



0988945



00135.220191/2019-17

**CONSEJO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS****RESOLUCIÓN N°8, DE 14 DE AGOSTO DE 2019**

DOU de 23/08/2019 (n° 163, Sección 1. Página 55)

Por lo cual se propone soluciones preventivas de violación y garantizadoras de derechos a los portadores de trastornos mentales y usuarios problemáticos de alcohol y otras drogas.

EL CONSEJO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS – CNDH, en el ejercicio de las atribuciones que le confiere el artículo 4° de la Ley n° 12.986, de 2 de junio de 2014, y cumpliendo a la deliberación decidida de forma unánime, en su 50° Reunión Ordinaria, realizada en los días 14 y 15 de agosto de 2019:

Considerando que la Ley n° 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispone sobre la protección y los derechos de las personas portadoras de trastornos mentales, y que cambia el modelo asistencial en salud mental, llevando Brasil a pertenecer a un grupo de países donde hay una legislación moderna y coherente con las directrices de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPAS/OMS);

Considerando que la política nacional de salud mental, alcohol y otras drogas, estuvo, hasta diciembre de 2017, ajustada al establecido en las principales convenciones internacionales, de acuerdo con la Protección de Personas con Trastornos Mentales y la Mejoría de la Asistencia a la Salud Mental, de 1991, y particularmente la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, de 2007, aprobada en Brasil por el Decreto n° 6.949/09, con el mismo estatus jurídico de Enmienda Constitucional, que fue reglamentada por la Ley Brasileña de Inclusión de Personas con Discapacidad, Ley n° 13.146/15;

Considerando que la política nacional de salud mental, alcohol y otras drogas basadas en la desinstitutionalización y atención psicosocial, representa no solamente una política de gobierno, sino también una verdadera política de Estado, consolidada en cuatro conferencias nacionales de salud mental, con amplia participación social y reconocimiento por las muchas instancias de control social del SUS;

Considerando que en 2013 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el “Plan de Acción Global de Salud Mental 2013-2020”, plan que es un compromiso de todos los Estados-miembros de la OMS en la toma de medidas específicas para mejorar la salud mental y contribuir para la realización de un conjunto de metas globales para alcanzar mejor calidad de vida y salud. En el Plan de Acción hay especial énfasis en la protección de los derechos humanos, al fortalecimiento y al empoderamiento de la sociedad civil, centralizando y fortaleciendo una vez más la atención de la base comunitaria;

Considerando que la I Reunión Regional de Usuarios de Servicios de Salud Mental y Familiares, realizada en Brasilia/DF, de 15 a 17 de octubre de 2013, promovida por la Organización Panamericana de Salud (OPAS), donde se aprobó en “Consenso de Brasilia” y afirmó el desarrollo o el fortalecimiento de acciones gubernamentales, sectoriales e intersectoriales, con la perspectiva de promover la autonomía, de ampliar el acceso al cuidado de base comunitaria y territorial y de combatir el estigma y el prejuicio

asociado a las personas con trastorno mental y por la desinstitucionalización de los hospitales psiquiátricos;

Considerando que en 11 años se ha reducido en Brasil 38,7% de los hospitales psiquiátricos, sustituyéndolos por modelos comunitarios y territoriales y por la creación de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS). En 2005, eran 40.942 espacios de internación psiquiátricas y en diciembre de 2016, los registros del Catastro Nacional de Establecimientos de Salud (CNES) contaban con solo 25.097 espacios y una reducción del porcentaje de los gastos con la red hospitalaria de 75,24% para 28,91%. Paralelamente, la cantidad de CAPS subió de 424, en 2005, para 2.500, en 2019. El porcentaje de gastos extra hospitalarios, relacionados al presupuesto destinado a la salud mental, aumentó de 24,76% para 71,09% en inversión financiera en los equipos sustitutivos en el mismo periodo;

Considerando el artículo 198 de la Constitución Federal, en su apartado III, que determina que las acciones y servicios de salud deben observar la directriz de participación de la comunidad, y que la participación social, también llamada “participación comunitaria” en el contexto de la salud, establecida y reglamentada por la Ley nº 8.142/90, que crea Consejos de Salud y Conferencias de Salud en las tres esferas de gobierno, así como colegiados de gestión en los servicios de salud;

Considerando que los Consejos de Salud son órganos deliberativos que actúan como espacios participativos estratégicos en la reivindicación, formulación, control y evaluación de la ejecución de las políticas públicas de salud;

Considerando que en el día 22 de diciembre de 2017, último viernes antes de Navidad, durante el receso del Legislativo y del Judicial, el Ministerio de la Salud publicó las resoluciones nº 32/17 y nº 3.588/17, que oficializaron medidas que modificaron el acumulado de las políticas públicas de salud mental, alcohol y otras drogas de los últimos 30 años, sin que haya sido analizado o aprobado en el Consejo Nacional de Salud y otras instancias de participación social;

