culminó. La posición adoptada por el Ministerio Público, constituyó una medida respetuosa del derecho a la capacidad jurídica de AC.

Caso 3

MC es una señora que estuvo internada en el Hospital durante más de 10 años, la cual no podía externarse por falta de recursos económicos. Quería irse y volver a su ciudad de origen. A raíz de eso, nos entrevistamos con ella y el equipo del Hospital, quienes nos contaron que quería regresar a San Vicente con una sobrina o a un terreno de su propiedad que estaba ocupado. Acordamos brindarle patrocinio jurídico por el derecho a la vivienda.

El CELS trabajó junto al equipo tratante en asesoramiento sobre escrituras de informes que puedan reforzar las estrategias planteadas para la externación. También trabajamos con MC para que pueda comprender qué implicaba el proceso que se estaba transitando en términos judiciales, tiempos posibles, sus implicancias, tanto para vivir con su familia, como para poder avanzar respecto a la propiedad que se encuentra usurpada. Acordamos otorgarle patrocinio jurídico por el derecho a la vivienda. Se continuará trabajando en conjunto con el equipo tratante para poder hacer accesible la información para MC.

Recientemente, MC se fue a vivir de modo transitorio a una de las casas entregadas por el Instituto Provincial de la Vivienda, en el marco de un proceso que se relató en apartados previos. Paralelamente, se constituyó una mesa de trabajo junto a Fiscalía de Estado, el Ministerio de la Comunidad, la Curaduría Oficial de La Plata, autoridades del Hospital A. Korn y la Municipalidad de San Vicente, con el objetivo de avanzar en una obra de mejora y ampliación de la casa de la sobrina de MC con la finalidad de que pueda vivir con su familia.

**orientaciones
generales para
la transformación
manicomial con
perspectiva de género**

4

orientaciones generales para la transformación manicomial con perspectiva de género

El actual proceso de transformación que atraviesa el Hospital Melchor Romero requiere profundizar una perspectiva de género que considere el impacto diferencial de la lógica manicomial en las trayectorias vitales de las mujeres, trayectorias que incluyen los tiempos previos a la internación.

A modo introductorio, es necesario destacar la importancia de recuperar estas trayectorias para repensar, desde esas experiencias de vida particulares, sus tratamientos, incluyendo en ellos a los determinantes de la salud. Al respecto, es necesario reponer lo siguiente:

El género es un determinante de la salud estructural. Un enfoque de género en salud se diferencia de una perspectiva puramente enfocada en el sexo, centrada en las diferencias biológicas. Incluir la perspectiva de género implica identificar las diferencias sociales y culturales que experimentan mujeres, varones y otras identidades, y su impacto en la salud. El sexo puede indicar diferentes factores de riesgo o diferentes tratamientos frente a una misma patología, mientras que el género puede indicarnos diferencias en la accesibilidad o la adherencia a tratamientos. Omitir la manera en que se conceptualizan los hombres, las mujeres y otras identidades, y las relaciones entre ellos (sesgo de género) en las prácticas en salud se manifiesta en el escaso o nulo reconocimiento de los problemas de salud que afectan a las distintas identidades en particular. Un ejemplo clave es el caso de la violencia basada en género que presenta alta prevalencia y un impacto significativo para la salud física y mental de quienes la padecen y, sin embargo, el personal de salud pocas veces cuenta con la capacitación necesaria para identificar situaciones de violencia y articular estrategias para su abordaje. (ELA, 2022).

A continuación, se expondrán algunas cuestiones para tener en cuenta en el proceso de transformación manicomial.

a. Considerar la trayectoria de vida de las mujeres

La vida de las mujeres no comienza en el momento de la internación en el Hospital, esto resulta evidente. Sin embargo, y sin desconocer que en las entrevistas de admisión se indagan aspectos sobre la historia de las mujeres y se rastrean antecedentes biográficos significativos, en muchos casos, son datos que quedan “inmóviles” en las historias clínicas. Contextos como la pobreza, las vulneraciones que han sufrido, las violencias machistas, la exigencia de los roles de

cuidado de acuerdo con hegemonías de poder de género, y otras interseccionalidades pocas veces se incluyen como parte del tratamiento, cuando, con frecuencia, estos han sido factores que orbitaron e, incluso, determinaron el sufrimiento psíquico de las mujeres. Esta perspectiva es comprensiva de una mirada histórica de la vida de las mujeres y reduce el efecto de la “suspensión del tiempo” en el que transcurre la lógica manicomial.

b. Construir un entorno comunitario que no repita las exigencias que determinaron la internación

Asumiendo el conocimiento de la biografía completa de las mujeres, se pueden construir entornos amigables para la vida en la comunidad. La democratización de los roles de cuidado y otras tareas tradicionalmente atribuidas a las mujeres, pueden constituir una buena pista para la definición de apoyos, en acuerdo con cada una de las mujeres. Los apoyos son herramientas esenciales para la vida de cualquier persona y todos contamos con ellos para habitar el mundo y afrontar los múltiples requerimientos del cotidiano. Un entorno que no contemple estos ajustes, posiblemente, recree exigencias difíciles de cumplir.

c. No es necesario recuperar los vínculos que dejaron de ser significativos

Sin duda, los procesos de revinculación entre madres e hijos, o con cualquier otra persona del entorno significativo, debe responder a la voluntad de las mujeres y no a gestos de los equipos tratantes que, aunque bien intencionados, pueden responder a imposiciones sociales y políticas o a deseos propios de los equipos que son proyectados hacia estas mujeres. Históricamente, las mujeres internadas en manicomios fueron despojadas de los vínculos con hijos y, también, con otros miembros de la familia. Sin embargo, esta triste realidad no debería ser argumento para suponer que todas ellas desean volver a encontrarse con estas personas. Parir no es matar, la diferencia radica en la posibilidad de haber construido un vínculo o querer hacerlo. Dicho de otro modo, no se puede revincular lo que nunca existió y la decisión es de las mujeres.

d. Los cuerpos de las mujeres son cuerpos sexuados

En la prehistoria de la internación, en la internación propiamente dicha y en el posencierro, los cuerpos de las mujeres son cuerpos sexuados, es decir, atravesados por la sexualidad en cualquier posición que encarne. No son seres asexuados, no son como niñas (quienes tampoco son asexuadas), ni su contraparte en la figura de la promiscuidad. Negar la sexualidad constituye una ficción y expulsa a las mujeres a la clandestinidad de un acto que adquiere el lugar de descontrol casi delictivo. Aceptar y trabajar la vida en la comunidad desde la consideración de la sexualidad, habilita a crear espacios para la intimidad, el cuidado del propio cuerpo y de la salud, y la posibilidad de vivenciar una sexualidad libre y placentera, al igual que cualquier persona.

e. Los encuentros entre mujeres potencian la empatía y los lazos solidarios para afrontar dificultades comunes

La vida en la comunidad asume un continuo de situaciones que pueden presentar dificultades de distinto tipo. El asunto no radica en pretender recrear ámbitos para eliminarlas, sino construir redes entre mujeres, hayan o no atravesado experiencias de encierro, para diseñar alternativas conjuntas de afrontamiento colectivo. Para volver a vivir en la comunidad se necesita tiempo y,

así, poder adquirir habilidades que fueron arrasadas por el dispositivo manicomial. La ayuda entre pares puede constituir una herramienta poderosa para lograrlo.

f. La participación de las mujeres en la construcción de sus tratamientos

Los objetivos, el encuadre y la delimitación de los tratamientos, muchas veces, son construidos por los equipos tratantes a partir de los diagnósticos que previamente establecieron. Permitir la participación de las mujeres en la delimitación de los temas, de los contenidos a trabajar, en la identificación de obstáculos en la vida dentro y fuera del hospital y de fuentes de sufrimientos, en la búsqueda conjunta de apoyos y salvaguardas, puede colaborar en la orientación de tratamientos guiados por los deseos y posibilidades de las mujeres. Proponemos hacer a un lado los modelos hegemónicos del deber ser de las mujeres y de las maternidades e incluir referentes significativos para ellas, con quienes construir o fortalecer redes que sostengan el afuera y respeten las mujeres que son. Esto supone apoyar modelos en los que las mujeres tienen agencia sobre su salud mental, lo que las constituye como un sujeto y no un objeto de derecho.

biografía

CELS, MDR y CPM (2017 A), "Informe conjunto. La situación de las mujeres en el hospital psiquiátrico Dr. Alejandro Korn 'Melchor Romero'". Disponible en: <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2017/11/2017-Mujeres-en-Melchor-Romero.pdf>

CELS, MDR y CPM (2017 B), "Informe sobre alimentación en el Hospital A. Korn 'Melchor Romero'". Disponible en: <https://www.cels.org.ar/web/publicaciones/informe-sobre-alimentacion-en-el-hospital-a-korn-melchor-romero/>

Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA), 2022.

Goffman, E. (1998), Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales, Amorrortu, Bs. As.

Hospital Alejandro Korn (2020), "Plan de adecuación del Hospital Dr. Alejandro Korn", Bs. As.

Lagarde y de los Ríos, M. (2005), Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas, Siglo XXI, México DF.

Menéndez, E. (1990), Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica, Alianza editorial mexicana, México DF.

Sabin Paz, M, Díaz Jiménez, R, Soberón Rebaza, S., Rodríguez, V., de la Vega, L, Martinelli, A. (2016), "El litigio de reforma estructural como herramienta para la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental: el caso Melchor Romero y la protección de los grupos vulnerables". En: Revista del Ministerio Público de la Defensa, nro. 11, pp. 121-130.

anexos

anexo 1

Salidas de los Usuarios y Usuaris del servicio de Salud Mental.

1. Objeto

El presente documento tiene por fin regular las salidas de los usuarios/as del servicio de salud mental alojados en el Hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos, Dr. Alejandro Korn (en adelante el Hospital).

En el marco del servicio de salud mental brindado en este Hospital, las salidas son consideradas un dispositivo propio del proceso de atención del usuario, debiendo ser considerada y valorada como una herramienta que expresa los deseos de la persona.

2. Ámbito de aplicación

Este procedimiento será de aplicación a todos a los usuarios y usuarias del Área de Salud Mental del Hospital en el marco de la Planificación del Proceso de Atención y Externación Sustentable (en adelante PPAyES) prevista para cada persona.

