

Viedma, 18 de Agosto de 2020.-

**VISTO:** La Ley de Salud Mental N° 2440 y su modificatoria Ley N° 5.349, su reglamentación Resolución N° 105/19 DPRN y el Reglamento de Funcionamiento Interno del Órgano de Revisión de Salud Mental, aprobado mediante Resolución N° 1/20 P.ORSM y;

**CONSIDERANDO:**

Que conforme el art. 28 de la Ley N° 5349, es función del Órgano de Revisión evaluar las condiciones en que se realizan las internaciones involuntarias y los tratamientos de los usuarios, debiendo comunicar periódicamente sus resultados a la autoridad de aplicación.

Que con ese objetivo y teniendo en cuenta el contexto actual de emergencia sanitaria generada por la Pandemia COVID-19, corresponde establecer cuales serán los procedimientos para realizar las evaluaciones interdisciplinarias , como así también el monitoreo de las instituciones involucradas.

Que, con el fin de dar respuesta a la atención en salud mental en el contexto actual de emergencia y ofrecer una serie de lineamientos, recomendaciones y propuestas para garantizar la protección de los derechos humanos de la población internada por motivos de salud mental, desde la Secretaria Ejecutiva del ORSM se elaboraron las "Pautas para la evaluación interdisciplinaria en contexto de Pandemia" y "Pautas para el monitoreo institucional COVID-19", que como Anexos I y II forma parte e integran de la presente resolución.

Que dichos instrumentos han sido puestos a consideración en la Reunión Plenaria del ORSM mantenida en la Sala Zoom de la Defensoría del Pueblo el día 31 de julio de 2020, sobre los cuales los integrantes realizaron aportes y sugerencias, procediendo luego a su aprobación.

Lic. ADRIANA CLAUDIA SANTAGATI  
DEFENSORA DEL PUEBLO  
PROVINCIA DE RÍO NEGRO

Que la presente se dicta en función de las facultades conferidas por la Ley de Salud Mental 2440 y su modificatoria Ley N° 5349 y el Reglamento de Funcionamiento Interno del Órgano de Revisión de Salud Mental aprobado mediante Resolución N° 1/20 P.ORSM.

Por ello;


**LA DEFENSORA DEL PUEBLO  
DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO  
EN CARÁCTER DE PRESIDENTA DEL  
ÓRGANO DE REVISIÓN**

**RESUELVE:**

**ARTICULO 1º:** TENER POR APROBADOS los documentos "Pautas para la evaluación interdisciplinaria en contexto de pandemia" y "Pautas para el monitoreo institucional COVID-19" de conformidad con lo acordado por el Plenario del Órgano de Revisión en la sesión del 31 de julio de 2020 y cuyos textos –obrantes como Anexos I y II– forman parte integral de la presente resolución.

**ARTICULO 2º:** COMUNICAR lo resuelto a los integrantes del Órgano de Revisión y a las autoridades correspondientes a los fines de su conocimiento.

**ARTICULO 3º:** Regístrese, comuníquese y, oportunamente, archívese.



Lic. ADRIANA CLAUDIA SANTAGATI  
DEFENSORA DEL PUEBLO  
PROVINCIA DE RIO NEGRO

**RESOLUCIÓN N° 02/2020 P.ORSM.**



ÓRGANO DE REVISIÓN LOCAL DE SALUD MENTAL  
Ley N° 2440

**ANEXO I – RESOLUCIÓN N.º 02/2020 P.ORSM**

**Pautas para la evaluación interdisciplinaria en contexto de pandemia**

En el marco de la pandemia declarada por la OMS de COVID - 19, desde el plenario del Órgano de Revisión de la Provincia de Río Negro se establecen algunas pautas a fin de garantizar la intervención de la Secretaría Ejecutiva, la cual se encuentra en el ámbito de la Defensoría del Pueblo, en consonancia con la normativa dictada por el Ministerio de Salud de la Nación y su par provincial, en pos de garantizar los derechos humanos y la vida digna de las personas con padecimiento mental en este contexto de excepcionalidad.

En función de lo establecido en la Ley N°2440 y específicamente en lo que respecta al requerimiento por parte de la judicatura de controles de internación (voluntarias e involuntarias) excedidas de plazo en zonas afectadas por el Covid - 19, se establecen las siguientes pautas mínimas de intervención, las cuales podrán flexibilizarse de acuerdo a cada caso en concreto:

**a) Objeto de la evaluación interdisciplinaria:**

Se evaluará las condiciones de internación por motivos de salud mental en el ámbito público y privado, fiscalizando que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo necesario, pudiendo realizarse las denuncias pertinentes en caso de constatar irregularidades. El propósito que persigue la evaluación interdisciplinaria es el de detectar posibles vulneraciones de derechos a los usuarios/as de los servicios de salud mental.