Considerando la Ley nº 13.840, de 5 de junio de 2019, aprobada en el Senado, sin que el debate haya sido ampliado, desconsiderando enmiendas de comisiones presentadas, que retrocedió décadas al prescribir internaciones involuntarias como estrategia central en la atención a los usuarios de drogas, como otras medidas retrógradas con daño de experiencias exitosas y avances técnicos-científicos;

Considerando los vetos presidenciales a la Ley nº 13.840/2019 (que se aprobó en el Senado sin contribuciones provenientes de prolongado debate y acuerdos en diversas comisiones del congreso nacional en los últimos años), que distorsionan los órganos de control, la participación de la sociedad y reduce los recursos/estrategias dirigidos a la inclusión social, labor y generación de ingresos;

Considerando la Recomendación nº 03, de 14 de marzo de 2019, del Consejo Nacional de Derechos Humanos, enviada al Pleno del Consejo Nacional de Salud, en la cual recomienda al Ministerio de Salud suspender la ejecución de todas las normativas incompatibles con la establecida Política Nacional de Salud Mental, que subvencionaban la “Nueva Política de Salud Mental”;

Considerando la Recomendación nº 05, de 15 de febrero de 2019, del Pleno del Consejo Nacional de Salud, que recomienda al Ministerio de Salud que las manifestaciones del área técnica de salud mental se basen en los principios de la Reforma Psiquiátrica Brasileña, en la Ley nº 10.216/2001 y en las deliberaciones del Consejo Nacional de Salud;

Considerando la Acción Civil Pública de la Defensoría Pública de la Unión frente a la Unión, que requiere la tutela de urgencia para suspender la eficacia de la Resolución CIT nº 32, de 17 de diciembre de 2017; de la Portaria GM/MS nº 3.588/2017; de la Portaria Interministerial nº 2, de 21 de diciembre de 2017; de la Portaria GM/MS nº 2663, de 11 de octubre de 2017; de la Portaria GM/MS nº 1315, de 11 de marzo de 2018; de la Resolución CONAD nº 1, de 9 de marzo de 2018; de la Resolución SAS/MS, nº 544, de 7 de mayo de 2018; de la Resolución GM/MS nº 2.434, de 15 de agosto de 2018; de la Resolución CIT nº 36/2018, de 25 de enero de 2018, considerándose que padecen de defectos insalvables;

Considerando la Nota Técnica de la Fiscalía Federal de los Derechos del Ciudadano nº 5/2019/PFDC/MPF, de 22 de marzo de 2019, dirigida a los Ministros de Salud, Justicia y Seguridad Pública y de la Ciudadanía, que tienen como objetivo explicitar las premisas fácticas y jurídicas que conducen a concluirse por la ilegalidad e inconstitucionalidad de la actual política de salud mental, que permite que pacientes permanezcan por largos períodos internados en manicomios;

Considerando que la política nacional de salud mental, alcohol y otras drogas basadas en las directrices de la Reforma Psiquiátrica, cuyos derechos de los usuarios son garantizados por la Ley nº 10.216/2001,

logró desde su promulgación la reversión del cuadro de sistemática institucionalización de las personas con enfermedades mentales y usuarios problemáticos de alcohol y otras drogas. Ha posibilitado el cuidado en libertad y principalmente la inclusión social de millones de usuarios que hasta entonces eran mantenidos en largos períodos de internación en instituciones psiquiátricas y comunidades terapéuticas, excluidos del convivio familiar y comunitario;

Considerando que la política nacional de salud mental, al constituirse una política de Estado, garantizó la ampliación y sostenibilidad de políticas públicas, las cuales contemplaron el pleno ejercicio de la ciudadanía a través de incentivos financieros (*Ley De Volta para Casa* y resoluciones de creación de servicios residenciales terapéuticos), incentivos a la generación de empleo y renta (*Ley de la Cooperación Social*) y promoción de intervenciones en la cultura, entre otras, deconstruyendo estigmas sociales y posibilitando la reorientación del cuidado para el territorio donde sea posible observar esta clientela siendo aceptada con sus diferencias, resuelve:

CAPÍTULO I

DIRETRICES GENERALES

Artículo 1º. Esta Resolución se destina a la orientación de las políticas de salud mental y de consumo problemático de alcohol y de otras drogas en todo el territorio brasileño, extendiéndose a todos los ciudadanos que se incluyen en este público. Se direcciona a las (los) agentes e instituciones del estado, involucrando no solo el área de la salud, sino también la totalidad de los sectores que toman parte en la construcción e implementación de políticas públicas direccionadas a la clientela en sufrimiento psíquico, incluso los sectores judicial y legislativo en las exigencias que envuelven proposiciones de acciones colectivas y/o individuales, Resolución de conflictos respecto de la garantía de derechos o reconocimiento y su cese de infracciones.

