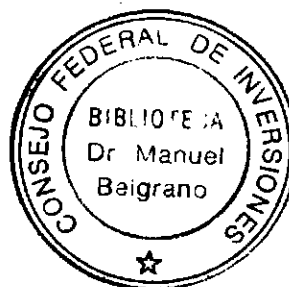


O/M. 411

424B

V19P

**"PAUTAS PARA UN MARCO NORMATIVO
DE LAS ACCIONES DE SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO
DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA"**



**Informe Final
Julio de 2001**

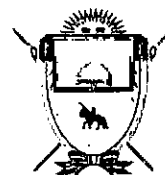
Lic. Edith Vivona



Consejo Federal
de Inversiones



Ministerio de
Bienestar Social



Gobierno de la
Provincia de La Pampa

AUTORIDADES PROVINCIALES

Gobernador

Dr. RUBÉN HUGO MARÍN

Vice-Gobernador

Dr. HERIBERTO MEDIZA

Ministra de Bienestar Social

Sra. MARTA CARDOSO

Subsecretario de Salud

Dr. EDUARDO FILGUEIRA LIMA

1- DENOMINACIÓN

"Pautas para un marco normativo de las acciones de salud mental en el ámbito de la Provincia de la Pampa"

2- JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Una cantidad de experiencias se vienen sucediendo en distintos países en torno a los problemas referidos a la salud y a la enfermedad mental, experiencias que implican profundas transformaciones en lo conceptual y en las prácticas que determinan, "cuyo carácter más significativo es, a mi entender, aquel que promueve la sustitución de los principios y prácticas de la asistencia psiquiátrica tradicional y genera la fundación del campo de la salud mental".¹

Se cree de fundamental importancia destacar en la cita precedente el proceso de transformación que se opera en el pasaje que sustituyen ciertos abordajes terapéuticos, ligado al modelo impuesto desde la psiquiatría tradicional, por otros modelos de atención que implican diversos saberes y abordajes interdisciplinarios e intersectoriales y que abarcan la promoción, la asistencia, la rehabilitación y reinserción social.

¹ Barenblit Valentin del prólogo de "De un Horizonte Incierto" Galende Emiliano. Paidós 1997

Cómo se fue dando este proceso en la provincia de la Pampa? Proceso que implicó la puesta en marcha de acciones innovadoras, la reflexión y necesaria evaluación de las mismas y las normas que las sostienen.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El 5 de junio de 1959 se habilitó el Servicio de Psiquiatría por disposición N°54 de la Subsecretaría de Salud Pública en el Establecimiento Asistencial "Dr. Lucio Molas " ubicado en la ciudad de Santa Rosa, la razón de su creación fue la presión asistencial en aumento. El hospital era Nacional y el Servicio se habilitó con camas para pacientes hombres.

En Gral. Acha en 1961 se inaugura una sala con pacientes provenientes del Hospital "José T. Borda" de origen pampeano, en 1965 estos pacientes son trasladados a Santa Rosa por falta de profesionales en esa localidad. Llegó a contar con 60 camas de internación y consultorio externo.

A partir de 1970 y con la provincialización de los establecimientos asistenciales se distribuyeron los pacientes en Colonias y se habilita la "División Clínica Psiquiátrica " en el hospital "Lucio Molas" con 28 camas de internación y consultorios externos.

En 1977 se habilita el Servicio de Psiquiatría del Establecimiento Asistencial "Padre Buodo" de Gral. Acha y son derivados allí los pacientes crónicos.

En el año 1978 se intenta sistematizar la atención psiquiátrica mediante la resolución No 293/78 que establece la atención de pacientes agudos en Santa Rosa, de pacientes crónicos en Gral. Acha y de pacientes con dependencia al alcohol en el establecimiento asistencial "Gob. Centeno" en la ciudad de Gral. Pico, no llegándose a cumplir esto último por falta de camas propias.

Como puede apreciarse, hasta el año 1983 la modalidad de abordaje era de tipo asistencial y se efectuaba en Servicios de Psiquiatría ubicados en Hospitales Generales donde se realizaban internaciones y atención por Consultorio Externo.