3. Principio General

Rige para las salas indicadas precedentemente el principio de libre e irrestricta circulación de los usuarios del servicio de salud mental, debiendo garantizarse en todo momento su derecho de salir e ingresar del establecimiento sin necesidad de contar con permiso alguno.

4. Excepciones al principio de libre circulación

Cuando un usuario tenga restricciones a la libre circulación, en función del deber de cuidado, deberá constar expresamente en la PPAyES, debiendo estar debidamente justificada en virtud de la gravedad de la medida.

Las restricciones solo podrán ser dispuestas por el Equipo Interdisciplinario debiendo fundarse en criterios concordantes con la Ley Nacional de Salud Mental y teniendo en especial consideración la opinión de los enfer-

meros asistenciales de cada sala, como parte fundamental del equipo interdisciplinario.

En caso de duda o discordancia entre los integrantes del equipo tratante, deberá estarse a favor de la libertad de circulación del usuario. Si se decidiera por la restricción de la libre circulación, entenderá en grado de revisión el Jefe de Servicio, recayendo la decisión definitiva y en última instancia sobre la Dirección Asociada de Salud Mental del Hospital.

El Órgano de Revisión Local corroborará que las restricciones se encuentren dentro de los parámetros de la normativa nacional e internacional vigente.

5. Proceso de Atención

Concepto: Se entiende por Proceso de Atención, la atención interdisciplinaria incluyendo lineamientos intersectoriales con el objetivo de lograr la internación sustentable desde todos los servicios del hospital.

Estará a cargo del Equipo Interdisciplinario la confección de la Planificación del Proceso de Atención y Externación Sustentable (PPAyES) de cada uno de los usuarios del servicio de salud mental del Hospital y será diseñado en función de las particularidades de cada persona, el diagnóstico, debiendo hacer constar expresamente, el grado de autovalimiento, las redes vinculares (incluyendo a otros usuarios del servicio), los sistemas de apoyo y la sentencia determinativa de la capacidad en caso de existir. En cada caso se privilegiará la voz del usuario en la medida de sus posibilidades como también el de sus familiares o referentes.

A los efectos de la correcta aplicación del presente, la PPAyES reemplazará a la actual planilla de ingreso del usuario, debiendo utilizarse el formulario obrante en el Anexo III

La PPAyES de cada usuario deberá ser comunicada por el Equipo Tratante al Departamento de Sistemas de Información (Estadística) y a la Oficina Pericial, quien pondrá en conocimiento a la Curaduría General de la provincia de Buenos Aires y al Juez interviniente, de existir, conforme lo prescripto en la Ley 26.657 y 14.580.

6. Las salidas

Las salidas son consideradas parte fundamental del proceso de atención. En el caso de no contar con redes vinculares y/o sistemas de apoyo, el equipo tratante deberá llevar a cabo acciones tendientes a la promoción y generación de los mismos, debiendo dejar debida constancia de las acciones realizadas.

7. Modalidades de las salidas

Las salidas pueden ser con apoyo o sin apoyo. Asimismo pueden ser diarias, semanales, quincenales o mensuales de conformidad a la PPAyES de cada usuario.

No podrá restringirse el derecho de salida basándose únicamente en la falta de redes vinculares o sistemas de apoyo, debiendo en todo momento privilegiar la voz del usuario y sus familiares o lazos vinculares.

8. Registro de salidas y regresos

La salida de cada usuario será registrada en el Libro de Novedades por el enfermero quien deberá verificar que la persona se retire con su respectivo DNI. Asimismo registrará el regreso.

9. Regreso

El usuario podrá regresar directamente a su sala sin más necesidad que dar aviso a cualquier integrante del personal de su recinto.

Al regreso del usuario, personal de la sala frente a cualquier señal de daño, deberá dar intervención inmediata a la Guardia de Emergencia del Hospital para su evaluación.

Asimismo el enfermero asistencial deberá dejar constancia en el Libro de Novedades de las condiciones del regreso, debiendo especificar día, hora, circunstancias de la salida realizada por el usuario y/o cualquier otro dato que resulte de interés al efecto enriquecer la PPAyES.

Lo anterior resulta complementario del deber y responsabilidad del Equipo tratante de conocer los lugares y personas que resultan sostén del usuario por fuera del establecimiento con miras a la externación del mismo.

El cumplimiento del registro de salidas y regresos será responsabilidad conjunta del enfermero en jefe y de los jefes de sala, dejando expresa constancia que la salida aún sin regreso del usuario, NO implica abandono del tratamiento.

Se considerará que el usuario ha abandonado el tratamiento solo cuando el Equipo Interdisciplinario así lo disponga en su PPAyES mediante informe detallado. Dicho abandono deberá comunicarlo al Departamento de Sistemas de Información (Estadística) a efectos de dar de baja la cama ocupada por el usuario incurso en abandono.

10. Interrupción del Proceso de Atención.

Se considerará interrumpido el proceso de atención cuando:

a) se constate la ausencia de un usuario CON restricción en la PPAyES;

b) no haya sido localizado el usuario que, habiéndose retirado del establecimiento, no retornó a su sala dentro de los parámetros fijados en su propia PPAyES.

Una vez constatada la Interrupción del proceso de atención, deberá activarse el proceso de búsqueda de persona.

11. Localización de usuarios SIN restricciones de salida

Solo se considerará interrumpido el tratamiento de los usuarios sin restricciones en su PPAyES, cuando se haya procedido a efectuar todas las averiguaciones correspondientes a la localización.

A tal efecto, la persona que evidencie la ausencia deberá:

1) dar aviso a todos los enfermeros asistenciales del turno y consultar a los usuarios allegados y/o a salas aledañas y/o que resulten de concurrencia habitual del usuario ausente.

2) consultar en la PPAyES las salidas planificadas por el equipo tratante o aquellas que resulten habituales.

3) consultar a las redes vinculares y/o apoyos que tenga el usuario.

4) consultar al puesto de vigilancia y/o equipo de cuidadores del establecimiento, otorgando una breve descripción física del usuario.

Constatada la ubicación del usuario, el enfermero asistencial comunicará al enfermero en jefe y dejará constancia en el Libro de Novedades. El enfermero en jefe deberá notificar al Equipo tratante.

Cuando habiendo realizado todas las acciones de localización descriptas no se encuentre al usuario, el enfermero asistencial deberá activar el proceso de búsqueda.

12. Proceso de búsqueda de personas

Una vez constatada la ausencia del usuario, el enfermero deberá de forma inmediata y simultánea:

1) dar aviso al enfermero en jefe y al menos dos integrantes del equipo tratante;

2) dar aviso a la Dirección Asociada de Salud Mental y a la Dirección Asociada Técnico-Programática;

3) dar aviso al Departamento de Sistema de Información (Estadística)

13. Aviso a las Autoridades Provinciales.

Una vez notificadas las autoridades del Hospital, recae en las Direcciones Asociadas de Salud Mental y de Técnico-Programática la responsabilidad de dar cumplimiento al aviso a las autoridades provinciales para proceder a la búsqueda por fuera de las instalaciones del hospital.

A tal fin, el Departamento de Sistema de Información (Estadística) deberá comunicar de inmediato al servicio de emergencia (911) y a la Oficina Pericial. Asimismo deberá notificar fehacientemente mediante telegrama a la red vincular que figure en el PPAyES dentro de las 24 horas hábiles siguientes desde que toma conocimiento de la ausencia.

Por su parte, la Oficina Pericial deberá dentro de las 24 horas de notificada dar aviso de la ausencia del usuario al Juzgado interviniente y a la Curaduría General.

Dentro de las siguientes 24 horas de efectuado el llamado al servicio de emergencia (911), el Jefe de Sala del pabellón donde se encontraba alojado el usuario ausente, deberá realizar la correspondiente denuncia policial, debiendo entregar la copia de la denuncia realizada al Departamento de Sistemas de Información (Estadística).

14. Regreso del usuario luego de activada la búsqueda.

Cuando el usuario cuya localización o búsqueda haya sido activada regresa, quien constate su presencia deberá proceder a:

- 1) Constatar el estado del usuario y en caso de ser necesario dar intervención para su atención en la Guardia de Emergencia del Hospital. No será necesaria la intervención de la Guardia en aquellos casos en que el usuario regrese en buenas condiciones de salud o sin signos de daño;
- 2) Dar aviso al enfermero en jefe y a al menos dos integrantes del equipo tratante;
- 3) Dar aviso a la Dirección Asociada de Salud Mental y a la Dirección Asociada Técnico-Programática;
- 4) Dar aviso al Departamento de Sistema de la Información (Estadística). Con el aviso la Dirección de Estadística deberá comunicar el regreso a la red vincular alertada de la ausencia y a la Dirección Pericial para que haga lo propio con las autoridades judiciales correspondientes.

La salida del usuario debe utilizada para una posible re vinculación con el exterior del establecimiento. De tal forma deberá ser considerado como recurso por el Equipo tratante, debiendo constar en la PPAyES todo dato que sea de utilidad respecto de la ausencia.

anexo 2

Protocolo para el abordaje integral frente a situaciones de violencia sexual entre usuarios/as del área de salud mental del Hospital Interzonal especializado en agudos y crónicos Dr. Alejandro Korn de Melchor Romero, La Plata.

Introducción

El presente Protocolo surge de la labor de la “Comisión de Salud Sexual Libre de Violencias”¹, integrada por diferentes áreas del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; Dirección Provincial de Hospitales, la Dirección de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género, el Programa de Salud Sexual y Reproductiva, y desde el Hospital Dr. Alejandro Korn: el equipo de Consejería en Salud Sexual y Derechos Humanos, el Centro de Atención Primaria en Rehabilitación (CAPER), el Área Legal y la Dirección Asociada de Salud Mental; el Movimiento por la Desmanicomialización en Romero (MDR) y el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). La Comisión se creó en el año 2017, con el objetivo de promover el ejercicio de una vida sexual libre de violencias de usuarias y usuarios del área de Salud Mental del Hospital Dr. Alejandro Korn.

El propósito de este protocolo es brindar a los equipos las estrategias y herramientas desarrolladas en clave interdisciplinaria para promover el abordaje integral de situaciones de violencia sexual que ocurran dentro de los servicios de salud mental del Hospital Dr. Alejandro Korn.