**b) Metodología de la evaluación**

Se realizará a través de dispositivos de comunicación remota (videollamada - llamada telefónica- e-mail) de acuerdo a los recursos y posibilidades de comunicación que posee tanto la institución como el usuario/a.

Se establecerá comunicación con:

λ Directivos de la institución.

25  
Años  
1995 - 2020



**DEFENSORÍA  
DEL PUEBLO**  
Provincia de Río Negro



---

**ÓRGANO DE REVISIÓN LOCAL DE SALUD MENTAL**  
Ley N° 2440

- λ Equipotratante.
- λ Personausuaria.
- λ Referentesocioafectivo/familiar.
- λ Equipoderivante

La evaluación interdisciplinaria tendrá en cuenta la información suministrada por cada uno de los actores evaluados para determinar un informe firmado por al menos dos profesionales, donde se defina el carácter de la internación, los derechos que se encuentran vulnerados, las recomendaciones y sugerencias.

Los Anexos I y II adjuntos e integrantes del presente documentos, ofrecen pautas mínimas de monitoreo, que deben tenerse en cuenta al momento de la evaluación para cada caso.



Lic. ADRIANA CLAUDIA SANTAGATI  
DEFENSORA DEL PUEBLO  
PROVINCIA DE RÍO NEGRO



ÓRGANO DE REVISIÓN LOCAL DE SALUD MENTAL  
Ley N° 2440

ANEXO I

a) **Autoridades de la institución y/o servicio de salud mental:**

Se solicita informe interdisciplinario actualizado de las condiciones de internación del usuario y tratamiento donde consten:

- Modalidad del tratamiento en la institución.
- Recursos Humanos con los que cuenta.
- Dispositivos de atención con los que cuenta.
- Articulación con otras instituciones u/organismos.
- Si retienen el DNI.

b) **Equipo tratante:**

Se mantendrá comunicación con el equipo profesional responsable del tratamiento del usuario/a fin de obtener datos significativos sobre:

- Condiciones de internación y modalidad de tratamiento.
- Antecedentes de tratamiento y el tratamiento actual de la persona .
- Consentimiento informado si lo hubiere.
- Pronóstico y estrategia terapéutica actual.
- Estrategias de externación.
- Situación familiar y referentes.
- Existencia de proceso de capacidad
- Existencia de CUD
- Estrategias de reinserción social.
- Resumen HC. (si se adjunta consentimiento informado, características del instrumento).

**ÓRGANO DE REVISIÓN LOCAL DE SALUD MENTAL**  
Ley N° 2440

- Inclusión a los referentes familiares y/o vinculares en el tratamiento.
- Permiso y estimulación de acompañamiento permanente.
- Nivel educativo del usuario y su continuidad pedagógica.
- Modalidades de comunicación que el usuario mantiene con su entorno socioafectivo.
- Intervenciones psicosociales y de inclusión comunitaria
- Actividades dentro y fuera de la institución y cuales.
- Controles clínicos periódicos y si se trabajan aspectos preventivos.
- Articulación con el equipo derivante.
- Participación formalmente en la elaboración de sus estrategias terapéuticas.
- Modalidad de información al usuario.

**c) Persona usuaria de Salud Mental:**

Se mantendrá entrevista con la persona usuaria evaluando:

- Si comprende el carácter de su internación.
- Si conoce los eventos que llevaron a su internación.
- Si da cuenta de tratamientos e internaciones previas.
- Si fue informado, acuerda y participa activamente en la estrategia terapéutica.
- Si mantiene comunicación con sus referentes socio afectivos, si alguna vez durante su internación se vieron interrumpidos y si fue informado acerca de los fundamentos.
- Si mantiene comunicación con su defensor/a durante la internación.
- Perspectivas de la externación y proyecto de vida.

**d) Referente Socio afectivo/ familiar:**

Se mantendrá comunicación con un referente familiar o socioafectivo. Se indagará sobre:

- Eventos que llevaron a la internación.