Artículo 2º. La política de salud mental se debe guiar por los principios de los Derechos Humanos conquistados y acordados en convenciones provenientes desde la mayoría absoluta de las naciones del planeta y debidamente firmadas por Brasil, como un modelo notable del proceso civilizatorio humano, así como por las organizaciones asociadas a las Naciones Unidas, que orientan diversas políticas públicas y sociales en sus campos específicos, como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

Párrafo 1º. La asistencia en salud mental y sus servicios deben garantizar el acceso a los ciudadanos sin ninguna forma de violación a los derechos humanos, prohibiendo tratamientos crueles y degradantes, malos tratos, contenciones físicas y químicas, pérdida de derechos civiles o que estimulen la discriminación, el prejuicio y el estigma social.

Párrafo 2º. La política de salud mental se debe direccionar a una sustitución gradual, pero completa de todos los servicios e dispositivos de tratamiento basados en el aislamiento, hospitalización prolongada y anulación de los derechos civiles.

Párrafo 3º. La asistencia a la salud mental debe promover ciudadanos en espacios abiertos, que estimulen y valoren la dignidad, la libertad, la autonomía, la autoestima y el consentimiento previo de las (los) usuarios (as) y sus familiares, el acceso a la información sobre derechos y a los medios de comunicación y la inserción y convivencia social y comunitaria en los propios territorios en donde viven.

Párrafo 4º. En eventuales situaciones que impiden la plena decisión del (la) usuaria (o), o que envuelven crisis severa o riesgo para sí mismo o para los (las) demás, los tratamientos sin consentimiento previo se deben realizar con todas las protecciones legales previstas en las leyes, en las convenciones internacionales y en las recomendaciones de las organizaciones internacionales de derechos humanos.

Artículo 3º. La política de salud mental y de drogas deben garantizar y valorar la plena participación de las (los) usuarios (as) y familiares en todas las decisiones que incluyen su tratamiento, la dinámica de los servicios y de la propia asistencia y de la política nacional, de modo que este último componente ya forma

parte de la propia estructura del Sistema Único de Salud (SUS), por sus dispositivos de control social (consejos de salud y conferencias nacionales de salud y de salud mental).

Artículo 4°. La perspectiva de los derechos humanos exige que la asistencia en el campo de la salud mental y de drogas sea plenamente integrada intersectorialmente con las demás políticas sociales.

Párrafo explicativo. El tratamiento del sufrimiento psíquico y/o del consumo problemático de drogas se debe asociar completamente a los procesos de conquista de la ciudadanía y sus requisitos básicos, es decir, el carácter público y gratuito, la universalidad, integralidad y plena accesibilidad a los derechos sociales, como el derecho a la salud, educación, asistencia social, previsión social, vivienda, trabajo e ingreso, seguridad alimentaria, movilidad y transporte público, y acceso a las oportunidades sociales, culturales, deportivas y de turismo, ocio e inclusión digital.

Artículo 5°. Para garantizar el principio del amplio respeto a los derechos humanos y la conquista de la plena ciudadanía, la política de salud mental y de drogas debe tener en cuenta y respetar obligatoriamente las características y especificidades económicas, sociales, locales, culturales, étnicas, generacionales, familiares, de género, de orientación sexual, de identidad de género, demográficas y epidemiológicas de los diversos grupos y sectores de la población, sin cualesquiera formas de desigualdad de oportunidades, filtros de acceso, prejuicio y discriminación, adaptando los abordajes y las formas de acogimiento y de trato a las particularidades de cada uno de esos grupos sociales.

Artículo 6°. Todas las instituciones, agencias y principales agentes sociales y políticos involucrados en la reorientación del cuidado en salud mental debe promover cambios significativos en las teorías, abordajes y en las normas éticas, en las prácticas y en la formación profesional en lo que se refiere al rompimiento con la lógica estructurante de los modelos anteriores (asilar, excluyentes y que objetifican el sujeto), así como con los estatutos jurídicos y las prácticas legales que aún los sostienen.

Párrafo 1°. Los cambios deben alcanzar particularmente los dispositivos de patologización, medicalización y estandarización de las diferencias existenciales, subjetivas, de identidad y de las múltiples formas de estar en el mundo y vivir la salud.

Párrafo 2°. Los cambios se deben direccionar a la promoción de las transformaciones en la cultura difundida en la sociedad, en las relaciones sociales y en las instituciones que aún sostienen la intolerancia, la segregación y el estigma social con relación a las personas en sufrimiento psíquico y/o usuarios de drogas.

CAPÍTULO II

PROTAGONISMO Y EQUIDAD DEL CUIDADO AL PERFIL DE LAS (LOS) USUARIOS Y FAMILIARES

Artículo 7°. La construcción de las políticas públicas debe incluir la contribución participativa de las (los) usuarias (os) y sus familiares, teniendo en cuenta que la lógica que direcciona la Reforma Psiquiátrica brasileña se basa en los principios de la atención psicosocial y del SUS, cuyo protagonismo de las (los) usuarias (os) es el principio fundamental.

Párrafo explicativo. La participación popular y el control social se debe tratar por el protagonismo de las (los) usuarias (os) y sus familiares, sobre su tratamiento, sus propias vidas y en el apoyo a la construcción de sus decisiones garantizados en el principio constitucional de la libre elección y de vivir en libertad.