En este marco, los objetivos específicos del presente protocolo son:

- Sensibilizar y concientizar a trabajadores/as de la salud sobre su rol en la detección, asistencia y seguimiento de situaciones de violencia sexual.
- Promover un abordaje de las situaciones de violencia sexual desde una perspectiva integral y respetuosa de los derechos de las personas involucradas.

- Garantizar la protección y el acompañamiento a los/as usuarios y usuarias que han atravesado una situación de violencia sexual.

- Promover el acceso a la justicia en las situaciones que corresponda.

- Fortalecer la articulación entre las distintas instituciones y áreas involucradas para el abordaje de situaciones de violencia sexual dentro de los servicios de salud mental del Hospital.

El presente protocolo focaliza en el abordaje de las situaciones de violencia sexual entre usuarias/os. En caso de que estas ocurran entre trabajadoras/es o entre trabajadoras/es y usuarias/os, los pasos a seguir ya se encuentran institucionalmente pautados, y no difieren del abordaje a realizar en otro tipo de instituciones, teniendo en cuenta el marco normativo vigente.

Marco Legal

El protocolo se fundamenta en el modelo social de la discapacidad, paradigma del tratamiento actual que considera que las causas que la originan no son religiosas, ni científicas, sino que son, en gran medida, sociales. Desde esta nueva perspectiva, se pone énfasis en que las personas con discapacidad pueden contribuir a la sociedad en iguales circunstancias que todas las personas. Este modelo se encuentra íntimamente relacionado con los valores esenciales que fundamentan los Derechos Humanos, como la dignidad humana, la libertad personal y la igualdad, que propician la disminución de barreras, partiendo de principios como: autonomía personal, no discriminación, vida independiente, la capacidad de toma de decisiones, entre otros. Este modelo entiende la discapacidad como una consecuencia de la organización social contemporánea que tiene escasa consideración por las personas con diversidad funcional, y entiende que

¹ Agradecemos los valiosos aportes del Equipo Latinoamericano de Género y Justicia (ELA)

la causa de la discapacidad reside en la existencia de barreras sociales que impiden a estas personas su plena participación en igualdad de condiciones. Por lo tanto, el modelo social reclama la recuperación de la persona como sujeto de derecho. Cuando este modelo pone el acento en el pleno ejercicio de derechos fundamentales entiende que la discapacidad se construye en las relaciones sociales y que, en consecuencia, el ejercicio de esos derechos revertiría la desventaja de aquellos/as nombrados/as como personas con discapacidad.

La Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) plantea que “la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

A su vez, como marco para interpretar las situaciones de violencia sexual, se requiere comprender a la sexualidad en sus múltiples dimensiones: biológica, social, afectiva, erótica, ética y psicológica. La sexualidad comienza desde el momento en que nacemos, se construye y transforma a lo largo de toda la vida. Es la forma en que las personas vivimos, construimos y sentimos nuestro propio cuerpo y en relación con las demás personas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social; requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.

Respecto a la violencia sexual, la OMS la define como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”[ii]. Se entiende desde aquí a la violencia sexual como una grave violación de derechos que tiene diferentes modalidades tales como el acoso, la violación, la explotación sexual y el abuso sexual, entre otras. Respecto de las mujeres en particular, existe la Ley Nacional de Protección Integral N° 26.485 que la define como “Cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculadas o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres” (art. 5)

Por otro lado, en el año 1999 se modificó el capítulo del Código Penal en torno a los delitos contra la integridad sexual de las personas, entre los que se incluyeron las violaciones y los abusos sexuales. Un cambio relevante refirió a la modificación del bien tutelado: anteriormente eran considerados “delitos contra la honestidad”, y ahora se los define como delitos contra la integridad sexual de las personas. Entre las figuras penales se incluyen:

- **El abuso sexual simple:** que refiere a actos como manoseos o contacto con los genitales que no implican una penetración.
- **El abuso sexual con acceso carnal** (anteriormente denominado violación): se incluyó el acceso carnal por cualquier vía; es decir, no sólo vaginal, sino también anal y el sexo oral.
- **El abuso sexual gravemente ultrajante:** prácticas que, aunque no sean de penetración, son gravemente ultrajantes para la víctima, como la penetración con objetos, la obligación de masturbarse o de masturbar al agresor y otros actos no consentidos.

Asimismo, para los dos últimos supuestos se incluyó una serie de agravantes que aumentan la escala penal, incluyendo si el hecho fuera cometido contra una persona menor de 18 años, “si resultare en un grave daño en la salud física o mental de la víctima”, entre otros.

El protocolo se encuadra dentro del marco legal de la mencionada Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada en Argentina por la ley N° 26.378 (año 2008) y demás Tratados Internacionales de Derechos Humanos con rango constitucional reconocidos por la reforma de la Carta Magna de 1994. Asimismo, se fundamenta en el Código Civil y Comercial de la Nación, la Ley provincial N° 14.580 que adhiere a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario; en La ley provincial N° 13.066 que adhiere a la Ley Nacional N° 25.673 que da origen al actual Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva; la Ley Nacional de identidad de Género N° 26.743, Ley Nacional N° 26.485 de Protección Integral Contra la Violencia hacia las Mujeres, Ley Nacional N° 26.659 de los Derechos del Paciente y la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo N° 27.610.

Estado de situación

Actualmente el establecimiento se encuentra atravesando un proceso de transformación de los servicios y del modelo de atención, acordes a la Ley Nacional de Salud Mental. Esto refiere a la ampliación de los equipos de sala de forma interdisciplinaria. Y más recientemente el plan de adecuación del hospital, cuyo proceso está en marcha. En ese sentido, a partir del 2017 se incluyó en el sector de Rehabilitación las disciplinas de acompañamiento te-

rapéutico y trabajo social, lo que favoreció un proceso de transformación en las prácticas de salud mental.

Más allá de esos procesos iniciados donde se visibilizan y problematizan los abordajes, a continuación, y a partir del trabajo de la Comisión que viene realizando hace más de cuatro años, se identificaron situaciones y prácticas que vulneran los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos de las/os usuarias/os. Esto en función de condiciones estructurales y prácticas que vulneran los derechos de las personas internadas que se detallan a continuación.

La vida cotidiana en las salas transcurre siempre delante de los demás: dormir, vestirse, ducharse, masturbarse. Se observa la falta de espacios que garanticen la privacidad e intimidad de los/as usuarias/os. Si bien en la actualidad algunas de las salas han sido refaccionadas y cuentan con habitaciones, otras continúan en las mismas condiciones en las que han estado siempre. Las camas se encuentran una al lado de la otra, no existen espacios de privacidad para el encuentro con otras/os, ni tampoco para prácticas de auto placer. Los baños también son espacios comunes, con varios gabinetes para retretes y duchas; hasta hace poco tiempo algunos no tenían puertas, ni cortinas de baño, ni espejos. Ducharse y vestirse suele ocurrir frente a los baños o en las camas, es decir, las/os usuarias/os suelen estar desnudos/as ante la vista de cualquier persona y se los suelen bañar en tandas para cumplir con las normas de aseo, haciendo de un hábito de higiene y cuidado del cuerpo, una actividad que las/os expone sin contemplar su derecho a la intimidad.

En cuanto a situaciones de violencia sexual que ocurren entre usuarias/os, se han problematizado aquellos abordajes que se basan en (o se reducen a) el uso de psicofármacos, ubicando como fundamental la necesidad de alojar la complejidad de la situación ocurrida y de apostar a estrategias interdisciplinarias, integrales y que contemplen la singularidad de los sujetos y el entramado contextual. La presentación de situaciones ocurridas en salas ante esta comisión ha permitido visibilizar como, en ocasiones, la “excitación sexual” es leída de forma lineal como un síntoma de descompensación del diagnóstico clínico o un problema que debe ser resuelto, proponiendo como principal intervención el uso de fármacos con efectos sedativos.

Cabe precisar que los psicofármacos son drogas que actúan y ejercen su función esencialmente en el sistema nervioso central, con efectos sobre el comportamiento, las cogniciones, las percepciones y el pensamiento (Gargoloff P D, 2018), impactando, claro está, en las relaciones que una persona tiene consigo misma, con las demás personas y con el mundo. Una perspectiva integral y amplia de la sexualidad obliga a ubicar que cualquier intervención que tienda a modificar dichas di-

mensiones tendrá un impacto potencial en la sexualidad de las personas.

Los psicofármacos pueden impactar considerablemente sobre las subjetividades y dificultar gravemente la capacidad de tomar decisiones sobre la propia vida, máxime cuando se naturaliza el uso crónico de esquemas psicofarmacológicos que demuestran un franco desfase entre la evidencia científica y la práctica. Para la afirmación anterior debiera alcanzar la realidad que no es ni más ni menos que las personas usuarias de los servicios de salud mental (Basaglia, 1967), los esquemas indicados en ellas, lo escrito en sus historias clínicas, sus decires, sus sentires. Pero lo cierto es que no alcanza, por ello se hace necesario dar mayor delimitación al problema.

En evaluaciones ex-ante, preliminares a la puesta en marcha del Comité sobre Uso de Psicofármacos en Abordajes Terapéuticos del Hospital A. Korn (CUPAT), realizadas desde el CAPeR en articulación con organismos de Derechos Humanos se puede observar que más del 95% de las personas internadas crónicamente en la institución reciben psicofármacos. En la mayoría de los casos se observan combinaciones psicofarmacológicas, en ocasiones hasta de 6 psicofármacos diferentes. Todas las combinaciones aumentan el nivel de sedación. Es habitual el uso de antipsicóticos de forma crónica, independientemente del diagnóstico con el que se haya etiquetado a la persona que los recibe. Las benzodiazepinas se encuentran presentes en más del 70% de los esquemas evaluados. Los fármacos antiepilépticos indicados como estabilizadores u optimizadores de antipsicóticos (Ac. Valproico y carbamazepina) y sedantes como prometazina y levomepromazina también son frecuentemente utilizados crónicamente, sin haber encontrado revisiones en historias clínicas, registros de objetivos terapéuticos e independientemente de la clasificación diagnóstica realizada al ingreso. El biperideno se utiliza habitualmente de forma crónica (cuando la indicación del fármaco debe ser solo ante cuadros distónicos agudos) para contrarrestar los efectos de neurolepticos como el haloperidol, fármaco que suele ser usado en la misma persona por vía oral e intramuscular.