25  
Años  
1995 - 2020

**D** DEFENSORÍA  
DEL PUEBLO  
Provincia de Río Negro



ÓRGANO DE REVISIÓN LOCAL DE SALUD MENTAL  
Ley N° 2440

- Si la internación fue consentida por el entorno socioafectivo.
- Si fueron informados de las condiciones del tratamiento previo a la internación.
- Comunicación que mantiene con el/la usuario/a, su frecuencia, y si en algún momento se vió interrumpida.
- Si participó o participa activamente de la estrategia terapéutica de su familiar.
- Si cuenta con un espacio de contención o terapéutico durante la internación del usuario/a.
- Si participa de la estrategia de externación.

e) **Otras apreciaciones**



LIC. ADRIANA CLAUDIA SANTAGATI  
DEFENSORA DEL PUEBLO  
PROVINCIA DE RÍO NEGRO



ÓRGANO DE REVISIÓN LOCAL DE SALUD MENTAL  
Ley N° 2440

**ANEXO II**  
**PERSONA USUARIA**

- \* Nombre y apellido:.....
- \* Inexistencia de datos:.....
- \* Edad:.....
- \* Género:.....
- \* Lugar de nacimiento:.....
- \* Nacionalidad:.....
- \* Estado civil:.....
- \* Domicilio:.....
- \* Obra social:.....
- \* ¿ Tiene DNI?..... ¿Lo tiene en su poder?.....
- \* Nivel educativo:.....

Analfabeto		
Primario	Completo	Incompleto
Secundario	Completo	Incompleto
Universitario	Completo	Incompleto
Posgrado	Completo	Incompleto

- \* Ocupación:.....
- \* Antecedentes laborales:.....
- \* Grupo conviviente:.....

Nombre	Vínculo	Edad	Ocupación	Nivel Educativo



ÓRGANO DE REVISIÓN LOCAL DE SALUD MENTAL  
Ley N° 2440


\*Familia

Nombre	Vínculo	Edad	Ocupación	Nivel Educativo	¿Vive?

\* Referentes vinculares

Nombre	Vínculo	Edad	Ocupación	Nivel Educativo

\* ¿ Desde hace cuanto está internado?.....

\*¿Por qué está internado.....

7 Anexo I – Pautas evaluación interdisciplinaria COVID - 19



Lic. ADRIANA CLAUDIA SANTAGATI  
DEFENSORA DEL PUEBLO  
PROVINCIA DE RÍO NEGRO

**ÓRGANO DE REVISIÓN LOCAL DE SALUD MENTAL**  
Ley N° 2440

.....  
\* Su internación es:.....

Voluntaria	Involuntaria	Desconoce

- \* ¿ Firmó un consentimiento por escrito de su internación? SI/NO/NO SABE
- \* ¿ Le explicaron que era lo que firmó y que valor tiene? SI /NO
- \* ¿ Hubo actualizaciones del consentimiento informado? SI/NO
- \* ¿ Cuando ingresó? ¿le dijeron por qué lo internaban? SI/NO
- \* ¿ Coincidió con lo que usted pensaba? SI/NO
- \* ¿ Tuvo algún malestar similar previo? SI/NO
- \* ¿ Tuvo alguna internación anterior por causa similar? SI/NO
- \* ¿ Le preguntaron a quién le quería avisar de su internación? SI/NO
- \* ¿ Cómo está compuesto su equipo tratante?.....  
.....  
.....
- \* ¿ Cómo es la relación con su equipo tratante?.....  
.....
- \* ¿ Se siente conforme/ a gusto con su equipo tratante? SI/NO  
¿por qué?.....
- \* ¿ Con qué frecuencia la/lo atiende?.....
- \* ¿ Le explicaron cómo sería el tratamiento? SI/NO ¿ Como? ..... ¿ Le dijeron cuánto tiempo duraría?..... ¿ Cuánto?.....
- \* ¿ Le explicaron qué actividades realizaría? SI/NO
- \* ¿ Le informaron sobre sus derechos? SI/NO
- \* ¿ Cuáles?.....  
.....

DR. ADRIANA CECILIA SANTAGATI  
DEFENSORA DEL PUEBLO  
PROVINCIA DE RÍO NEGRO



**ÓRGANO DE REVISIÓN LOCAL DE SALUD MENTAL**  
Ley N° 2440

\* En caso de internación INVOLUNTARIA

	Si	No
¿ Le informaron sobre su derecho a tener un abogado defensor?		
¿ Lo tiene?		
¿ Lo visita?		

\* En caso afirmativo ¿ Con qué frecuencia? .....

.....

\* En caso de internación VOLUNTARIA:

	Si	No
¿ Sabe que puede irse de la institución si lo desea?		

\* ¿ Cómo es su vínculo con enfermería? .....

.....

.....

\* ¿ Qué tratamientos realiza actualmente?.....

.....

\* ¿ Ha participado en el armado de su tratamiento? SI/NO

\* ¿ Por qué?.....

