

INFORME ALTERNATIVO AL COMITÉ DESC

Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ), Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), Red de Salud Mental Entrelíneas, Red Nacional de Salud Mental Comunitaria y Derechos Humanos, Asociación Civil "Mejor Ando en Comunidad", Centro Integral de Salud Mental Comunitaria "La Casita", Asociación Civil Red de Usuarios, Familiares y Voluntarios por los Derechos en Salud Mental - Red FUV, Agrupación de Trabajo Social "La Roja Proyecto Colectivo", INCLUIR Instituto para la Inclusión Social y el Desarrollo Humano Asociación Civil, Fundación Cabildo Abierto Discapacidad, Hecho en Buenos Aires Empresa Social, Colegio de Profesionales de Servicio Social de Chaco, Programa de Extensión Universitaria "Derecho a la salud: VIH y padecimientos mentales. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de Universidad Nacional de La Plata, Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos, Movimiento Desmanicomializador de Romero, Asamblea Permanente de Usuarios de los Servicios de Salud Mental, Red Comunitaria Bariloche, Federación de Psicólogos de la República Argentina, Mesa Intersectorial de Salud Mental Comunitaria "Deliberadamente"

MODIFICACIONES DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA Y DERECHO A LA SALUD MENTAL¹ (art. 12 - derecho a la salud física y mental)

Cambios en el modelo de la política pública de salud

El sistema de salud pública en Argentina presenta problemáticas estructurales que obstaculizan el goce pleno del nivel más alto posible de salud física y mental, de forma homogénea en los distintos lugares del extenso territorio nacional². Algunas provincias han decretado incluso el estado de emergencia en salud debido al estado de los hospitales y la capacidad de responder a la demanda de atención³.

¹ Adhieren a este capítulo: Red de Salud Mental Entrelíneas (Provincia de Chaco); Red Nacional de Salud Mental Comunitaria y Derechos Humanos (Argentina); Asociación Civil "Mejor Ando en Comunidad" (Provincia de Chaco); Centro Integral de Salud Mental Comunitaria "La Casita" (Provincia de Chaco); Asociación Civil Red de Usuarios, Familiares y Voluntarios por los Derechos en Salud Mental - Red FUV; Agrupación de Trabajo Social "La Roja Proyecto Colectivo" (Ciudad Autónoma de Buenos Aires); INCLUIR Instituto para la Inclusión Social y el Desarrollo Humano Asociación Civil; Fundación Cabildo Abierto Discapacidad (Provincia de Chaco); Hecho en Buenos Aires Empresa Social; Colegio de Profesionales de Servicio Social de Chaco; Programa de Extensión Universitaria "Derecho a la salud: VIH y padecimientos mentales. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de Universidad Nacional de La Plata; Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos (Provincia de Córdoba); Movimiento Desmanicomializador de Romero (La Plata, Provincia de Buenos Aires); Asamblea Permanente de Usuarios de los Servicios de Salud Mental; Red Comunitaria Bariloche (Provincia de Río Negro); Federación de Psicólogos de la República Argentina; Mesa Intersectorial de Salud Mental Comunitaria "Deliberadamente" (Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires)

² Informes recientes de la oficina en Argentina de la OPS/OMS: *Indicadores básicos de salud de Argentina* (2017); *Estrategia de cooperación de la OPS/OMS con Argentina, 2017-2021* (2017); *Análisis de la distribución geográfica de los médicos especialistas en la República Argentina* (2015). Estos y otros informes sobre la situación de salud nacional disponibles en: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/index.html>

³ Salvo la declaración de emergencia del sistema de salud, vigente desde 2014 en la Provincia de Buenos Aires (la más grande del país), no hay informes oficiales actualizados que caractericen esta situación crítica, no obstante, la Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires (CICOP), ha recopilado las principales problemáticas. Un recuento de la situación emitido a julio de 2018, disponible en: <https://cicop.org.ar/prensa/el-debate-del-estado-de-los-hospitales-bonaerenses>

En este contexto crítico, es particularmente preocupante la reciente medida -el marco de un plan generalizado de ajuste económico-, por la cual el Poder Ejecutivo Nacional redujo el Ministerio de Salud al nivel de una Secretaría de Estado, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social⁴. La eficiencia que amerita ejercer el rol de rectoría de la política sanitaria nacional puede verse afectada al estar institucionalmente inserto en un ministerio con otras competencias temáticas tan diversas como huertas familiares, cooperativas sociales, asignaciones directas de ayudas sociales, etc.