En la exhaustiva revisión bibliográfica publicada por la Asociación Española de Neuropsiquiatría (Inchauste Aróstegui, 2017) se ratifica la presencia de escasos estudios rigurosos acerca de la efectividad a largo plazo de los antipsicóticos y la mayoría presentan importantes problemas conceptuales y metodológicos. Está claro que no hay evidencia que avale el uso a largo plazo de antipsicóticos y las guías vigentes que recomiendan la continuidad con los antipsicóticos que fueron “eficaces” en la fase aguda no se basan en estudios científicos que hayan estudiado la efectividad más allá de dicha fase (Heimann Navarro, 2015). No hay evidencia de que las benzodiazepinas sean más efectivas que el placebo a mediano y largo plazo; por el contrario, hay evidencia de

la posibilidad de producir trastornos cognitivos. Si bien hay estudios que recomiendan cautela ante la utilización de dosis de haloperidol mayores a 7.5 mg (Cochrane, 2013), lo habitual es el uso de dosis mayores. En casi la mitad de los casos se utiliza levomepromazina (con alto efecto sedativo), en combinación con otros antipsicóticos y otros psicofármacos; no encontrándose en las historias clínicas argumentos para el sostenimiento de estos esquemas durante años. En el mismo sentido se puede nombrar la falta de revisión de las altas dosis de clozapina (y su utilización por fuera de requisitos para su indicación), la utilización de dosis de risperidona por encima de lo recomendado y en combinación con otras drogas (Cochrane, 2009).

Si se tienen en cuenta tan solo las resoluciones de autorización de psicofármacos expedidas por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), organismo oficial que tiene como función garantizar los procesos de autorización, registros, normatización, vigilancia y fiscalización de los medicamentos que se comercializan² y se analizan a la luz de esquemas farmacológicos vigentes, se puede observar que son habituales combinaciones que se basan en costumbres institucionales pero no en recomendaciones ni en evidencia científica.

Todo lo anterior cobra relevancia cuando desde los autores más clásicos de habitual consulta para muchos psiquiatras (como Mozeszowicz), autoras nacionales ocupadas más en la racionalidad al momento de la instauración de esquemas terapéuticos (como Jufe y Wikinsky), investigadores sumamente críticos de los modos en los que se genera evidencia que avala científicamente el uso de psicofármacos (como Gotszche y Whitaker) o autores de numerosos artículos que explicitan la arbitrariedad con la que se eligen esquemas psicofarmacológicos, con objetivos de control y adaptación a situaciones de encierro y sin dar a los efectos adversos la importancia que los mismos tienen sobre la vida de las personas³, en todos estos casos se deja claro que los efectos de los psicofármacos pueden ser perjudiciales para las personas que los consumen, actuando sobre todos los órganos (los efectos serán mayores sobre uno u otro sistema dependiendo del grupo de psicofármacos del que se trate).

De este modo, son múltiples las dimensiones desde las que puede y debe analizarse el efecto de los psicofármacos sobre el ejercicio libre de la sexualidad de las personas que están expuestas a los mismos, en tanto genera alteraciones en los modos de pensar, conocer, percibir,

desear y comportarse. Además, generan efectos secundarios sobre el cuerpo: rigidez, alteración de la marcha, babeo, temblores, movimientos involuntarios, incontinencia urinaria, alteraciones digestivas, disfunciones sexuales, entre otros. Todos estos elementos no pueden desconocerse desde una mirada relacional y es indudable que cada uno de ellos (y más aún la presentación simultánea) tienen efectos sobre la sexualidad de las personas. A esto se suman otros efectos como el de la hiperprolactinemia que provoca aumento del tamaño de las mamas, esterilidad en los varones, y disminución de la libido e imposibilidad de concebir hijos/as en mujeres cis⁴.

En definitiva, el encierro, las rutinas institucionales y los psicofármacos constituyen una lógica que tiende a homogeneizar a las personas, limitan la autonomía, las posibilidades de expresión de deseos, afectan la subjetividad, el reconocimiento del cuerpo y el de las otras personas. Así las prácticas se constituyen en procedimientos que no contemplan los derechos y el consentimiento de las/os usuarias/os y que se imponen y se naturalizan por el mismo mecanismo institucional.

La privación de la libertad crea condiciones propicias para que se materialice la vulneración de derechos, ya que las relaciones de poder dentro de los contextos de encierro psiquiátrico y las prácticas en salud propias del paradigma manicomial, son presupuestos que posibilitan la violencia y la violencia sexual, y que no están ligadas sólo a la propia subjetividad de quien las despliega, sino que se hacen presentes frente a un contexto habilitante.

Ejes a considerar para el abordaje

En función del estado de situación antes descrito, resulta indispensable trabajar acerca de las personas con discapacidad psicosocial como sujetos de derecho con capacidad para decidir, considerando a su sexualidad un aspecto de su personalidad, tal como lo es para las personas sin discapacidad. Por ello, resulta necesario considerar los siguientes ejes:

• El conocimiento y los cuidados del cuerpo

El conocimiento del cuerpo implica dar cuenta de la diversidad, la posibilidad de identificación de las diversidades corporales de las personas como aspectos propios del ser humano que hacen a cada persona única e irrepetible. Requiere identificar todas las partes del cuerpo; específicamente los genitales externos e internos, así como poder reconocer su anatomía y sus funciones, en su dimensión biológica en articulación con las dimensiones sociales, afectivas, psicológicas eróticas y éticas que los constituyen.

² Disposiciones N° 2967-11, N° 1083-15, N° 7358-11, N° 5142-14, N° 2894-15, N° 5446-14, N° 0390-11, N° 1614-12, N° 0986-12, N° 2066-11, N° 1055-17, N° 10254-16, N° 6849-13, N° 7360-13, N° 2376-12, N° 3717-15, N° 5212-13, N° 1600-16, N° 4364-13.

³ Páginas como www.madinamerica.com o <http://psychrights.org>

⁴ Mujeres cuya identidad de género coincide con su fenotipo sexual

De esta forma, el cuidado de la salud sexual requiere la promoción de la autonomía para incorporar hábitos relacionados con el cuidado de la salud, la higiene y seguridad personal y la de los otros/as. El conocimiento y la confianza con el propio cuerpo, así como el reconocimiento del cuerpo del/a otro/a como sujeto/a, son pilares para la construcción de encuentros consentidos y libres de violencias.

• El derecho a la intimidad y el respeto a la intimidad de las/os otras/os

Como se señaló en el apartado de Estado de situación, la institución tiene condiciones estructurales que violan el derecho a la intimidad de las personas internadas, donde en algunas salas se encuentran habitaciones con divisiones entre camas y otras son un gran espacio en común. Asimismo, no se cuenta con espacios de encuentro o para estar solo/a. Claramente estas situaciones hacen que las posibilidades de trabajo por parte de los equipos sobre la intimidad de las personas, el cuidado del propio cuerpo y el cuerpo de los/as otros/as sean diversas, no obstante, se debe garantizar que se aborden.

El derecho a la intimidad y el respeto a la intimidad de las/os otras/os tiene vinculación con la identificación de situaciones que de no ser consentidas pueden configurar en acciones de acoso sexual, abuso y violencia sexual. Es importante como equipos de salud poder distinguir una interacción con otra persona cuando es consensuada y cuando no lo es, y la transmisión clara a los/ las usuarias de poder decir “no” frente a una interacción no consensuada.

Este abordaje implica generar una relación de confianza, no juzgarlos/as por sus comportamientos anteriores, sus parejas sexuales, su ropa, sus manifestaciones u otras acciones, para no dar por sentado un consentimiento respecto a una relación sexual.

El silencio de la persona no implica una manifestación de la voluntad. En cambio, se deberá buscar la afirmación expresa, para lo cual hay que respetar el tiempo que tiene cada uno/a para poder manifestarse acerca de lo ocurrido, en caso de que se sospeche que una relación no fue consentida. Tampoco alcanza con un consentimiento que se dé por una sola vez, sino que debe presentarse en cada acto. No deberá presumirse frente a ninguna situación, sino que siempre deberá ser buscado. Estas consideraciones deben tenerse en cuenta a la hora de entrevistar a la persona, como así también al interior de los equipos.

• El consentimiento informado

El derecho humano a la salud conlleva la libertad de cuidar la propia salud, el propio cuerpo y el derecho a no padecer injerencias, a no ser sometido/a a torturas o a tratamientos por parte de los equipos de salud no consensuados,

como así también el derecho de acceder a un sistema de salud respetuoso de esas libertades. El consentimiento informado es un elemento fundamental del derecho a la salud y consiste en “una decisión previa de aceptar o someterse a un acto médico en sentido amplio, obtenida de manera libre, es decir sin amenazas ni coerción, inducción o alicientes impropios, manifestada con posterioridad a la obtención de información adecuada, completa, fidedigna, comprensible y accesible, siempre que esta información haya sido realmente comprendida, lo que permitirá el consentimiento pleno del individuo. Esta regla no sólo consiste en un acto de aceptación, sino en el resultado de un proceso en el cual deben cumplirse los siguientes elementos para que sea considerado válido, a saber que sea previo, libre, pleno e informado”⁵. Es decir, no es la mera aceptación de una intervención del equipo de salud, sino una decisión voluntaria y suficientemente informada sobre la naturaleza, las consecuencias, los beneficios y los riesgos del tratamiento, así como sobre los daños que conlleva y las alternativas existentes, en virtud de la cual se protege el 2° derecho del paciente a participar en la adopción de las decisiones médicas⁶. El consentimiento informado incluye tanto la aceptación, como también el rechazo por parte de una persona de un 3° procedimiento terapéutico una vez que esta ha sido adecuadamente informada⁷. El ejercicio de la autonomía implica respetar la capacidad de cada persona de adoptar conductas favorables para su salud basadas en información que le permita reconocer los beneficios de la propuesta formulada, en tanto sólo las personas usuarias pueden decidir si los beneficios que le proporciona un tratamiento o procedimiento propuesto compensan los riesgos y molestias que pueda sufrir.

Estrategias de abordaje

A continuación, se proponen estrategias de abordaje que deben entenderse como una herramienta flexible, que comprende diferentes momentos de actuación. En este sentido, habrá acciones que el equipo de salud deberá realizar en distinto orden según la evaluación de cada situación.