Artículo 8°. Se deben abolir las políticas discriminatorias de cualquier ordenamiento, y que sean discutidas en el prejuicio racial, en la identidad de género, en la orientación sexual y en la condición existencial o socioeconómica las cuales llevan a tratamientos involuntarios, a medidas de higienización como la separación de niños y madres que viven en situación de calle y en otras situaciones de vulnerabilidad, malos tratos y persecución.

Artículo 9°. Las poblaciones originarias y tradicionales deben protagonizar las políticas públicas de salud mental que respeten sus características culturales, de modo que los datos sociodemográficos y epidemiológicos se incluyan a partir de sus historias y costumbres.

Párrafo explicativo. El respeto a las creencias religiosas y los modos de vida es un principio fundamental de la preservación del bienestar físico y mental de las poblaciones originarias y tradicionales.

Artículo 10. La violencia en sus diversas categorías y características/implicaciones específicas para los diferentes grupos sociales, se debe definir como una cuestión multifactorial con respuestas obligatoriamente complejas y diferenciadas.

Párrafo explicativo. Las iniciativas basadas en la medicalización y patologización de sus consecuencias deberán deshacerse por medio de la calificación/formación de los profesionales, debates políticos y campañas educativas con toda la sociedad.

CAPÍTULO III

CRISIS Y DISPOSITIVOS PARA INTERNACIÓN Y ACOGIMIENTO

Artículo 11. La percepción de la crisis relacionada con enfermedades mentales y/o al consumo problemático de drogas, así como la evaluación de la posibilidad de acogimiento o de internación, no se deben restringir a las alteraciones psicopatológicas y al proceso natural de “enfermedad”.

Párrafo Explicativo. La situación de crisis, descrita por el nuevo modelo social de discapacidad en la Ley Brasileña de Inclusión (Ley nº 13.146/2015), se debe contextualizar con la red de apoyo social del usuario, su vulnerabilidad y con los vínculos construidos previamente con la red de servicios de salud mental, salud y asistencia social.

Artículo 12. La internación psiquiátrica se debe considerar como un recurso de excepción, como lo describe la Ley nº 10.216/2001, en el artículo 4º: “*A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes*”.

Párrafo 1º. La internación psiquiátrica se debe considerar como un recurso terapéutico con un fuerte potencial iatrogénico, que lleva a la reincidencia (reinternaciones), con pronóstico peor a largo plazo para los casos de enfermedades mentales, aumento desproporcional del costo del sistema y de la asistencia, además de la propagación del estigma social, aislamiento y debilitamiento de las relaciones sociales.

Párrafo 2º. Problemas relacionados con el consumo de alcohol y de otras drogas no se deben considerar como el único indicativo de internación, sin que sean evaluados el contexto clínico, los recursos disponibles y los vínculos sociales.

Artículo 13. Entre los recursos creados en el campo de la política de salud mental, deben constituir los dispositivos de referencia para la atención a las personas en crisis:

I – Centros de Atención Psicosocial con espacio de acogimiento (CAPS III), creados para los usuarios en sufrimiento psíquico grave y/o consumo problemático de drogas, en el propio territorio del usuario, preservando sus vínculos comunitarios y la relación con el equipo clínico de referencia;

II – Estancia de Salud Mental en Hospital General;

III – Unidades de Acogimiento, un dispositivo abierto que permite el acogimiento de usuarias (os) de drogas en situación de vulnerabilidad y vinculado a la red de atención psicosocial, permitiendo la permanencia por un período superior a 30 días e inferior a 180 días.

Párrafo explicativo. El cuidado en salud mental se debe incluir en el sistema de atención de la Red de Urgencias y Emergencias (SAMU, Unidades de Pronto Atendimento – UPA, Unidad de Urgencias, Hospitales Generales – HG), con equipos orientados según las instrucciones de la atención psicosocial y

de los derechos humanos, previniendo intervenciones con violencia e internaciones innecesarias, siempre asociado a los servicios territoriales de referencia, teniendo en cuenta el proyecto terapéutico particular de (o) usuaria (o).

Artículo 14. En situaciones que requieren soporte de clínica médica, como aquellos que envuelven alcohol y otras drogas, la internación se debe realizar en hospitales generales.

Párrafo explicativo. La proporción de habitaciones en cada unidad no debe superar el 15% del total de habitaciones del hospital hasta el máximo de 30 habitaciones, posibilitando el cuidado individual y proyectos terapéuticos singulares. Tales internaciones deben tener corta estancia, sin que produzca institucionalización y que preserve el vínculo de acompañamiento con el equipo de referencia de los diversos tipos de CAPS.

Artículo 15. En todos los casos de internación, es obligatoria la producción de un informe médico detallado, siendo insuficiente solo la indicación genérica de la medida de internación. Esta exigencia está prevista en la Ley nº 10.216/2001, en el artículo 6º para todos los tipos de internaciones.