En este contexto, el Poder Ejecutivo Nacional ha iniciado un proceso de reforma de su modelo histórico de política en salud⁵ que presenta varios aspectos preocupantes por el potencial impacto en las dimensiones de accesibilidad y disponibilidad que implica la concreción de este derecho. Fundamentalmente, a través de un modelo basado en la *Cobertura universal en salud* (CUS), se tiende a incrementar el nivel de intervención de entidades mixtas y privadas en la ejecución de prestaciones hasta ahora cubiertas por el sistema de salud público.

Esto implica que, a diferencia de la garantía de todo el espectro de prestaciones que alguien podría necesitar y -aún con las deficiencias del sistema- procurar de forma pública y gratuita, el Estado pasaría a garantizar un espectro más reducido de prestaciones (canasta básica) y sólo a aquellas personas que no tengan otro tipo de cobertura mixta o privada⁶. Esto podría acarrear problemas para personas con tratamientos costosos por condiciones complejas, crónicas o de por vida, así como aquellas con enfermedades poco frecuentes y/o catastróficas⁷ y en general, para las personas migrantes, hacia las cuales ya han habido iniciativas políticas que pretenden restringir su acceso a la atención en salud pública⁸.

Además del proceso de adopción de este modelo -mediante un decreto presidencial y por tanto carente de instancias de participación política y ciudadana- otro aspecto preocupante es la conformación de la entidad pública competente para determinar la inclusión y exclusión de prestaciones cubiertas por la CUS⁹, que por sus características, puede dar lugar, al menos a importantes conflictos de intereses, al poder la representación de las entidades prestadoras de servicios de salud decidir desde esa instancia lo que ellas mismas estarían obligadas a proveer o no.

⁴ Decreto presidencial 801 del 04 de septiembre de 2018. Artículo 8: - *Sustitúyese el artículo 23bis del Título V de la Ley de Ministerios.*

⁵ Mediante el decreto presidencial 908/2016, el Poder Ejecutivo Nacional crea la Cobertura Universal de Salud – CUS- dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

⁶ En Argentina existe la figura de las *Obras Sociales*, como entidades prestadoras de servicios de salud dependientes de los sindicatos, cuyo financiamiento proviene de los aportes previsionales que hacen los trabajadores en situación regular; y las entidades de aseguramiento médico privado con fines comerciales, conocidas como entidades de medicina prepaga.

⁷ Los tratamientos en salud mental están entre aquellos que, por su complejidad, diversidad disciplinaria, grado de acompañamiento y extensión temporal de las prestaciones, podría verse particularmente afectados por la existencia de una canasta básica acotada y restrictiva.

⁸ Para más información sobre la situación del acceso a los DESC de las personas migrantes en Argentina, revisar el informe específico sobre este tema.

⁹ La ley que crea la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías en Salud (AGNET) se debate actualmente en el Senado del Congreso de la Nación. Este proyecto contempla un directorio nombrado completamente por el Poder Ejecutivo, sin concursos, criterios de idoneidad, publicidad, impugnación y remoción de miembros. No están representados los colectivos de personas usuarias del sistema de salud ni ninguna entidad de la sociedad civil. Dentro del Comité asesor se incluyen representantes de las Obras sociales, lo que genera conflicto de intereses. En el proyecto, la AGNET queda ubicada como el órgano obligado de consulta en aquellos casos que se reclamen por vía judicial, lo que podría generar una injerencia injustificada del Poder Ejecutivo en la tutela judicial del derecho a la salud. El texto completo del proyecto de Ley, disponible en: <http://www.senado.gov.ar/parlamentario/comisiones/verExp/82.16/PE/PL>