.....

\* ¿ Toma medicación? SI/NO

¿Cuál/es?.....

\* Respecto de la medicación:

ÓRGANO DE REVISIÓN LOCAL DE SALUD MENTAL  
Ley N° 2440

	Si	No
¿ Conoce qué efectos tiene?		
¿ Conoce si tiene efectos colaterales?		
¿ Prestó consentimiento para que se la administren?		
¿ La toma solo?		

- \* ¿ Le propusieron participar en protocolos de investigación? SI/NO
- \* ¿ Recibió asistencia/ ayuda/ espiritual/ religiosa? SI/NO ¿ Por qué?.....
- .....
- .....
- \* ¿ Recibió malos tratos? SI/NO ¿Cuándo?¿ Cuáles?.....
- .....
- .....
- .....
- \* ¿ Sintió malestar en algún momento?.....¿ Por qué?.....
- \* ¿ Se sintió discriminado?.....
- ¿Por qué?.....
- \* ¿ Estuvo atado? SI/NO
- ¿ Cuántas veces?.....
- ¿Cuándo?.....
- \* ¿ Fue castigado?..... ¿ Por qué motivos?.....
- ¿ Cómo? .....¿ Estuvo aislado?SI/NO.¿ Cuántas veces?.....
- \* ¿ Recibe visitas?.....¿ Con qué frecuencia?.....

Diaria	Semanal	Mensual	Otros

- \* ¿Hay restricciones de las personas que pueden visitarlo?.....

DR. ADRIANA CLAUDIA SANTAGATI  
DEFENSORA DEL PUEBLO  
PROVINCIA DE RÍO NEGRO



ÓRGANO DE REVISIÓN LOCAL DE SALUD MENTAL

Ley N° 2440

- ¿ Cuáles?.....
- \* ¿ Existen días y horarios de visitas?..... ¿ Los conoce?.....
- ¿ Cuáles son?.....
- \* En algún momento ¿ Le prohibieron recibir visitas?..... ¿ Cuándo?.....
- ¿ Por qué?.....
- \* ¿ Puede usar el teléfono?.....¿ Por cuánto tiempo?.....
- ¿ Con qué frecuencia?.....
- ¿ Cuántas veces?.....
- \*¿ Con quién puede hablar?.....
- \* ¿ Hay alguien con quien no pueda hablar? .....
- ¿ Por qué?.....
- \* En algún momento ¿ le prohibieron usar el teléfono?.....¿ Cuándo?.....
- ¿ Por qué?  
.....  
.....
- \* ¿ Pueden tener celular?.....¿ Tienen acceso a internet? .....
- ¿ Por cuánto tiempo?..... ¿ Con qué frecuencia?.....
- ¿ Cuántas veces?.....
- \* En algún momento ¿ le prohibieron usar Internet?.....¿ Cuándo?.....
- ¿ Por qué?.....
- \* ¿ Puede salir de la institución?.....Para salir de la institución ¿ Necesita permiso?.....
- \* ¿ Puede salir todas las veces que quiere?.....
- ¿ Tienes que respetar días y horarios?.....
- \* ¿ Cuánto tiempo después del ingreso puede empezar a salir?.....
- \* ¿ A dónde sale?.....
- \* ¿ A dónde le gustaría ir?.....
- \* ¿ Cómo se siente saliendo?.....
- \* ¿ Cómo es su día en la institución? ( Desde que se levanta hasta que se va a dormir).....  
.....  
.....  
.....  
.....



LIC. ADRIANA CLAUDIA SANTAGATI  
DEFENSORA DEL PUEBLO  
PROVINCIA DE RÍO NEGRO



**ÓRGANO DE REVISIÓN LOCAL DE SALUD MENTAL**  
Ley N° 2440

- \* ¿ Cómo es el vínculo con los compañeros de internación?.....
- \* ¿ Tiene algún hobby? .....¿ Tiene algún oficio?.....
- ¿ Lo ha podido desarrollar en la internación?.....
- \* ¿ Ha trabajado en la institución durante la internación?.....
- ¿ En qué actividad?.....
- \* ¿ Le han pagado por el trabajo?.....¿ Cuánto?.....
- \* ¿ Tiene un proyecto de vida?.....¿Cuál?.....
- \* Si pudiera cambiar o pedir algo con respecto a su internación? SI/NO
- ¿Qué sería?.....
- .....
- .....
- .....