¿Qué hacer ante una situación de violencia sexual entre usuarios/as?

Se distinguen tres momentos principales para el abordaje:

1. Detección, escucha y entrevista
2. Obligaciones legales y denuncia.
3. Seguimiento y articulación.

⁵ Corte IDH. Caso Poblete Vilchez Vs Chile. Parr 161

⁶ OACNUDH. Informe Salud Mental y Derechos Humanos. 2017

⁷ CCyC de la Nación Comentado Pág. 143

En todas las instancias se requiere contemplar el trabajo realizado o a realizar en articulación con el Equipo de la Consejería en Salud Sexual y Derechos Humanos del área de salud mental del hospital.

1. Detección, escucha y entrevista

• Elementos para la detección de una situación de violencia sexual

En este apartado presentamos algunas manifestaciones que permitirán que el equipo de salud identifique más claramente la presunción de situaciones de violencia sexual hacia usuarios/as. Se utiliza el término señal entendiendo que la misma sirve para aportar información relevante y significativa sobre la posibilidad de ocurrencia de una situación. Estas manifestaciones no conforman por sí solas un diagnóstico de violencia sexual, sino que dan lugar a establecer firmes sospechas, analizando su presencia según la particularidad de cada situación y en el contexto en que se presentan. En muchos casos, es posible observar en los/as usuarios/as la presencia de cambios conductuales, emocionales y/o que no pueden ser explicados por las personas cercanas (enfermeras/os, acompañantes terapéuticos, médicas/os, etc.).

La revelación por parte del/la usuario/a de haber sido objeto de violencia sexual es un indicador altamente específico

• Indicadores físicos a tener en cuenta:

La evaluación de los indicadores físicos debe realizarse de acuerdo a la situación, partiendo de considerar que la revisión no debe hacerse más de una vez. Así también, se debe analizar la urgencia (o no) del examen físico. Para ello, en determinadas situaciones se requiere acordar intra e interinstitucionalmente en qué sector del hospital se realizará dicha evaluación.

Como indicadores físicos a considerar, tener en cuenta:

- Marcas de dientes u otros signos traumáticos como laceraciones o equimosis en vulva, espalda, muslos y brazos.
- Sangrado de vagina y/o ano.
- Dolor en región gineoanal.

Más allá de las incumbencias médico legales específicas, si existen otros signos de traumatismo genital y/o anales identificados en el marco de la revisión/consulta, deberán asentarse con el mayor detalle posible en la historia clínica

• Sobre la escucha

El primer momento de escucha se presenta cuando la persona que atravesó una situación de violencia sexual o quien la presencié, manifiesta el hecho ocurrido a un/a trabajador/a del establecimiento de salud, quien tiene la obligación de realizar esta escucha de forma atenta y respetuosa.

Al momento de la escucha, resulta fundamental tener en cuenta el estado emocional de la persona. Observar sus silencios- sin que esto implique desatención- y dar lugar a la expresión del/a usuario/a, respetando lo manifestado verbal, gestual, corporalmente o por cualquier otro medio por el que se manifieste. Debe procurar no ser invasiva/o y ser cuidadosa/o en la formulación de preguntas para no inducir respuestas en el relato o testimonio del usuario/a. Es importante a su vez, no condicionar la escucha en base al diagnóstico realizado previamente sobre la persona, así como también es fundamental creer en su manifestación, sin culpabilizar, juzgar, minimizar, ni reinterpretar. La orientación sexual y/o la identidad sexual de las personas tampoco debe influir en la interpretación de la situación de violencia sexual en ningún caso.

Si la situación de violencia sexual refiere a un hecho ocurrido dentro de las 72 hs. deberá aplicarse las “Recomendaciones para la exposición no ocupacional al VIH, ITS y Hepatitis virales”, y en caso de requerirse y ser una opción de la persona usuaria, acceder a la Interrupción Legal del Embarazo acompañando a la persona al área clínica quirúrgica para tal fin.

Una vez realizada la primera escucha, debe darse de forma inmediata intervención al equipo que trabaja en el cotidiano con el/a usuario/a. Asimismo, se debe informar al/a usuario/a que se va a poner en conocimiento al equipo de la sala con el fin de armar una estrategia que permita resguardar tanto su salud, como los demás derechos de las personas (se amplía este punto en el apartado “entrevista”).

Reunión con el equipo de salud

Habiendo tomado conocimiento de la situación de violencia sexual, se deberá comunicar al equipo de salud para reunirse a la mayor brevedad, con el propósito de definir interdisciplinariamente el abordaje a realizar. En ese marco, se debe evaluar quién o quiénes son las personas más adecuadas para realizar la entrevista con el/a usuario/a, para ampliar la información sobre la situación y resolver cuestiones urgentes. Es importante preguntarle

a el/la usuario/a por aquellas personas que la/o conocen y son de su confianza para tenerlas en cuenta durante el abordaje del caso, ya que es fundamental en estas situaciones que la persona usuaria se sienta cómoda para manifestarse. Asimismo, la persona tiene derecho a elegir si quiere estar acompañada por alguien de su confianza, por fuera del equipo durante todo el proceso.

Entre las cuestiones a contemplar, se requiere evaluar la pertinencia de la presencia de uno o más profesionales. En esta línea, debe promoverse que la atención esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por distintos/as profesionales, técnicos/as y otros/as trabajadores/as capacitados/as, incluyendo las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional, acompañantes terapéuticos/as y otras disciplinas o campos pertinentes.

• Entrevistas

Se deberá realizar la entrevista individualmente a todas las personas involucradas, sea como parte del hecho o como testigos de lo ocurrido.

Inicialmente, la atención en una entrevista requiere generar un espacio de encuentro personal, en un ambiente de privacidad y sin interrupciones, informando a la persona que se mantendrá la confidencialidad de lo conversado.

Durante la entrevista, se deberá tener en cuenta la singularidad de la persona y de la situación. Ello requiere contemplar no sólo la dimensión biológica, sino también las dimensiones psicológica, afectiva, social y cultural, entre otras, que constituyen la sexualidad.

En este sentido, es importante sostener una escucha atenta, dando cuenta de las circunstancias y condiciones propias del contexto institucional, los procesos sociales y culturales vivenciados y que actualmente atraviesan a la persona, sus vínculos afectivos, sus deseos y temores.

Resulta fundamental sostener un diálogo abierto, generando espacios para la expresión de preguntas, dudas e inquietudes, en un lenguaje claro, sencillo y apropiado para facilitar la comunicación. Del mismo modo se deberá consultar la forma en que cada persona nombra sus genitales, para respetar la vivencia personal de su cuerpo.

La escucha implica observar la comunicación verbal, pero también la no verbal; escuchar no sólo lo que se dice, sino también cómo se dice y no dar lugar a supuestos. En el proceso de atención se requiere sostener el principio de autonomía. El desarrollo de los pasos a seguir debe ser con el acuerdo y consentimiento de la persona en todo momento. Es decir, que se debe promover la autonomía de las personas, a través de decisiones plenamente informadas. En ningún caso las decisiones se deben tomar en forma unilateral.

Las/os trabajadoras/es de los equipos intervinientes deben respetar el nombre y el género enunciados por la persona, aunque difieran de los consignados en el DNI. Esto debe respetarse también en todos los instrumentos de registro de las instituciones⁸.

En la entrevista con la persona que atravesó la situación de violencia sexual, y en cada intervención, cuando se la convoque a manifestar lo ocurrido, existen riesgos inherentes en términos de revictimización, que deben ser previstos para evitar reproducir de esta manera las condiciones materiales o simbólicas de la situación atravesada. Para evitar esto, es importante llevar adelante un proceso de escucha activa, respetando los tiempos de la persona para que cuente lo sucedido. En ese tránsito, se deberá evitar que reitere lo que le pasó. Para ello será fundamental la articulación intra e interinstitucional. Asimismo, es fundamental que la o las entrevistas, se realicen necesariamente por un/a integrante del equipo que tenga contacto habitual y un vínculo positivo con el/la usuario/a, evaluando también la pertinencia de su participación teniendo en cuenta su género en relación con el de la persona que atravesó la situación de violencia sexual.

• Las personas deben ser informadas de manera adecuada y comprensible sobre los derechos que las asisten como lo estipula la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y el marco legal vigente.

• Se deben registrar en la Historia Clínica, todos los datos en los términos que fueron dichos.

En la entrevista con la persona que ejerció violencia sexual, deberá contar con la participación del integrante del equipo con quien tenga contacto habitual y tenga un vínculo positivo. En este caso se debe trabajar con el/a usuario/a, teniendo en cuenta aspectos como la responsabilidad legal y subjetiva del hecho ocurrido. Esto implica analizar lo sucedido desde la posición del/a usuario/a teniendo en cuenta los distintos factores y circunstancias (experiencias de vida, años de internación y otros factores sociales) en las cuales la persona pueda problematizar el hecho. En contextos de encierro, se debe tener en cuenta que en muchas ocasiones, aquellas personas que ejercieron violencia sexual, también han sido víctimas de violencia institucional y en su historia de vida.

De acuerdo a la situación, se requerirá concientizar sobre las consecuencias de sus acciones y los efectos producidos en las personas que sufrieron violencia sexual.

A la vez se debe informar a la persona sobre las consecuencias legales de sus acciones y los pasos a seguir (denuncia del hecho, informe al juzgado, etc.).

⁸ Artículo 12 de la Ley de Identidad de Género N° 26.743

2. Obligaciones legales y denuncia

Luego del espacio de escucha, deberá iniciarse un proceso para evaluar la posibilidad de realizar una denuncia en relación a los hechos de violencia.

• Consideraciones sobre la denuncia

Debe tenerse en cuenta que la denuncia de los hechos de violencia sexual es, ante todo, un derecho de la persona y este derecho debe ser respetado con independencia de si la persona cuenta con restricciones totales o parciales a su capacidad jurídica. En este sentido, el artículo 24 de la Ley N° 26.485 dispone que, en los casos de violencia sexual, la persona que la haya atravesado es la única legitimada para hacer la denuncia. Esta regla aplica con igual fuerza al resto de las personas, con o sin discapacidad.