Situación actual de la política pública en salud mental

Sucesivas evaluaciones del Estado argentino por parte de los órganos de los tratados de derechos humanos han reafirmado la obligación del Estado de velar por las precarias condiciones de vida de las personas internadas en hospitales psiquiátricos y poner fin a la práctica de la institucionalización prolongada o indefinida por motivos de discapacidad mental¹⁰.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) -y las observaciones, resoluciones e informes de su Comité-, y el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), en particular a partir de la Observación general 14 sobre el artículo 12 sobre el “Derecho al goce del nivel más alto posible de salud física y mental”, así como sucesivas declaraciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), oficina regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecen claras pautas y han sido enfáticos al establecer que la internación prolongada e involuntaria en instituciones psiquiátricas, lejos de sumar a la conservación de la salud, se constituye en una práctica iatrogénica e incapacitante, y genera las condiciones contextuales necesarias para que se susciten graves y estructurales violaciones a los derechos humanos.

En virtud de ello, la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, sancionada en 2010, obliga al Estado argentino a transformar el sistema de atención en salud mental en línea con lo dispuesto por los tratados internacionales de derechos humanos, dejando atrás el modelo asilar y garantizando abordajes integrales, humanizados y de calidad.

Condiciones de vida en hospitales neuropsiquiátricos

En la Argentina los hospitales psiquiátricos monovalentes se encuentran entre aquellos en situación más crítica¹¹, y en ese contexto prevalecen prácticas obsoletas y gravemente violatorias de los derechos humanos, tales como medidas de inmovilización físicas y farmacológicas, abuso sexual, encierros en celdas de reclusión, electroshock, medicalización forzada y sobremedicación, maltrato físico y emocional, medidas de incomunicación, mala praxis y abandono.

El personal que trabaja en estos centros en general no se encuentra capacitado o cuenta con pocos recursos para brindar atención integral, humanizada y de calidad y no existen mecanismos adecuados de control y denuncia para revertir estas prácticas, lo que profundiza la situación de desprotección y silenciamiento en la cual están inmersas las personas con padecimiento mental. Como ejemplo, en la sección psiquiátrica del Hospital Interzonal Dr. Alejandro Korn de la Provincia de Buenos Aires, la tasa de muertes por motivos evitables es 4 veces mayor a la media general de esa provincia, 7 veces mayor a la media de la Nación y 18 veces mayor al sistema penitenciario de esa provincia¹².

En Argentina la internación prolongada y/o por períodos indeterminados de personas con discapacidad mental en grandes instituciones psiquiátricas monovalentes continúa siendo la principal política pública

¹⁰ Conclusiones del informe del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad sobre la primera evaluación del Estado argentino (2012); Lineamientos del Comité de la CDPD sobre el artículo 14 (2015); Informe provisional del Relator Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes del 05/08/2011.

¹¹ Según estimaciones del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires en 2015 –una jurisdicción en la que está declarado el estado de emergencia hospitalaria- de los 4 hospitales en situación más crítica, 2 son hospitales psiquiátricos.

¹² Estos datos emergen de las presentaciones judiciales realizadas por la Comisión Provincial por la Memoria (CPM) en el marco de un habeas corpus colectivo y de las medidas de prueba solicitadas por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y el Movimiento Desmanicomializador de Romero (MDR) en el marco de un amparo colectivo de los derechos de las personas internadas en dicho hospital.

en materia de salud mental¹³¹⁴, lo cual implica una vulneración del derecho a la salud en condiciones de calidad y aceptabilidad y se corresponde con la falta de garantía de otros derechos: como la vivienda, la educación, el trabajo, la seguridad social, la libertad, la vida independiente y la inclusión en la comunidad.