Artículo 16. La Ley nº 10.216/2001, Artículo 6º, en su párrafo explicativo, se caracteriza tres tipos de internaciones psiquiátricas:

I – Internación voluntaria: es aquella que se lleva a cabo con el consentimiento del usuario, manteniendo el derecho de solicitar el alta en el momento que desee;

II – Internación involuntaria: es aquella que se lleva a cabo sin el consentimiento del usuario, por solicitud de terceros;

III – Internación obligatoria: es aquella que se determina por la Justicia.

Párrafo explicativo. Los nuevos principios presentados por la Ley Brasileña de Inclusión (Ley nº 13.146/2015), así como el veto a la privación de libertad (Artículo 14) y la toma de decisión apoyada, requieren nuevos protocolos que garanticen los derechos y los dispositivos de comunicación con el mundo externo y con las (los) representantes indicadas (os) por las (los) usuarias (os), para garantizar los derechos del alta y de revisión de las decisiones de la autoridad médica, en los casos de internación voluntaria e involuntaria.

Artículo 17. En la Ley nº 10.216/2001, la internación involuntaria constituye la responsabilidad del (la) profesional médico (a), sin embargo, la Ley Brasileña de Inclusión apunta para una evaluación por un equipo multiprofesional.

Párrafo Explicativo. Considerando la gravedad y la excepcionalidad de la internación involuntaria, un mecanismo obligatorio para garantizar los derechos es la información al Ministerio Público en hasta 72h del hecho, haciendo lo mismo cuando se ejecute el alta.

Artículo 18. La internación involuntaria se debe distinguir nítidamente de la internación obligatoria, autorizada por el tribunal, basado en lo expuesto en la Ley nº 10.216/2001, considerando también el Artículo 319, VII, del Código de Procedimiento Penal (CPP) y el Artículo 99 de la Ley de Ejecución Penal (LEP).

Párrafo Explicativo. La condición de internación compulsiva se debe aplicar solamente en la condición de que haya un delito y, consecuentemente, no imputabilidad observada después de la tramitación del proceso individual.

Artículo 19. La internación provisional, prevista eventualmente como justificación para la internación de usuarias (os) de alcohol y de otras drogas o persona con enfermedades mentales, solo pueden tener sustentabilidad legal en el caso de que haya delito practicado con violencia o con grave amenaza. Con excepción de esta condición, queda evidente la ilegalidad de la internación provisional y de la internación

compulsiva para casos en los cuales la justificativa se restringe a la condición diagnóstica/clínica del individuo si no hubo crimen como el descrito anteriormente.

Párrafo explicativo. El Decreto-Ley n° 891/1938 que prescribe las internaciones compulsivas de usuarias (os) de alcohol y drogas, no fue recibida por la Constitución Federal de la República de 1988, de modo que no se puede considerar vigente luego de la promulgación de la Ley n° 10.216/2001. Así, actualmente no debe ser instrumento de base legal para este procedimiento.

Artículo 20. El conjunto de la legislación y de la atención a personas con trastornos provenientes del consumo de alcohol y de otras drogas, y específicamente la reciente Ley n° 13.840, de 5 de junio de 2019, que dispone sobre el “Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas” y que define “las condiciones de atención a los usuarios o dependientes de droga”, en sus previsiones para las internaciones involuntarias y acogimiento en las comunidades terapéuticas, deben observar los siguientes dispositivos legales vigentes:

I – Todos son iguales ante la ley, sin distinción de cualquier naturaleza, garantizando a los brasileños y a los extranjeros que viven en el País la inviolabilidad del derecho a la vida, a la libertad, a la igualdad, a la seguridad y a la propiedad, en los siguientes términos (Artículo 5º, CF/88) y Nadie estará obligado a hacer o dejar de hacer algo, sino en conformidad con la ley (Artículo 5º, II, CF/88).

II – La garantía de derechos humanos, libertades fundamentales e inclusión de personas con discapacidad, en conformidad con el Decreto n° 6949/2009, con valor de enmienda constitucional, reglada posteriormente por la Ley n° 13.146/015, señalando los siguientes puntos:

Ila) Reconociendo la importancia, para las personas con discapacidad, de su autonomía e independencia individuales, incluso de la libertad para hacer sus propias elecciones (Preámbulo, n);

Ilb) Que las personas con discapacidad no sean privadas ilegal o arbitrariamente de su libertad y que toda la privación de libertad esté en conformidad con la ley, y que la existencia de la deficiencia no justifique dicha privación (Artículo 14º, b);

Ilc) Ninguna persona se someterá a la tortura o a tratamientos o penalidades crueles, deshumanos o degradantes (Artículo 15, a);

Ild) Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de apoyo domiciliario o en instituciones residenciales o a otros servicios comunitarios de apoyo, incluso aquellos de asistencia personal que fueren necesarios como soporte para que las personas con discapacidad vivan y se incluyan en la comunidad y para evitar que se queden aisladas o alejadas de la comunidad (Artículo 19, b).