Lic. ADRIANA CLAUDIA SANTAGATI  
DEFENSORÍA DEL PUEBLO  
PROVINCIA DE RÍO NEGRO



ÓRGANO DE REVISIÓN LOCAL DE SALUD MENTAL  
Ley N° 2440

**ANEXO II – RESOLUCIÓN N.º 02/2020 P.ORSM**  
**Pautas para el monitoreo institucional COVID – 19**

En el marco de la pandemia declarada por la OMS de COVID - 19, desde el plenario del Órgano de Revisión de la Provincia de Río Negro se establecen algunas pautas a fin de garantizar la intervención de la Secretaría Ejecutiva, la cual se encuentra en el ámbito de la Defensoría del Pueblo, en consonancia con la normativa dictada por el Ministerio de Salud de la Nación y su par provincial, en pos de garantizar los derechos humanos y la vida digna de las personas con padecimiento mental en este contexto de excepcionalidad.

En función de lo establecido en el art. 28 inc. a y b de la ley 5349 se considera pertinente en este contexto y para un primer momento, remitir el documento de monitoreo institucional vía mail u otro medio informático que asegure su recepción, el cual deberá ser completado, firmado por sus directivos y/o representante legal y enviado por la institución en carácter de declaración jurada, dentro del plazo establecido, a la Secretaría Ejecutiva del ORSM. Dicho instrumento de monitoreo será enviado en formato PDF, adjuntándose al mismo la documentación correspondiente a la habilitación del establecimiento.

**a) Documentación a requerir:**

- a.1. Habilitación actualizada
- a.2. Perfil de los/as usuarias: adjuntar tabla incluyendo a todos los usuarios alojados/as según el Mod. "B" infra adjunto.

**b) Recursos humanos:**

- b.1. Adjuntar tabla incluyendo a todos los trabajadores según modelo "A" adjunto a la presente.
- b.2. ¿ El establecimiento informa en casos de Enfermedades de Notificación Obligatorias (ENOs) al Sistema Nacional de Vigilancia dependiente del Min. de Salud de la Nación? SI/ NO
- b.3. Número de personas fallecidas en la institución desde su inicio (Adjuntar listado según causa, sexo y edad de losfallecidos).
- b.4. Entrevista a directivos y personal institucional
- b.5. Marco legal vigente. ¿ Cuál es su grado de conocimiento de la Ley Nacional de Salud Mental N°2440, sustituida por la ley N°5349? Marcar con una X

Suficiente:    Regular:    Insuficiente:

**ÓRGANO DE REVISIÓN LOCAL DE SALUD MENTAL**  
Ley N° 2440

- b.6 ¿ Conoce la reglamentación de la Ley de Salud Mental? SI/NO  
b.7 ¿ Conoce la función del Órgano de Revisión de Salud Mental? SI/NO  
b.8 Considera que su grado de conocimiento sobre el nuevo paradigma de atención es:

Alto: Mediano: Bajo:

**c) Trabajo interdisciplinario**

c.1 ¿ Se trabaja en equipo?

SI: ¿Cómo?.....

NO: ¿Porqué?.....

c.2.¿ El equipo tratante es interdisciplinario? SI/NO

c.3 Mencionar las disciplinas y cómo se articulan:.....

c.4¿Cuál es la disciplina del coordinador del servicio?.....

c.5¿Cuál es la disciplina del director de la institución?.....

c.6¿ Cuenta con recursos humanos no convencionales? (incluyendo usuarios y familiares).

SI: ¿Cuáles?.....

NO: ¿Porqué?.....

c.7¿ Existen reuniones de equipo? SI/NO ¿Con qué periodicidad?.....

c.8¿ Se elaboran estrategias terapéuticas en forma conjunta? SI/NO ¿Cómo?.....

c.9 ¿Quién/ quienes definen la estrategia terapéutica?.....

¿Se define la estrategia terapéutica con la participación de la persona usuaria?

LIC. ADRIANA CLAUDIA SANTAGATI  
DEFENSORA DEL PUEBLO  
PROVINCIA DE RIO NEGRO



**ÓRGANO DE REVISIÓN LOCAL DE SALUD MENTAL**

Ley N° 2440

.....  
c.10 ¿ Se elaboran informes interdisciplinarios? SI/NO.....  
.....

**d) Capacitación e Investigación**

d.1 ¿ Existen actividades de capacitación? SI/NO

d.2 ¿ De qué tipo? En Servicio/teóricas/teórico-practica ¿ Sobre qué temas?

.....  
d.3 ¿ Con qué periodicidad?

.....  
d.4 ¿ Quiénes son los capacitadores?.....  
.....

d.5 ¿ Quiénes son los destinatarios?

.....  
d.6 ¿Hay instancias de supervisión del equipo? SI/NO

d.7 ¿Con qué periodicidad?