Falta de un plan generalizado de externación sustentable de personas institucionalizadas

En los hospitales psiquiátricos el promedio de edad de personas internadas en condición de “crónicos” –es decir, aquellos que la institución prevé que no se van a recuperar de su cuadro psiquiátrico- suele ser elevado, lo que es correlato de la prolongación indefinida de su internación en estos lugares.

Como ejemplo, en el Hospital Dr. Alejandro Korn, en un cálculo realizado con base en tres salas de pacientes crónicos, con un total de 462 personas internadas, el promedio de tiempo de internación fue de 19,6 años y el rango se extendía entre 1 y 63 años, el mayor período de internación encontrado en este grupo de personas fue de 63 años¹⁵. El Estado a lo largo de décadas nunca previó ninguna alternativa para que estas personas vuelvan a vivir en la comunidad y puedan recibir atención en salud en libertad.

El último *Plan Nacional de Salud Mental* aprobado por el Ministerio de Salud de la Nación, de 2013, adolece de claridad política, metodológica y conceptual para orientar la política pública hacia la externación sustentable de las personas que habitan en hospitales psiquiátricos y que están en condiciones para vivir en un dispositivo centrado en la comunidad. Desde diciembre de 2015 a la fecha, la autoridad nacional en salud mental no ha dado clara cuenta de la adecuación de su política al plan nacional existente, ni ha generado un proceso para sustituirlo o actualizarlo. Igual situación se replica en la mayoría de las provincias, que tampoco elaboran planes propios para implementar la ley 26.657.

Falta de dispositivos alternativos a la institucionalización con base en la comunidad y con alternativas residenciales

El correlato del cierre progresivo de los hospitales psiquiátricos es la habilitación de dispositivos de atención de base comunitaria, donde las personas con discapacidad psicosocial que estuvieron institucionalizadas puedan recuperarse, transitar hacia una vida independiente e incluirse en la comunidad. El Estado no ha avanzado en este sentido, por lo que este tipo de dispositivos son muy escasas en el sector público, y de las existentes, la mayoría funcionan como extensiones de hospitales psiquiátricos y/o reproducen las lógicas que priman dentro de ellos. De las escasas experiencias de externación existentes, la mayoría se mantienen de forma autogestiva dado el deficiente apoyo estatal.¹⁶

¹³ La dimensión federal de esta problemática fue señalada por los participantes del 2do Encuentro Anual de la Red Nacional de Salud Mental Comunitaria y Derechos Humanos de Argentina, realizado en noviembre de 2016. En dicho encuentro participaron representantes de 14 organizaciones de la sociedad civil y usuarios de los servicios de salud mental de 11 provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Las conclusiones del encuentro disponibles en: www.redsaludmental.org.ar

¹⁴ En 2018, en el lanzamiento del censo nacional de personas internadas por motivos de salud mental de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, su titular estimó que serían censadas en este proceso alrededor de 25.000 personas en todo el territorio nacional. La nota del comunicado disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/arranco-en-la-rioja-y-jujuy-el-censo-nacional-de-personas-internadas-por-motivos-de-salud>

¹⁵ Datos relevados en el marco de la mesa de trabajo constituida a partir del amparo colectivo presentado por el CELS y el MDR.

¹⁶ Situaciones de este tipo fueron relevadas por el CELS en su investigación Cruzar el muro: desafíos y propuestas para la externación del manicomio, particularmente en dispositivos de externación de los hospitales psiquiátricos Esteves, Cabred y Montes de Oca, de la provincia de Buenos Aires. El informe completo de la investigación en: www.cels.org.ar/especiales/cruzarelmuro

Sobre este tema se han generado acciones judiciales¹⁷ tendientes a que se ordene al Estado a cumplir con sus obligaciones en este tema. La justicia ha sentado precedentes concretos de la problematización de esta falencia estructural en la política pública de salud mental.