Es por eso que la primera acción que debe tomar el/la profesional o los equipos de salud una vez que toman conocimiento del hecho de violencia sexual es informar a la persona sobre su derecho a realizar la denuncia (o negarse a hacerlo) por sí misma e iniciar un proceso de acompañamiento en el marco de la cual la persona decidirá si realizarla o no. Durante este proceso, es importante que el equipo respete la confidencialidad de la persona que atravesó el hecho de violencia, le brinde información sobre cómo es el proceso de denuncia y cuáles son sus implicancias (qué ocurrirá durante la toma de la denuncia y con posterioridad, entre otros puntos) y le facilite los apoyos y ajustes razonables que solicite para tomar una decisión. Además, se deben respetar los tiempos que pueda necesitar la persona sin apresurarla a hacerlo.

Desde los equipos de salud se podrá recurrir tanto a la Consejería en Salud Sexual y Derechos Humanos, existente en el área de la Dirección Asociada de Salud Mental, como también a la Comisión de Salud Sexual Libre de Violencias. En estos espacios podrán encontrar asesoramiento sobre cómo brindar un abordaje integral.

En relación al deber de denunciar en cabeza de los equipos de salud, este deber debe cumplirse dentro de los límites establecidos por la legislación argentina y de un modo plenamente respetuoso del derecho de la propia persona usuaria a realizar la denuncia. En este sentido, debe tenerse en cuenta que, a la luz del artículo 72 del Código Penal de la Nación, el deber de los equipos de salud de denunciar situaciones de violencia sexual sólo alcanza a aquellas cometidas contra personas que han sido declaradas incapaces por sentencia judicial.

Si la persona no ha sido declarada incapaz por sentencia judicial o si sólo cuenta con una sentencia de restricción parcial de su capacidad jurídica, el/la profesional o los equipos de salud intervinientes NO deben realizar la denuncia penal de los actos de violencia sexual de los que tengan conocimiento. En estos casos, la información que el/la profesional o los equipos de salud obtengan está amparada por el deber de confidencialidad propio de la relación médico-paciente (art. 2 inc. “d” de la Ley N° 26.529) y la obligación de guardar el secreto profesional (art. 156 del Código Penal).

El cumplimiento de estos deberes no se ve afectado por lo dispuesto por el artículo 29 de la Ley N° 26.657, disposición que refiere: “A los efectos de garantizar los derechos humanos de las personas en su relación con los servicios de salud mental, los integrantes, profesionales y no profesionales del equipo de salud son responsables de informar al Órgano de Revisión creado por la presente ley y al juez competente, sobre cualquier sospecha de irregularidad que implicara un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento o limitación indebida de su autonomía. La sola comunicación a un superior jerárquico dentro de la institución no relevará al equipo de salud de tal responsabilidad si la situación irregular persistiera. Dicho procedimiento se podrá realizar bajo reserva de identidad y contará con las garantías debidas del resguardo a su fuente laboral y no será considerado como violación al secreto profesional. Debe promoverse la difusión y el conocimiento de los principios, derechos y garantías reconocidos y las responsabilidades establecidas en la presente ley a todos los integrantes de los equipos de salud, dentro de un lapso de NOVENTA (90) días de la sanción de la presente ley, y al momento del ingreso de cada uno de los trabajadores al sistema.”. Si bien el deber de informar previsto no equivale un deber de denunciar penalmente ni modifica las consideraciones realizadas más arriba, es importante poner en conocimiento al Órgano de Revisión Local de Salud Mental Ley N° 14.580 (ORL) sobre la situación, resguardando la privacidad de las personas involucradas.

En relación a los hechos de violencia sexual que sí están alcanzados por el deber de denunciar establecido en el artículo 72 del Código Penal de la Nación—esto es, los hechos cometidos contra personas que han sido declaradas incapaces por sentencia judicial—, como se señaló, la primera acción del/de la profesional o los equipos de salud interviniente/s debe ser siempre informar a la persona usuaria sobre su derecho a realizar la denuncia (o negarse a hacerlo) por sí misma e iniciar un proceso de acompañamiento en el marco del cual la persona decidirá si la realiza o no.

Si en el marco de este proceso la persona decide NO realizar la denuncia o si no es posible conocer su voluntad al respecto, el/la profesional o los equipos de salud interviniente/s debe/n informar al ORL que ha/n tomado

conocimiento de una situación de violencia sexual. Al informar al ORL, no se debe proporcionar detalles que no resulten indispensables para determinar los pasos a seguir, esto a fin de minimizar la afectación del derecho de la persona a la confidencialidad de la atención brindada.

Cabe destacar que esta aclaración se hace debido a que en la actualidad las salas y servicios de salud mental no cuentan, en su mayoría, con sentencias de determinación de la capacidad jurídica actualizadas conforme al marco normativo vigente.

Una vez realizada esta notificación, el/la profesional o los equipos de salud interviniente/s determinarán conjuntamente el curso de acción a seguir para cumplir con el deber de denunciar del modo que resulte menos lesivo para los derechos de la persona y para su situación de salud. Se debe dejar constancia por escrito de la notificación recibida, de las deliberaciones realizadas y de la decisión adoptada. Toda esta información debe constar en un informe que debe ser presentado a la Dirección Asociada de Salud Mental dentro de los cinco días hábiles de adoptada la decisión.

En estas deliberaciones es importante tener en cuenta las razones por las que la persona decidió no realizar la denuncia. Además, debe considerarse que la denuncia debe ser pensada en el marco de una propuesta de abordaje más amplia que contemple la autonomía de la persona que sufrió la situación de violencia como así también contemplar la historia de vida de la persona que ejerció la violencia sexual y de los condicionantes propios de una institución de encierro, desarrollados anteriormente en el “Estado de situación”.

Ya sea que la denuncia sea realizada por la persona que atravesó la situación de violencia sexual como por los equipos de salud, sugerimos tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Desarrollar el relato de la forma en la que se anotició del hecho.
- Detallar el día, hora y dónde sucedió. En la medida de lo posible, es importante consignar el relato del/a usuario/a de la misma forma en la que él / ella lo hizo, textualmente. En caso de que tenga dificultades para expresarlo, debe dejarse constancia de cómo lo expresó (señas, etc.) y ante quién lo hizo. En caso de que la denuncia la formule directamente el/a usuario/a, debe ser relatado en primera persona.
- Consignar si el/la usuario/a expresamente manifestó su intención de formular la denuncia.

- Consignar los/as integrantes del equipo de salud que se encontraban presentes al momento que sucedió el hecho, según los registros de la sala.

Detallar cómo se intervino en relación al/a usuario/a, si se derivó al hospital general, y se actuó a partir de las “Recomendaciones para la exposición no ocupacional al VIH, ITS y Hepatitis virales”, si se dio intervención a la Consejería en Salud Sexual y Derechos Humanos o bien se realizó alguna derivación intra o extrahospitalaria, etc. También debe describirse el proceso de acompañamiento al/a la usuario/a que se implementó para asistirle en la toma de la decisión de realizar la denuncia o no hacerlo.

• Registro y archivo de las denuncias

En la HC se deberá registrar que se hizo una denuncia, consignando la fecha, la fiscalía y el juzgado de turno. No es necesario consignar el nombre y cargo de quien hizo la denuncia.

Una copia de la denuncia deberá ser entregada a la oficina pericial

Luego de realizar la denuncia se remitirá un informe a los juzgados intervinientes de las personas involucradas en el hecho a los efectos de que tomen conocimiento sobre lo ocurrido y se acompañará una copia de la denuncia.

3. Seguimiento y articulación

Es de suma importancia realizar el seguimiento de las estrategias iniciadas en función de las particularidades de cada situación. El seguimiento debe hacerse desde una mirada integral, contemplando la atención dentro del hospital, como desde otras instituciones y organizaciones de la sociedad civil; como así también, la situación legal, el estado general del/la usuario/a, entre otras.

Se debe generar un espacio de reflexión sobre las propias prácticas del equipo de la sala. Contemplar las circunstancias en las cuales se desarrolló el hecho de violencia sexual, las condiciones habilitantes, como la organización de los espacios, de las tareas, de los apoyos requeridos e incluso las concepciones sobre la sexualidad que prevalecen. De considerarlo necesario, el equipo puede acudir a la Comisión de Salud Sexual Libre de Violencias.

En paralelo, se debe asignar un equipo y/o persona de referencia para las/os usuarias/os que las/os acompañen a lo largo de todo el proceso de abordaje.

La complejidad que revisten las situaciones de violencia sexual requiere que su abordaje sea realizado de manera interdisciplinaria e integral. Para ello, es importante promover la participación y referencia de los distintos servicios correspondientes dentro de la propia institución o de otros servicios de la red sanitaria u organismos con competencia para cubrir las necesidades de salud tanto

físicas, psicológicas como sociales de la persona que ha sufrido un abuso, como así también garantizar que se dé respuesta a otras necesidades y derechos que requiera, pensando el abordaje en términos de corresponsabilidad y de articulación intra e interinstitucional.

Se deberán desarrollar estrategias de acompañamiento y seguimiento para mejorar la salud de las/os usuarias/os implicadas/os (tanto de la persona que atravesó la situación de violencia como de quien la ejerció). Estas pueden ser:

- Propiciar vínculos que promuevan la salud y el bienestar del/a usuario/a. Tener en cuenta para ello, los vínculos afectivos creados dentro y fuera del hospital, incluyendo aquellos con determinados/as trabajadores/as. La elección de el/la referente afectivo/a deberá ser realizada libremente por el/la usuario/a.

- Fomentar actividades de expresión, sean artísticas, sociales, culturales, y/o deportivas.

- Garantizar, según la situación lo requiera, un abordaje psicológico y/o social más focalizado.

Se debe tener en cuenta la opción de trasladar a la persona que ejerció la violencia sexual a otra sala, pero sólo como una instancia posible, que en sí misma no implica una solución, sino una alternativa de acción para resguardar a la víctima. En cualquier situación, puede ser una acción a realizar (o no) en el marco de una propuesta general de abordaje. En caso de acordar el traslado a otra sala en estos términos, tener en cuenta que:

El traslado debe realizarse en diálogo con el equipo de la sala que lo/a recibe.

Es importante garantizar, si lo hubiere, la continuidad de su tratamiento psicológico con el/a profesional tratante al momento, en tanto se evalúe como positivo para su proceso general. De la misma forma que, en caso contrario, debe evaluarse la posibilidad de cambio del/a profesional.