III- La Reforma Psiquiátrica, Ley n° 10.216/2001, en la cual se deben señalar:

IIIa) El veto a la internación en instituciones de características de acogimiento (Artículo 4º, Párrafo 3º);

IIIb) Son derechos de la persona con enfermedad mental:

I – tener acceso al mejor tratamiento del sistema de salud, de acuerdo con sus necesidades;

II – ser tratada con humanidad y respeto con la única intención de beneficiar su salud, con el objetivo de lograr su recuperación por la inserción en la familia, en el trabajo y en la comunidad;

III – recibir protección contra cualquier forma de abuso o explotación;

IV – tener garantías de sigilo en las informaciones ofrecidas;

V – tener el derecho a la presencia médica, en cualquier tiempo, para aclarar la necesidad o no de la hospitalización involuntaria;

VI – tener el libre acceso a los medios de comunicación disponibles;

VII – recibir la mayor cantidad de informaciones sobre su enfermedad y su tratamiento;

VIII – ser tratada en ambiente terapéutico por medios menos invasivos posibles;

IX – ser tratada, preferencialmente, en servicios comunitarios de salud mental (Artículo 2º).

IIIc) El tratamiento en régimen de internación se estructurará de modo que ofrezca asistencia integral a la persona con enfermedades mentales, lo que incluye servicios médicos, de asistencia social, psicológicos, ocupacionales, de ocio, etc. (Artículo 4º, Párrafo 2º).

Artículo 21. Las internaciones en comunidades terapéuticas, por medio de internaciones involuntarias en instituciones de ámbito cerrado, por largos períodos, y que trabajan con la abstinencia como el único objetivo no deberían ocurrir según la legislación vigente que orienta la prioridad para los cuidados en servicios comunitarios.

Párrafo 1º. La Resolución conjunta de varias agencias de la ONU (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura – UNESCO, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF, Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito – UNODC, Organización Mundial de la Salud – OMS, etc.), intitulada “declaración Conjunta Centros de detención y rehabilitación obligatorios relacionados con las drogas”, de marzo de 2012, convoca los países miembros para que cierren los centros de detención y rehabilitación estructurado en las internaciones obligatorias, y promueven el cuidado en servicios comunitarios de adhesión voluntaria que respeten los derechos humanos.

Párrafo 2º. El informe de Inspección Nacional en Comunidades terapéuticas – 2017 (CFP; MNPCT, MPFDC, 2018) señala que en todos los establecimientos visitados se identificaron prácticas de violación de derechos humanos que no respetan los principios legales definidos por la ley nacional que dispone sobre la protección y los derechos de las personas con enfermedades mentales y cambia la dirección del modelo de asistencia en salud mental (Ley nº 10.216/2001).

Párrafo 3º - La Ley nº 13.840/2019, IV, Artículo 23 que dispone sobre “el tratamiento del usuario o drogodependiente” reproduce las orientaciones de la Ley nº 10.216/2001 al priorizar la internación como excepcionalidad en casos donde todas las modalidades cuando los recursos extra-hospitalarios sean insuficientes. Deberá llevarse a cabo en unidades de salud o hospitales generales que tengan equipos multidisciplinarios y mediante informe médico. También orienta que el tratamiento debe ocurrir en una red de atención a la salud, donde el servicio ambulatorio sea prioridad.

Artículo 22. La condición de los *Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico*, conocidos como Manicomios Judiciales demuestra la total quiebra de un cuidado integral con la finalidad de reinsertar la persona internada. El último informe de 2015 realizado por el Consejo Federal de Psicología (CFP), en conjunto con la Orden de los Abogados de Brasil (OAB) y la Asociación en Defensa de la Salud (AMPASA), apunta que el Manicomio Judicial reúne el peor de la segregación con el peor del estigma.

Comprueba la precariedad de las condiciones en estas instituciones y las constantes violaciones de derechos, que no se restringe a la salud, sino también al derecho al acceso a la asistencia jurídica. A este respecto, debe haber una completa reestructuración del sistema, que tiene que considerar:

I – La persona con enfermedades mentales en desacuerdo con la ley y considerado inimputable tiene como presupuesto la necesidad de tratamiento en dispositivos de salud y en el caso de que haya restricción de la libertad, debe garantizar la preservación de los derechos fundamentales a cualquier ciudadana (o), además de ofrecer un cuidado según la lógica de la atención psicosocial y orientado para la reinserción social de esos individuos;

II – Se debe garantizar la intervención en colaboración con los equipos del Servicio de Atención Psicosocial, ocurriendo de forma regular y constante, como lo previsto en el plan nacional de atención penitenciaria, independiente del tipo de institución restrictiva de la libertad en donde esté el individuo;

III – La internación compulsiva, actualmente definida con el objetivos de seguridad, es una forma evidente de violación a la ley 10.216/2001, teniendo en cuenta las unidades de custodia hospitalarias y de tratamiento psiquiátrico, puesto que esta ley prohíbe explícitamente la internación de personas en instituciones que utilizan métodos de aislamiento en el artículo 4º, párrafo 3º y en el artículo 9º, que establece llevarse en cuenta “las condiciones de seguridad del establecimiento, sobre el amparo al paciente, de los demás que estén internados y de los funcionarios;”, así como a la Ley Brasileña de Inclusión en los artículos 14, 15 y 19.