La inexistencia de dispositivos intermedios alternativos a la internación ha quedado acreditada en el marco de la causa judicial “SAF c. Estado Nacional y otros s/amparo” (2015), que condenó al Estado Nacional y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a crear una red de dispositivos comunitarios para todas las personas internadas en instituciones monovalentes que estuvieran en condiciones de alta médica. No obstante, al momento actual y luego de casi 3 años de la sentencia, las demandadas no han dado cumplimiento a la manda judicial, y quienes integran la clase continúan encerrados/as en manicomios. La respuesta de los poderes ejecutivos intimados por el poder judicial ha sido poco contundente. El Ministerio de Salud de la Nación informó la existencia de una serie de proyectos con la pretensión de dar cumplimiento a lo ordenado por el juzgado, pero sin presentar un plan de implementación con metas, plazos y medidas concretas que permitieran acreditar su efectiva puesta en marcha.¹⁸

Falta de camas para atención en crisis de salud mental en hospitales generales

El énfasis en el confinamiento que caracteriza a la respuesta estatal hacia las personas con padecimientos mentales se sostiene sobre la falta de servicios adecuados para la internación en durante la crisis en hospitales generales, donde la lógica de atención no da lugar a la institucionalización indefinida y además contempla mecanismos para sostener la intervención a la salida de la internación, como la atención en consulta externa.

Esta ausencia de alternativas de atención centradas en el territorio es uno de los factores fundamentales que promueve la institucionalización prolongada o indefinida, y finalmente la cronificación de las personas a lo interno del asilo psiquiátrico¹⁹. La des-territorialización de la atención incide en la fragilización de los vínculos con familiares y allegados, ante la carencia de tiempo y recursos para movilizarse hasta el lugar de internación.

La segregación propia de los hospitales psiquiátricos también incide en el goce efectivo de una atención integral en salud, sobre todo en lo relativo a la salud física. Una investigación reciente dio cuenta de cómo las personas con discapacidad mental, aun habiendo logrado salir de largos períodos

¹⁷ S. A. F. y otros c/ Estado Nacional – Ministerio de Salud y otros s/ Amparo” (Expediente n° 074516/2014) de trámite ante el Juzgado N° 9 en lo Contencioso Administrativo Federal. En diciembre de 2014, defensoras curadoras públicas de la Defensoría General de la Nación presentaron un amparo contra el Ministerio de Salud de la Nación, el Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Agrupación Salud Integral –una entidad privada de prestación de servicios de salud-, en representación de cuatro personas que estaban en condiciones de acceder a la externación y que requerían continuar sus tratamientos en dispositivos comunitarios alternativos e intermedios, acción que no fue garantizada por el Estado luego de sucesivas solicitudes. Además, la acción judicial requería que la condena a favor de las cuatro personas que la iniciaran, tuviera efectos expansivos de modo que beneficiara a todas aquellas que se encontraran en las mismas condiciones.

¹⁸ Al respecto, el Comité CDPD, llamó la atención sobre la falta de recursos y servicios adecuados y suficientes para garantizar el derecho de las personas con discapacidad a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad, e instó al Estado argentino a implementar programas integrales para que tengan acceso a una amplia gama de programas de rehabilitación domiciliaria, residencial, comunitaria o de otro tipo y a la libre autodeterminación sobre dónde y cómo vivir.

¹⁹ Según las conclusiones de una investigación sobre la realización del derecho a la salud realizada en 2015 conjuntamente por el Centro de Derechos Humanos y el Departamento de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús, la capacidad de respuesta autónoma de la municipalidad para internaciones en salud mental, en establecimientos de dependencia nacional, provincial y municipal es muy limitada y la principal práctica es la derivación a guardias de hospitales psiquiátricos monovalentes, ubicados todos a una importante distancia geográfica del lugar de residencia habitual de la persona en cuestión, lo que promueve la dificultad para mantener el contacto frecuente con los familiares y en tanto da lugar a la prolongación indefinida de la internación, sobre todo cuando los episodios de crisis son reiterativos.

de internación en hospitales en hospitales psiquiátricos, siguen teniendo un nivel de acceso muy bajo a prestaciones de salud distintas a la psiquiátrica, y a las que se accede en otras especialidades, suelen ser provistas a su vez por el mismo hospital del cual la persona fue externada²⁰.