Normativa Provincial

Ley 14738 (2015) de creación del Programa que garantiza las políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la Salud Reproductiva y la Procreación Responsable y crea consejerías (2015) Disponible on line <https://normas.gba.gob.ar/documentos/B7M7aUR0.html>

Ley 14580 (2014) de adhesión de la Ley Nacional del Derecho a la Protección de la Salud Mental Nro 26.657. Disponible on line en https://www.mpba.gov.ar/files/documentos/Ley_14.580_Adhiere_LNSM.pdf

Ley 12569 (2001) y su modificatoria Ley 14505 (2013) de Protección de la Violencia Familiar. Disponible en http://www.sajj.gob.ar/14509-local-buenos-aires-modificatoria-ley-12569-ley-violencia-familiar-lp_b0014509-2012-11-29/123456789-0abc-defg-905-4100bvorpyel?

Normativa Nacional

Ley 25673 (2002) de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Disponible on line en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/79831/norma.htm>

Ley 26485 (2009) de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Disponible on line en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>

Ley 26.657 (2010) Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disponible on line en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Ley 26.529 (2009) Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Disponible on line en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>

Ley 26743 (2012) Ley de Identidad de Género. Disponible on line en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>

Código Penal Argentino, Título III, Delitos contra la integridad sexual (1999) Disponible on line en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm#17>

Código Civil y Comercial (2015). Disponible on line en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/norma.htm>

Ley 27610 (2020) Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. Disponible on line en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=346231>

Normativa internacional

Ley 26.378 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2008). Disponible on line en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141317/norma.htm>

Bibliografía

GARGOLOFF, P. D. (2018) Psicofarmacología Clínica. Orientaciones para trabajadores de la salud mental. En De Batista J (coord.). Aportes interdisciplinarios en psicopatología. Tomo 1, octava parte.

BASAGLIA, F. (1967). ¿Qué es la psiquiatría? Recuperado en: https://antipsiquiatridg.files.wordpress.com/2014/10/basaglia_quc3a9-es-la-psiuiatrc3ada.pdf

HEIMANN NAVARRA, C. (2015). Antipsicóticos en Esquizofrenia. Revisión de Guías Internacionales actuales. Rev. Asoc. Esp. Neurops; 35 (125), 79-91

INCHAUSPE ARÓSTEGUI, J. y VALVER DE EIZAGUIRRE, M. (2017). El uso de antipsicóticos en la psicosis. Alcance, limitaciones y alternativas. En: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid. Cuadernos técnicos. 18

anexo 3

Texto de disposición para la creación del comite sobre uso de psicofármacos en los abordajes terapeuticos

La Plata, diciembre de 2017.-

VISTO,

Las leyes 26.657 y 14.580,

CONSIDERANDO,

Que la Ley 27.044 ha otorgado jerarquía constitucional a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y, en dicho marco normativo, el artículo 25 inc. (d) establece que los profesionales de la salud deben prestar un servicio de calidad que garantice el consentimiento libre e informado; la dignidad; autonomía y necesidades de la persona con discapacidad;

Que el artículo 4 inc. (1) de la Convención Americana sobre Derechos Humanos dispone que toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Que, asimismo, el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos reconoce el derecho a toda persona de gozar un nivel de vida adecuado que le asegure, entre otros aspectos, la salud y el bienestar;

Que el artículo 8 de la Constitución de la Provincia de Buenos Aires garantiza a todos sus habitantes el acceso a la salud ya sea en sus aspectos preventivos, como asistenciales y terapéuticos.

Que con la entrada en vigencia de la Ley 14.580 -y su adhesión a la Ley 26.657- la Provincia de Buenos Aires dio marco normativo al modelo psico-social para el abordaje de las personas con padecimiento mental garantizándoles, entre otros aspectos, el derecho a gozar de un tratamiento terapéutico interdisciplinario que sea respetuoso de sus derechos humanos;

Que el artículo 6 de la Ley 26.657, en concordancia con el artículo 1 de la Ley 14.580, ordena a los servicios y efectores de salud públicos y privados de la Provincia de Buenos Aires adecuar sus estructuras internas siguiendo los lineamientos convencionales, constitucionales y legales vigentes. Que, asimismo, el artículo 8 de la Ley 26.657 promueve que los tratamientos psico-farma-

cológicos se realicen a través de abordajes interdisciplinarios que incluyan miradas desde la psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería y terapia ocupacional;

Que, conforme establece el artículo 7 inc. (n) del marco normativo señalado, las personas usuarias del servicio de salud mental tienen derecho a que su padecimiento no sea considerado como un estado inmodificable. Por ello, los profesionales tratantes solo podrán suministrar medicamentos a las personas usuarias en el marco de un plan terapéutico; prohibiéndose su uso para fines de castigo; conveniencia de terceros o para suplir la ausencia de otras herramientas terapéuticas;

Que en el marco de la causa Nro. 27.653, el Juzgado en lo Contencioso Administrativo Nro. 3 del Depto. Jud. La Plata ordenó la creación de una mesa de trabajo permanente para proceder a la reforma estructural del Hospital Alejandro Korn, de forma tal que satisfaga los estándares convencionales, constitucionales y legales vigentes;

Que, a través del intercambio permanente en el ámbito de las mesas de trabajo, las partes que la integran coincidieron en la necesidad de readecuar los esquemas terapéuticos de las personas internadas en el hospital en base a los lineamientos del modelo psico-social. Para ello, la mesa de trabajo permanente propuso la creación de un Comité interdisciplinario e intersectorial para el abordaje de los esquemas terapéuticos hoy en día aplicados a las personas internadas;

Que los Estados firmantes de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se han comprometido a tomar todas las medidas, incluyendo las administrativas, que permitan eliminar prácticas y costumbres que lesionen los derechos de las personas con discapacidad.

Que la presente disposición se toma en ejercicio de las facultades conferidas por los Decretos 4790/72 y 655/16.

Por las razones expuestas,

LA DIRECCIÓN EJECUTIVA DEL HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS Y CRONICOS DR. ALEJANDRO KORN DISPONE:

ARTICULO 1°: Créase el “Comité sobre Uso de Psicofármacos en los Abordajes Terapéuticos” (en adelante el Comité) bajo la órbita de la Dirección Ejecutiva del Hospital del Hospital General Interzonal Dr. Alejandro Korn

ARTICULO 2°: El Comité tendrá como funciones (i.) elaborar lineamientos técnico/institucionales para definir el uso de la medicación desde una perspectiva de abordaje interdisciplinario; (ii.) analizar los planes de medicación y llevar a cabo actividades de incidencia y promoción para que los equipos tratantes revean periódicamente si los esquemas terapéuticos asignados a cada usuario se ajustan a sus necesidades y a los estándares legales vigentes; (iii.) conformar un espacio propicio de debate multisectorial y permanente que problematice los usos de la medicación en contextos manicomiales; (iv.) generar instancias de capacitación para todo el cuerpo de trabajadores del Hospital y (v.) cumplir tareas de consultoría para los casos que se presenten en el Hospital.

ARTICULO 3°: Conformación: El Comité se conformará con catorce miembros titulares y catorce suplentes, de forma multidisciplinaria e intersectorial respetando el siguiente criterio: (i.) una persona en representación de las personas usuarias del servicio de salud mental; (ii.) una en representación de la Dirección Asociada en Salud Mental; (iii.) una por la Dirección Asociada de Areas Técnicas y Programáticas (iv.) dos por el Servicio de Psicología; (v.) dos psiquiatras; (vi.) una en representación del Servicio de Clínica médica; (vii.) un representante del Servicio Social; (viii.) una persona en representación del equipo de Acompañantes Terapéuticos; (ix.) un representante por el área de Docencia e Investigación; (x.) una en representación de organismos de Derechos Humanos; (xi.) una en representación de las asociaciones de la sociedad civil y (xii.) una por el Órgano de Revisión Provincial de la Ley de Salud Mental.

ARTICULO 4°: Períodos de mandato: Cada miembro titular y suplente del Comité durará dos años en su función con posibilidad de renovar por dos años más. En lo que respecta a las direcciones que forman parte del Hospital, sus representantes serán sustituidos cuando hubieren cumplido su mandato. En cuanto a las organizaciones de derechos humanos y de la sociedad civil, una vez cumplido su mandato deberán ser reemplazadas por otras organizaciones que compartan los mismos fines estatutarios.

ARTICULO 5°: Convocatorias ordinarias y extraordinarias: El Comité se reunirá de forma quincenal los primeros y terceros lunes de cada mes, a las 10.00 hs. en el ámbito de la Dirección Asociada en Salud Mental. Podrá ser convocado de forma extraordinaria cuando se encuentre en riesgo la vida de una persona usuaria y sea recomendable su intervención. En dicho caso, la convocatoria podrá ser solicitada por cualquier persona interesada y dirigida a cualquiera de los miembros del Comité. En caso de duda, resolverá el presidente del Comité.

ARTICULO 6°: Criterios de selección para los miembros del Comité: La Dirección Ejecutiva y la Dirección Asociada en Salud Mental propondrán a los miembros para la primera conformación del Comité, quienes deberán acreditar: (i.) Trayectoria en el ámbito de su especialidad; (ii.) Conocimiento y compromiso en materia de derechos humanos; (iii.) Perfil interdisciplinario; (iv.) Avals de instituciones afines al abordaje psico-social para el tratamiento de las personas con padecimiento mental;

Los mismos requisitos deberán reunir los representantes que vayan a sustituir a cualquier miembro del Comité por haberse cumplido su mandato, o por mediar renuncia o remoción del cargo.

ARTICULO 7°: El Comité podrá trabajar en coordinación con la Comisión sobre Violencia Institucional y la Comisión sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, siempre y cuando sea dentro del marco de las funciones que se le asignan.

ARTICULO 8°: Designación de autoridades y reglamento interno: En su primera reunión, los miembros del Comité dictarán su reglamento interno y designarán a un presidente y un secretario de actas.

ARTICULO 9°: Registro y rendición de cuentas: El Comité deberá contar con un registro de actas por cada reunión celebrada. Asimismo, deberá publicar un informe anual de rendición de cuentas sobre la actividad realizada.