.....  
d.8 ¿Quién supervisa al equipo?.....  
.....

d.9 ¿Quiénes partic.....  
.....

**e) Tratamiento**

e.1 ¿Cuál es la modalidad de tratamiento propuesta en la institución?.....  
.....

e.2 ¿Se incluye a los referentes familiares y/o vinculares en el tratamiento? SI/NO  
¿ Cómo?.....

e.3 ¿ Se permite y estimula el acompañamiento permanente? SI/NO

e.4 ¿ Se desaconseja la concurrencia de familiares o allegados durante los primeros días de internación? SI/NO ¿ Por qué?.....  
.....

e.5 ¿ Sabe que la interrupción de vínculos se considera iatrogénica desde los nuevos estándares? SI/NO

ÓRGANO DE REVISIÓN LOCAL DE SALUD MENTAL  
Ley N° 2440

e.6 Los usuarios ¿Participan formalmente en la elaboración de sus estrategias terapéuticas? SI/NO ¿Por qué?.....  
.....

e.7 Los familiares (referentes vinculares) de los usuarios ¿ Participan formalmente en la elaboración de sus estrategias terapéuticas? SI/NO ¿Por qué?.....  
.....

e.8 ¿ Se brinda información al usuario? SI/NO  
¿ De qué manera?.....

e.9 ¿ Considera que el tratamiento implementado es el más conveniente y el menos restrictivo posible? SI/NO

e.10 ¿ Retienen el DNI? SI/NO

e.11 ¿ Utiliza salas de aislamiento/ observación? SI/NO

e.12 ¿ Utiliza custodia policial? SI/NO

e.13 ¿ Hay restricciones en la admisión por diagnósticos? SI/NO

e.14 ¿ Qué padecimientos se asisten y cuáles no?.....  
.....

e.15 ¿ Se instrumentan intervenciones psicosociales? SI/NO

e.16 ¿ Cuales?.....  
.....  
.....

e.17 En caso de tratamientos de salud previos al ingreso ¿ El establecimiento continúa con la administración del tratamiento? SI/NO

e. 18 ¿ Quién cubre dichos tratamientos? Marcar con una X

Familia/usuario directamente

Familia usuario con financiamiento de asegurar (OS/EMP)

Establecimiento con financiamiento de asegurador



Lic. ADRIANA CLAUDIA SANTAGATI  
DEFENSORÍA DEL PUEBLO  
PROVINCIA DE RÍO NEGRO



**ÓRGANO DE REVISIÓN LOCAL DE SALUD MENTAL**  
Ley N° 2440

- e. 19 ¿Utiliza sujeción física? SI/NO ¿que tipo de correas utiliza? .....
- e.20 ¿Utiliza un Protocolo? SI/NO ¿Cuál?.....
- e.21 ¿ El plan farmacológico tiene más de un psicofármaco? SI/NO
- e.22 ¿ Conoce la recomendación de uso racional de psicofármacos de la OMS? SI/NO

**f) Derechos de las personas**

	Si	No
¿ El establecimiento ofrece asistencia o auxilio espiritual o religioso?		
¿ Los usuarios, familiares y/o abogados que este designe tienen acceso a sus antecedentes e historia clínica?		
¿ Se informa fehacientemente de manera comprensible al usuario de sus derechos y su tratamiento?		
¿ Se firma consentimiento informado?		
¿ Se actualiza periódicamente el consentimiento informado?		
¿ El usuario puede tomar decisiones sobre su tratamiento?		
¿ El usuario recibe un tratamiento personalizado?		
¿ Participan los usuario en alguna investigación clínica o tratamiento experimental?		
¿ Firman un consentimiento fehaciente para ello?		
¿ Considera que los padecimientos mentales son un estado modificable?		

**g) Modalidad de abordaje**

- g.1 ¿ Existe una división de sectores según el tiempo de internación de los usuarios? SI/NO ¿ Cual?.....
- g.2 ¿ Existe una división de sectores por diagnóstico? SI/NO ¿Cuál?.....
- g.3 ¿ Existe una división de sectores según cuidados progresivos? SI/NO ¿Cuál?.....
- g.4 ¿Cuál es el promedio de tiempo de internación?.....
- g.5 ¿ Existen actividades extrahospitalarias? SI/NO

**ÓRGANO DE REVISIÓN LOCAL DE SALUD MENTAL**  
Ley N° 2440

¿ Cuáles?.....

g.6 ¿ Se desarrollan actividades en la comunidad? SI/NO

¿ Cuales?.....