Como ejemplo, en 2015, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires destinó menos del 1% de las partidas de salud mental a servicios en hospitales generales. Sólo había presupuesto asignado para servicios de salud mental en 5 hospitales generales, cuyas partidas disminuyeron abruptamente (un 52% en términos totales) entre el 2014 y el 2015. En 2016, ninguno de los hospitales brindó información presupuestaria desagregada, pero se determinó que seis (6) de ellos atienden a pacientes de salud mental a través de consultorios externos y guardia y sólo tres hospitales generales tienen camas para internación para esta población.

Como consecuencia de las características presupuestarias mencionadas, según el único informe oficial disponible²¹, se determinó que en la CABA existen un amplio grupo de hospitales generales que no cumplen con la obligación de realizar internaciones de salud mental; hay insuficiencia de vacantes (cuando no inexistencia) de dispositivos y programas para acompañar los procesos de externación; las internaciones se efectúan de hecho en la guardia de emergencia en condiciones no adecuadas y por tiempos que pueden prolongarse por hasta dos meses; hay indefinición respecto de un plan de apertura de camas de salud mental, retraso en obras programadas y suspensión de proyectos presentados.

Falta de producción de información

El Estado ha incumplido con la obligación básica de producir información exhaustiva, desagregada, actualizada y disponible públicamente. A la fecha no existe una fuente oficial de información centralizada que recabe la cantidad, perfiles y situación de personas internadas en Argentina por motivos de discapacidad mental, el número y tipo de dispositivos intermedios y las vacantes con las que cuentan, todos ellos datos clave para avanzar en el diseño de una política pública orientada a la desinstitucionalización.

En mayo del corriente año, el Ministerio de Salud de la Nación inició la realización del censo nacional de la situación de las personas internadas en hospitales psiquiátricos, con 8 años de atraso con respecto a lo ordenado por la LNSM²².

En su lugar, hasta el momento la única base de datos disponible es el *Registro nacional de personas internadas por motivos de salud mental* (RESAM), el cual no cumple con las características exigidas por el censo que ordena la LNSM y no es accesible públicamente, al menos en sus aspectos estadísticos y epidemiológicos.

El Estado tampoco ha presentado ningún informe público sobre los datos recabados por lo que no es posible para las organizaciones de la sociedad civil poder evaluar su pertinencia y funcionamiento²³. Además, viola su obligación de responder de forma expedita, completa y oportuna a pedidos de informe, contraviniendo la normativa en lo relativo a la transparencia de la información pública.

²⁰ CELS (2015). *Cruzar el muro. Desafíos y propuestas para la externación del manicomio*. Capítulo 3: Salud. Texto completo disponible en: www.cels.org.ar/especiales/cruzarelmuro

²¹ Recursos para efectuar internaciones de salud mental en hospitales generales de la CABA. Informe de actualización a diciembre de 2016. Ministerio Público Tutelar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

²² Comunicado del Ministerio de Salud de la Nación (15/05/2018). Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/arranco-en-la-rioja-y-jujuy-el-censo-nacional-de-personas-internadas-por-motivos-de-salud>

²³ El RESAM se encuentra vinculado al Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA). Información disponible en la página web institucional: www.sisa.msal.gov.ar

A ello se suma la ausencia de información completa y desagregada que dé cuenta con exactitud de los recursos humanos y financieros se destinan a este tema, por lo que es difícil evaluar si el Estado está usando el máximo de sus recursos disponibles para garantizar el acceso a la salud de esta población.

En lo relativo específicamente al presupuesto, por falta de desagregación de la información presupuestaria, no es posible conocer la totalidad del gasto en salud mental y cómo éste se utiliza.