Párrafo explicativo – son necesarias acciones inmediatas para la construcción de una política de atención a las personas con enfermedades mentales en conflicto con la ley que se ajuste a la lógica de la atención psicosocial, o sea, que prescinda de espacios de aislamiento y de violación de derechos, modelo que hoy representan los hospitales de custodia y tratamiento psiquiátrico.

Artículo 23. Las autoridades de los poderes Judicial y Legislativo brasileños deberán observar las recomendaciones hechas por el Comité de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en la sesión 14ª, de 17 de agosto a 4 de septiembre de 2015, que produjo un informe en el que, inicialmente, saluda al Estado brasileño debido al hecho de que la Convención tiene “equivalencia normativa constitucional”. Señala las siguientes preocupaciones las cuales el Estado brasileño debe tener en cuenta:

I – Relatos de la privación arbitraria de la libertad y de tratamiento involuntario de personas con discapacidad basado en la discapacidad, incluso situaciones en las que se asume que esas personas son peligrosas para sí mismas o para otros, con base en un diagnóstico discriminatorio (28).

II – El Estado Parte recomienda que se tome medidas, incluso sobre la derogación de las disposiciones legales pertinentes, para abolir la práctica de la internación involuntaria o la hospitalización y tratamiento médico forzoso y que prohíba, específicamente, los tratamientos psiquiátricos basados en la discapacidad y que proporcione posibilidades de tratamiento basado en la comunidad.

III – Preocupación con el hecho de que las personas con discapacidad que no son consideradas responsables por la práctica de un delito debido a su discapacidad pueden someterse a medidas de seguridad, incluso la detención por tiempo indeterminado.

Artículo 24. La medida de seguridad aplicada a las personas con enfermedades mentales o con consumo problemático de drogas en conflicto con la ley y considerados inimputables, se incluyen en medidas de tratamiento y no en medidas de punición. Así, estas personas serán reguladas por la ley nº 10.2016/2001, de modo que la internación en instituciones de aislamiento está prohibida.

Párrafo explicativo. Las condiciones de los hospitales de custodia y de tratamiento psiquiátrico (“Inspección a los manicomios” CFP, 2015) y la orientación de prioridad de atención en servicios comunitarios previstos en la Ley nº 10.106/2001, hace que sea fundamental la reorientación de las determinaciones vigentes para la adecuación a la legislación sobre el tema y, así, considerar las iniciativas de atención en libertad para las personas con enfermedades mentales o con consumo problemático de alcohol y de otras drogas, tal como el Programa de Atención Integral al Loco Infractor/ PAILI (Ganador del premio Innovare 2009) y crear nuevos protocolos para esta grave situación de violación de derechos en el país.

Artículo 25. La internación compulsiva de usuarias (os) de drogas sin haber practicado delito se configura como una total anomalía y en oposición al ordenamiento jurídico brasileño. Por lo tanto, no es está a cargo del Poder Judicial determinar la internación tenga el tratamiento como única finalidad.

CAPITULO IV

SUPERVISIÓN Y CONTROL DE PROGRAMAS Y SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y DROGAS

Artículo 26. El control, la supervisión y la intervención de la esfera pública en políticas y servicios para personas con enfermedades mentales y/o usuarias problemáticas de drogas constituyen principios siempre presentes en las convenciones de la ONU, debidamente firmadas por el Estado brasileño, así como de la legislación que de ellas sean resultantes. Estos principios deben ser respetados y debidamente implementados, destacándose el siguiente:

I – la carta de la ONU de 1991 (Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención a la Salud Mental): Monitoreo y Mecanismos de Intervención: Los Estados deben garantizar que mecanismos adecuados entren en vigencia para promover la aceptación de estos Principios, la inspección de establecimientos de salud mental, para la apreciación, investigación y Resolución de denuncias, y para establecer procedimientos disciplinarios o judiciales apropiados para casos de mala conducta profesional o violación de los derechos de un (una) usuario (a) (Principio 22).

II – La Ley 13.146/2015 – Ley Brasileña de Inclusión – LBI: Es deber de todos comunicar a la autoridad competente cualquier forma de amenaza o de violación de los derechos de la persona con discapacidad. Párrafo explicativo. Si, en el ejercicio de sus funciones, los jueces y los tribunales hayan tenido conocimiento de hechos que caractericen las violaciones previstas en esta ley, deben remitir los documentos procesales al Ministerio Público para los trámites necesarios (Artículo 7º). Es deber del Estado, de la sociedad y de la familia garantizar a la persona con discapacidad, con prioridad, la efectivización de los derechos inherentes a la vida, a la salud, a la sexualidad, a la paternidad y a la maternidad, a la alimentación, a la habitación, a la educación, a la profesionalización, a la labor, a la seguridad social, a la habilitación y rehabilitación, al transporte, a la accesibilidad a la cultura, al deporte, al turismo, al ocio, a la información, a la comunicación, a los avances de la ciencia y de la tecnología, a la dignidad, al respeto, a la libertad, a la convivencia familiar y comunitaria, entre otros derivados de la Constitución Federal, de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo y de las leyes y otras normas que garanticen su bienestar personal, social y económico (Artículo 8).