ARTICULO 10°: El Comité podrá publicar investigaciones, artículos y todo trabajo académico o de incidencia siempre y cuando se respete el derecho a la intimidad de las personas usuarias.

ARTICULO 11°: Registrar. Publicar. Una vez cumplido, archivar.

DISPOSICION NRO.

anexo 4



Lineamientos del HMR para la elaboración de un instrumento de consentimiento informado y planificación anticipada de decisiones - “El llamado a reducir la coacción en los tratamientos de salud”.

Hospital Dr. Alejandro Korn de Melchor Romero Instrumento de consentimiento informado

Nombre completo de el/la usuario/a:
 DNI:
 H.C:
 Fecha: Lee: Escribe:

Leer a el/la usuario/a

Este documento contiene una explicación clara y precisa dada por los/las profesionales del equipo interdisciplinario del ámbito sanitario en relación al estado de salud, las terapias propuestas, los objetivos perseguidos, los beneficios esperados de la realización de dichas terapias, los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles, la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto, las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados y la aceptación total o parcial de las propuestas o su rechazo. En el caso de que la propuesta incluya la internación se le hace saber que durante la misma tendrá derecho a estar acompañada o recibir visitas de familiares, personas allegadas o amigas, salvo que el equipo tratante manifieste lo contrario, decisión que deberá ser debidamente fundada y asentada en la historia clínica con expresión de los motivos de la misma. La decisión deberá ser revisada en un plazo no mayor a 24 hs y asentada en la historia clínica.

También se le hace saber que podrá designar a una o más personas que actúen como representantes para que tomen decisiones si en el futuro el/la usuario/a no puede hacerlo. Además podrá dejar instrucciones vinculadas a su tratamiento a través de directivas anticipadas en previsión de que en el futuro no pueda hacerlo (Formulario Anexo III).

Por último, se le informa que el consentimiento que por este acto emite el/la usuario/a para los procedimientos terapéuticos se podrá revocar en cualquier momento del tratamiento, mediante la misma modalidad por la cual fue suscripto.

El presente documento será firmado por el/la usuario/a. Solo excepcionalmente si la persona se encuentra absolutamente imposibilitada para expresar su voluntad, el consentimiento será otorgado por el representante legal, el apoyo, el cónyuge, el conviviente, curador, pariente, o allegado que acompañe al usuario/a, siempre y cuando medie una situación de emergencia con riesgo cierto e inminente de un mal grave para su vida o su salud. En estos casos deberá considerarse si la persona dejó directivas anticipadas designando a alguien o expresando instrucciones. En ausencia de ellos o de instrucciones previas, los profesionales actuarán con prescindencia del consentimiento (artículo 59 del Código Civil y Comercial).

Las internaciones involuntarias sólo podrán realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente de entidad para sí o para terceros (artículo 20 de la LNSM y 41 del Código Civil y Comercial).

Los/as profesionales actuantes deberán justificar de modo claro los esfuerzos realizados para conocer la voluntad del usuario/a con o sin éxito. Asimismo deberán justificarlos motivos que existen para entender que hay riesgo cierto e inminente de entidad para sí o para terceros en el caso de internaciones involuntarias.

El consentimiento obtenido con dolo, o el incumplimiento de la obligación de informar son pasibles de consecuencias de responsabilidad civil o penal según corresponda (artículo 19 LNSM).

Leer en caso de enfermedades irreversibles/incurables o estados terminales

Se le hace saber al usuario/a que en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, tiene el derecho a rechazar procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación a las perspectivas de mejoría, o produzcan sufrimiento desmesurado, o tengan por único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable; el derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento (art. 2 inc.e Ley 26.529)

Derecho a no recibir información

Si la persona quisiera ejercer el derecho de no recibir información al respecto de su tratamiento, ya sea en parte o en todo de los puntos que a continuación se detallan, se respetara su voluntad y no se le brindara (art. 2 inc. f Ley 26.529)

Acuerdo de tratamiento

Entre....., DNI.....
domicilio real , Historia Clínica Nº.....
en adelante el/la usuario/a, o representante por una parte; y por la otra
matrícula..... DNI;
matrícula..... DNI;
matrícula..... DNI;
en adelante el "equipo tratante", se conviene la celebración del presente acuerdo de consentimiento informado de acuerdo a lo dispuesto por la Ley Nº 26.657, Ley Nº 26.529, Ley Nº 26.742 y su decreto reglamentario Nº 1089/2012, y el Código Civil y Comercial de la Nación, sujeto a las siguientes cláusulas:

PRIMERA: El equipo tratante luego de la evaluación de el/la usuario/a pregunta si desea – no desea la persona conocer su diagnóstico situacional de la problemática de salud mental

(Tachar lo que no corresponda y fundamentar)

SEGUNDA: Según el criterio del equipo tratante se le propone para el tratamiento de su diagnóstico situacional de la problemática de Salud Mental detallado en el artículo primero, el siguiente procedimiento:

ACEPTA SI/NO Internación

ACEPTA SI/NO Medicación

ACEPTA SI/NO Atención Psicológica

ACEPTA SI/NO Acompañamiento Terapéutico

ACEPTA SI/NO Talleres

Otras observaciones

(Explicar en qué consiste el procedimiento propuesto y como se llevara a cabo. Deberá promoverse que cada cambio de esquema farmacológico, como de cualquier medida terapéutica sea en el marco de un abordaje interdisciplinario -art 12 LNSM-, deberá ser consentido por el usuario o usuaria y quedara plasmado en su HC. Si la persona tiene riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, la internación será involuntaria y se llenara el formulario de Anexo II)

Los beneficios razonables del tratamiento propuesto podrían ser
.....
....., y los objetivos terapéuticos son
.....
.....

Los riesgos del tratamiento, probables complicaciones, y secuelas podrían ser
.....
.....

(Se deberán describir las complicaciones comunes de cualquier intervención y las potencialmente serias en función del estado de salud del paciente)

Las consecuencias, los riesgos y probables complicaciones de la denegación o rechazo por parte del /la usuario/a podrían ser:

(El equipo deberá explicitar qué consecuencias podría tener el paciente si no se realiza el tratamiento propuesto)

Como alternativa a la primera opción de tratamiento el equipo ha propuesto (art 59 inc. e CCYC).....
.....
.....

TERCERA: el equipo tratante informa que cuando el/la usuario/a presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estado terminal tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de reanimación artificial o al retiro de la medida de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado.

El usuario ACEPTA SI/NO la reanimación artificial (tachar lo que no corresponda)

El usuario ACEPTA SI/NO el retiro de medidas de soporte vital (tachar lo que no corresponda)

CUARTA: El equipo tratante también informa que el/la usuario/a podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable.

El usuario ACEPTA SI/NO procedimientos de hidratación (tachar lo que no corresponda)

El usuario ACEPTA SI/NO procedimientos de alimentación (tachar lo que no corresponda)

QUINTA: El equipo informa que la persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma la interrupción del tratamiento.

SEXTA: El/la usuario/a ACEPTA SI/NO dar el consentimiento para que se le realicen los procedimientos propuestos.

SEPTIMA: En el marco de un proceso de atención de la salud dinámico, el consentimiento que por este acto emite el/ la usuario/a para los procedimientos terapéuticos propuestos se podrá revisar en cualquier momento del tratamiento.

OCTAVA: El /la usuario/a ACEPTA SI/NO que el equipo tratante obtenga fotografías, videos, o registros gráficos para difundir resultados o iconografías en Revistas Medicas y/o ámbitos científicos.

El/la usuario/a ACEPTA SI/NO dar consentimiento al equipo tratante para ser objeto de investigaciones clínicas y/o tratamientos experimentales.

NOVENA: El/ la usuario/a reconoce que ha sido acompañado por el equipo tratante en la explicación y redacción del presente consentimiento informado, que comprende su contenido, que han sido evacuadas sus dudas y que ha podido tomar una decisión respecto de los procedimientos que se realizarán.

DECIMA: El equipo tratante reconoce haber explicado la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos y alternativas del procedimiento terapéutico propuesto, se ha ofrecido a contestar cualquier pregunta y haber contestado todas las que le han hecho.

UNDECIMA: El equipo se constituye en depositario del presente consentimiento informado que incorpora a la historia clínica N°..... Asimismo por este acto se entrega completo el segundo ejemplar de un mismo tenor a

DUODECIMA: Las partes declaran que el lugar donde se llevo adelante el proceso del presente consentimiento informado es en (ciudad, hospital y sala) ubicado en calle y que el lugar de cumplimiento del presente contrato es

En prueba de conformidad con las cláusulas precedentes, siendo las horas, se formaliza el presente convenio en dos ejemplares, de igual tenor y a un solo efecto, en la Ciudad de, a los días del mes de del año

FIRMA DEL USUARIO/A:

ACLARACION:

FIRMA DEL REPRESENTANTE:

ACLARACION

(Aclarar si la firma es por directiva anticipada o por imposibilidad absoluta para manifestar su voluntad)

FIRMAS DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO INTERVINIENTE:

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

En el día de la fecha de del año, se procede a revocar el presente consentimiento informado, si la persona no se encuentra absolutamente imposibilitada para expresar su voluntad, previo a ser informado/a el/la usuario/a de las posibles consecuencias de dicho acto que son..... Se deja constancia que se procede a realizar un nuevo consentimiento informado (ART 10 Ley 26529).

FIRMA DEL USUARIO/A:

ACLARACION:

FIRMAS DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO INTERVINIENTE:

Centro de Estudios
Legales y Sociales (CELS)
www.cels.org.ar

Equipo Latinoamericano
de Justicia y Género
www.ela.org.ar

Movimiento por la Desmanicomialización
en Romero (MDR)
F: [movimientoporladesmanicomializacionenromero](https://www.facebook.com/movimientoporladesmanicomializacionenromero)

Año 2022

Edición CELS

Diseño Mariana Migueles



Esta publicación se ha elaborado con financiación del Fondo Fiduciario de la ONU para Eliminar la Violencia contra la Mujer; no obstante, las opiniones expresadas y el contenido incluido en ella no implican su adhesión o aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas.

-

Centro de Estudios Legales y Sociales
Piedras 547, 1er piso C1070AAK
Buenos Aires, Argentina.
Tel/fax: +54 11 4334-4200
e-mail: consultas@cels.org.ar
www.cels.org.ar