Aun así, el análisis de los presupuestos anuales permite afirmar que el Estado destina grandes cantidades de dinero al sostenimiento de hospitales monovalentes y que en los últimos años existió una reducción sostenida en el presupuesto disponible de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, que es la autoridad de aplicación de la ley 26.657. En efecto, entre 2014 y 2017 el presupuesto vigente de esta dependencia se redujo en un 67%²⁴. Además, mientras que el artículo 32 de la LNSM establece que el 10% del gasto en salud debe destinarse a salud mental, este gasto hoy no supera el 2%²⁵.

PREGUNTAS SUGERIDAS

- ¿Qué ámbitos de participación ha habilitado el Estado en la discusión y sanción del decreto 908/2016 de Cobertura Universal en Salud?
- ¿Qué medidas ha previsto el Estado para asegurar que las transformaciones en el sistema de salud pública a partir de la adopción del modelo de Cobertura Universal en Salud no alteren el rol de garante último de este derecho al Estado nacional?
- ¿Qué medidas ha previsto el Estado para asegurar que la transformación en el sistema de salud pública a partir de la adopción del modelo de Cobertura Universal en Salud no retroceda en términos de prestaciones que el modelo de gestión en salud pública vigente hasta el momento?
- ¿Qué medidas ha previsto el Estado para asegurar que las transformaciones en el sistema de salud pública a partir de la adopción del modelo de Cobertura Universal en Salud no van a generar obstáculos en la accesibilidad y la disponibilidad de este derecho para grupos específicos de población, particularmente de aquellos con enfermedades crónicas y degenerativas que ameritan tratamientos a largo plazo o de por vida y/o intervenciones complejas y costosas?
- ¿Qué medidas ha previsto el Estado para evitar los conflictos de intereses de las entidades mixtas y privadas prestadoras de servicios de salud en los mecanismos previstos para la evaluación de tecnologías, procedimientos y tratamientos en salud que sean incorporados o desincorporados a la Cobertura Universal en Salud?
- ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para alcanzar el objetivo ordenado por la Ley Nacional de Salud Mental de sustituir los hospitales psiquiátricos por dispositivos centrados en la comunidad para 2020?
- ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para mejorar las condiciones de vida y de atención integral en salud de las personas que hasta ahora siguen institucionalizadas en hospitales psiquiátricos? ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para promover y posibilitar la externación de las personas que hasta ahora siguen institucionalizadas en hospitales psiquiátricos y que están en condiciones de hacerlo?
- ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para incrementar la disponibilidad de camas para la internación en crisis de salud mental en hospitales generales?
- ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para adecuar la distribución de sus recursos presupuestarios con el objetivo de materializar el mandato establecido por la LNSM en su art. 32?
- ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para generar información exhaustiva, desagregada, actualizada, pertinente y públicamente accesible sobre la situación de las personas con discapacidad mental internadas en hospitales psiquiátricos?

²⁴ Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia, Informe “Presupuesto y Discapacidad”, 2018.

²⁵ *Ibíd.*

RECOMENDACIONES SUGERIDAS

- Que el Estado habilite mecanismos efectivos de participación de todos los sectores interesados en lo relativo a la implementación del decreto 908/2016 de Cobertura Universal en Salud, particularmente de las asociaciones de pacientes y usuarios del sistema público, profesionales, y organismos de derechos humanos.
- Que el Estado implemente la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26.657/2010 y su decreto reglamentario 603/2013, particularmente adecuando el Plan Nacional de Salud Mental vigente o generando uno nuevo a tales fines.
- Que atienda como parte de su política pública a los estándares establecidos por la Observación general 14 sobre el artículo 12 del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre el *Derecho al goce del nivel más alto posible de salud física y mental*.
- Que produzca información detallada, desagregada, actualizada, pertinente y accesible de sobre la situación de las personas internadas en hospitales psiquiátricos en Argentina y las políticas adoptadas para transformar el sistema de atención en salud mental de conformidad con los tratados internacionales y la LNSM.
- Que el Estado redistribuya los recursos humanos y financieros para optimizar la atención en salud de las personas internadas en hospitales psiquiátricos, según los estándares mencionados y cumpla con la pauta presupuestaria del 10% prevista en el artículo 32 de la Ley 26.657.