Además de estos artículos iniciales, la LBI presenta disposiciones transitorias detalladas (Título III, Artículo 97 – y siguientes) para las diversas instancias del Estado brasileño actuaren de defensa de derechos específicos de cada sector de las políticas públicas brasileñas.

Artículo 27. Todos los ámbitos comprometidos con la supervisión e inspección en servicios de salud mental y drogas deben superar la precariedad, fragmentación y desarticulación de los procesos y de los órganos de fiscalía disponibles, así como los que incluyen la Vigilancia Sanitaria, Bomberos, Ministerio Público, consejos y asociaciones profesionales, comisiones de investigaciones del Legislativo, entre otros.

Párrafo 1º - Los procesos de fiscalía deben desarrollarse sin excepción en medidas correctivas y punitivas a los responsables por las irregularidades y así superar la frecuente ineficacia de estas acciones que generan impunidad y perpetuación de las violaciones de derechos.

Párrafo 2º - Los procesos de fiscalía deben ser más consistentes y detallados en las casas que practican la restricción de libertad y del contacto/comunicación con el mundo exterior, que con frecuencia establecen tratamientos invasivos que resultan en diferentes grados de supresión de la privacidad y de la subjetividad, y en violaciones de derechos.

Párrafo explicativo. Los servicios instalados en lugares alejados de los centros urbanos y de difícil acceso (por restricción de entrada y visitación y/o distancia) necesitan tener rigurosa y permanente atención, como por ejemplo las comunidades terapéuticas (CFP, MNPCT, MPFDC, 2018) e instituciones psiquiátricas. El contexto de aislamiento del mundo y de la visibilidad social, convierten en principales denunciadores potenciales los usuarios y sus familiares, cuyas voces son silenciadas muchas veces a través de la descualificación de sus discursos o coacción directa. Así, las diversas instancias que son responsables por la inspección han que hacer un esfuerzo adicional para implementar procesos constantes de supervisión, divulgación y concientización de los derechos básicos que deben ser respetados en estos tipos de servicios.

Artículo 28. Los servicios abiertos y comunitarios de salud mental y de drogas deben ser también objeto de fiscalización regular. Basados en los principios de la Reforma Psiquiátrica y de los Derechos Humanos. Es necesario reconocer que esas modalidades de servicios tienden a ser más permeables a los procesos de participación en las decisiones, interposiciones de reivindicaciones y propuestas de perfeccionamiento. La fiscalización y el control por la propia comunidad, por los (las) usuarios (as) y familiares y por los muchos dispositivos de control social existente en el propio Sistema Único de Salud (consejos gestores, distritales, municipales y nacional de salud y sus conferencias nacionales) deben ser incentivadas y facilitadas por los gestores y operadores del poder judicial, garantizando la creación de dispositivos regulares de supervisión.

Artículo 29. El eventual contexto actual de depreciación y desinversiones en la red de salud mental no pueden justificar medidas que generan pérdida de derechos. Así, es competencia de las instancias superiores la creación de mecanismos constantes de permeabilidad, escucha y articulación con los trabajadores, usuarios (as) o familiares, sus asociaciones/movimientos sociales, y con estos dispositivos de control

social ya existentes, en el sentido de acoger todas las denuncias que no se corrigieron debidamente por esas instancias internas y los programas de salud y salud mental.

Artículo 30. Las políticas y programas de salud mental y drogas, conjuntamente con todas las instancias públicas de fiscalización de las diversas modalidades de estos servicios deben garantizar, desde el reconocimiento de las normas, de autorización para funcionamiento y principalmente para que reciban presupuestos gubernamentales, la existencia de protocolos inequívocos y sistemáticos de fiscalización contruidos y auditados por la sociedad civil, con prioridad a la participación de los (las) usuarios (as) y de sus familiares.

Párrafo explicativo. Estos protocolos deben garantizar la transparencia y todos los cuidados para que la atención de grupos en situación de vulnerabilidad ofrezca efectivamente cuidado y promoción de su salud, ciudadanía, inclusión social y, principalmente, garantía de respeto a sus Derechos Humanos. Entre las referencias para el desarrollo de dichos procesos se encuentran instrumentos como el QualityRights (2012), de la Organización Mundial de la Salud, estandarizados y debidamente adaptados a países como Brasil.

Artículo 31. Esta Resolución entra en vigencia en la fecha de su publicación.

LEONARDO PENAFIEL PINHO

Presidente

Conselho Nacional dos Direitos Humanos



Documento assinado eletronicamente por **Leonardo Penafiel Pinho, Presidente**, em 18/11/2019, às 18:23, conforme o § 1º do art. 6º e art. 10 do Decreto nº 8.539/2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://sei.mdh.gov.br/autenticidade>, informando o código verificador **0988945** e o código CRC **3DE341BE**.