Lugares de realización.....

g.7 Número de persona que participan regularmente.....

g.8 ¿ Existen acciones intersectoriales? SI/NO

¿ Cuales?.....

g.9 ¿ Conoce si los usuarios tienen garantía de continuidad de atención en servicios adecuados y de preferencia de la persona cuando son dados de alta? SI/NO

g.10 ¿ Existe articulación permanente en caso de intervención de distintos servicios sobre la persona o su grupo familiar? SI/NO

**h) Trabajo intersectorial**

h.1 El establecimiento articula regularmente con:

	Si	No
Centros de Salud		
Hospitales generales		
Hospitales monovalentes		
Efectores privados		
Dispositivos habitacionales		
Dispositivos productivos y/o laborales		
Asociaciones de usuarios y/o familiares de usuarios		
Establecimientos educativos		
Clubes		
Organizaciones barriales y/o sociedades de fomento		
Justicia		
Otras		

h.2 ¿ Cuales?.....

h.3 ¿ El establecimiento forma parte de alguna red formal de instituciones?SI/NO

¿Cuál?.....

h.4 ¿ Existe un abordaje territorial, en términos de cercanía de la atención al domicilio de la persona? SI/NO



ELABORADA POR LA  
DEFENSORÍA DEL PUEBLO  
PROVINCIA DE RÍO NEGRO



**ÓRGANO DE REVISIÓN LOCAL DE SALUD MENTAL**  
Ley N° 2440

.....  
h.5 ¿ Existe trabajo de promoción y restitución de lazos sociales? SI/NO

h.6 Contacto con personas significativas: SI/NO

h.7 Participación de las mismas así como de los propios usuarios en la integración social definitiva: SI/NO

h.8 La institución incluye:

	Si	No
Consultas ambulatorias		
Internación en establecimiento		
Internación domiciliaria		
Consultorios externos		
Atención domiciliaria		
Centro de día ( u hospital de día)		
Acompañamiento		
Guardia activa		
Guardia pasiva		
Actividades culturales		
Actividades deportivas		
Actividades recreativas		
Prestaciones para la inserción social post alta		
Seguimiento y continuidad de cuidados post alta		
Contacto con la familia		
Periodicidad del contacto		

i) **Apoyo a usuarios, familiares y grupos comunitarios:**

i.1 Durante la internación SI NO

¿Cuál?.....

i.2 Después del alta de la internación SI NO

¿Cuál?.....

i.3 Prestaciones de Promoción y Prevención de la Salud: SI/NO

¿Cuáles? .....

.....

ÓRGANO DE REVISIÓN LOCAL DE SALUD MENTAL  
Ley N° 2440

j) Promoción de acciones de inclusión habitacional:

	Si	No
Independiente		
Dispositivo intermedios para vivienda, con diferentes grado de apoyo		

k) Promoción y Acciones de inclusión laboral:

	Si	No
Independiente		
Dispositivo intermedios para el trabajo		
Contacto con ámbito laboral de los usuarios		

k.1 ¿ Los usuarios del establecimiento realizan algún tipo de trabajo? SI/NO

¿Dónde?.....

k.2 ¿Reciben justa compensación por estas tareas? SI/NO

k.3 ¿ Realiza el equipo tratante acciones para la externación de las personas? SI/NO

¿ Cuáles?.....

k.4 En los casos externados, ¿participa el equipo tratante en la continuidad de cuidados post alta?

SI ¿Cómo?.....

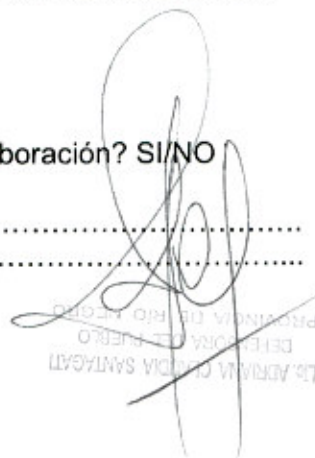
NO ¿Por qué?.....

**I Proceso de adecuación**

I. 1 ¿ Conoce el Plan Nacional de Salud Mental? SI/NO

I.2 ¿ Usted o algún miembro de la institución ha participado en su elaboración? SI/NO

I.3 ¿ Qué opina sobre el mismo?.....







**DEFENSORÍA  
DEL PUEBLO**  
Provincia de Río Negro



**ÓRGANO DE REVISIÓN LOCAL DE SALUD MENTAL**  
Ley N° 2440

¿ Considera que la institución se encuentra en proceso de adaptación/ adecuación a la Ley Nacional de Salud Mental 26.657?

SI                                    ¿Cómo?.....  
.....  
NO                                    ¿Porqué?.....  
.....

I.5 Desde la sanción de la Ley a la fecha ¿Existió reducción de camas de internación?  
SI/NO ¿ Cuántas?.....

I.6 ¿ Existe una descentralización presupuestaria hacia dispositivos y prestaciones comunitarias?SI/NO

I.7 ¿ Existe una descentralización de recurso humano hacia dispositivos y prestaciones comunitarias?SI/NO

I.8 ¿ Existe descentralización de insumos hacia dispositivos y prestaciones comunitarias? SI/NO

i.9 Según su opinión ¿ Qué obstáculos existen para la adecuación del establecimiento a los lineamientos propuestos en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657?

.....  
.....  
.....  
.....

**II Condiciones estructurales**

II.1 Número total de camas habilitadas:

II.2 Número de camas ocupadas al momento de la visita:

II.3 Cantidad de pisos:

II.3 ¿ Tiene ascensor?SI/NO

II.4 Estructura edilicia:

<b>Habitaciones</b>	
---------------------	--

Lic. ADRIANA CLAUDIA SANTAGATI  
DEFENSORA DEL PUEBLO  
PROVINCIA DE RÍO NEGRO

**ÓRGANO DE REVISIÓN LOCAL DE SALUD MENTAL**  
Ley N° 2440

¿ Cuántas habitaciones hay?		
¿ Tiene baño interno?	Si	No
¿ Cuántas?		
¿ Cuántas camas hay por habitación?		
¿ Cómo es la disposición de las mismas?		
¿ Tienen placares?	Si	No
¿ Cuántos?		
¿ Son individuales?	Si	No
¿ Tiene candado o llave?	Si	No
¿ Hay mesitas de luz?	Si	No
¿ En qué condiciones se encuentra?		
¿ Quiénes utiliza la cocina?		
¿ Hay sala de talleres culturales y/o recreativos?	Si	No
¿ Hay espacio para realizar actividades deportivas?	Si	No
¿ Hay un espacio comunitario?	Si	No
<b>Sanitarios</b>		
Número de baños		
¿ Tienen agua caliente?	Si	No
¿ Presentan condiciones de privacidad?	Si	No
¿ Existen baños para persona con movilidad reducida?	Si	No
¿ Tienen espejos?	Si	No
¿ Existen duchas?	Si	No
Las duchas ¿ tienen	Si	No



**ÓRGANO DE REVISIÓN LOCAL DE SALUD MENTAL**  
Ley N° 2440

condiciones de privacidad?		
<b>Otros ambientes</b>		
¿ Hay sala de observación?	Si	No
¿ Hay sala de contención?	Si	No
¿ Hay sala de aislamiento?	Si	No
<b>Medidas de seguridad</b>		
¿ Cuentan con medidas de seguridad tales como		
Matafuegos	Si	No
Alarmas	Si	No
Sensores de humo	Si	No
Colchones ignífugos	Si	No
Personal de vigilancia	Si	No
Cámaras de vigilancia	Si	No

  
 LIC. ADRIANA CLAUDIA SANTAGATI  
 DEFENSORA DEL PUEBLO  
 PROVINCIA DE RÍO NEGRO

25  
AÑOS  
DE  
LIBERTAD

**DEFENSORÍA  
DEL PUEBLO**  
Provincia de Río Negro



ORGANO DE REVISION LOCAL DE SALUD MENTAL  
Ley N° 2440

Mod. "A" - ANEXO II - Pautas para el monitoreo Institucional COVID-19 (Res. N° /20 P.ORSM)	Disciplina	Carga horaria	Pertenece a la Planta de la Institución	Modalidad de contratación	Observaciones
1	Nombre y Apellido				
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					

Lic. ADELINA JARDIA SANTIAGI  
DEFENSORÍA DEL PUEBLO  
PROVINCIA DE RÍO NEGRO





ÓRGANO DE REVISIÓN LOCAL DE SALUD MENTAL  
Ley N° 2440

Mod. "B" - ANEXO II - Pautas para el monitoreo Institucional COVID-19 (Res. N° /20 P.ONSM)										
1	Nombre y Apellido	DNI	Edad	Fecha Ingreso	1° Vez / Ulterior	Motivo consulta/diagnóstico	Obra social/Prepaga	Nivel educativo	Juicio Insania SI/NO	Certificado Discapacidad SI/NO
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										

Lic. ANDRÉS ALBIA SANTIAGI  
DEFENSORÍA DEL PUEBLO  
PROVINCIA DE RÍO NEGRO