Con la apertura del proceso democrático, en el año 1983 se posibilita en la provincia un espacio, con la intención de delinear políticas sanitarias que incluyeran por primera vez en la provincia, políticas y prácticas en salud mental.

El 27 de febrero de 1985 se crea la Dirección de Salud Mental dependiente de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Bienestar Social.²

² La autora de este trabajo tiene a su cargo la creación del área y posterior puesta en marcha de la Dirección de Salud Mental

Entonces se sostenía que "fijar políticas para el sector salud implicaba hablar del señalamiento de grandes directivas, de establecer prioridades sobre las cuales elaborar planes y programas que indicarian los propósitos más generales del sector

Esto remitía a la necesidad de reflexionar sobre la concepción de la salud y la enfermedad y la misma no podía estar descontextuada del marco político ideológico de quienes la formularan.

Tradicionalmente se hacía referencia a la salud en el sentido médico, de oposición a la enfermedad, sin tener en cuenta su relación a otro referente: la comunidad y un plan de salud indica necesariamente interrogarse acerca de lo que es deseable en salud para cada comunidad, ya que a la vez que constituye un derecho inalienable de todo el pueblo, es un deber de todos los ciudadanos que debe ser ejercido con plena participación y sentido de auto responsabilidad.

No obstante durante muchos años la salud pública intentó dar respuestas a una población a través de programas que parecían repetirse, de una manera estereotipada año tras año prolijamente diseñados, siguiendo al pie de la letra lo que de planificación debía saberse. Eran programas que si bien estaban destinados a la población se diseñaban en los escritorios, alejados de sus destinatarios, sin la participación de los mismos, sin poder escuchar cuales eran las reales necesidades.

Esto presuponía una idea de un saber muy particular. Difícil era aceptar que en la gente hay un saber que tiene que ver con lo que se vive, con lo que se expresa en lo cotidiano con lo que se traduce en enfermedad como modo de indicar toda una serie de carencias no satisfechas.

Evidentemente esto indicó una ruptura, un empezar a mirar la realidad desde otro lugar.

● Ganar un lugar para la salud mental en un espacio, donde hablando desde un modelo predominante, pretendían definir los procesos de la salud- enfermedad absolutamente desde una óptica biológica, fue costoso.

No obstante la propuesta fue comenzar a pensar de una manera integrada. No dicotomizando a las personas y proponiendo superar falsas antinomias entre lo físico y lo psíquico entre lo social y lo individual.

● Proponer la integración suponía y hablando de esa integralidad multideterminada que es la salud comenzar a nombrar y crear un espacio para la Salud Mental, como parte insoslayable de la lectura de la realidad sanitaria. Empezó a escucharse, pero como enfermedad, hablándose del loco del manicomio...

No podía escucharse una propuesta en términos de salud y tampoco esto podía ser escuchado como la necesidad de que este aspecto formara parte de las políticas sanitarias.

En el enunciado al menos no se discutía, pero en la medida que lo dicho con anterioridad no se hubiese procesado, esto seguirá siendo un enunciado.

Se pudo hablar desde un marco conceptual e ideológico producto de un interjuego de variables donde poco pudo aportar la formación académica recibida y mucho la cosmovisión como instancia superadora.

Se propuso un plan de salud integrándolo a los planes sanitarios, pero teniendo en cuenta otra instancia, no podía pensárselo desvinculado de toda política social del gobierno recordando aquello de "que nadie es sano en una comunidad que no lo sea".

No es posible articular un plan de salud mental en forma independiente de una adecuada política de ingresos de vivienda o de seguridad social.

Teniendo en cuenta estos parámetros se fue intentando conceptualizar y no fue entendida la salud mental, como mera ausencia de síntomas y conflictos, sino por la posibilidad de realizar una acción transformadora sobre la realidad y una adaptación activa y creadora a la misma en la consecución del bien común. Salud como un proceso que posibilite que el individuo y la comunidad se realicen.

Se comenzaron a elaborar lineamientos muy generales que pudieran guiar las acciones. Entonces se propuso el Programa Provincial de Salud Mental que propone coordinar acciones en los tres niveles de la prevención, pretendiendo

iniciar tareas tendientes a la promoción y protección de la salud, priorizar todas aquellas que encaren planes de prevención primaria y las que apuntan a los niveles de rehabilitación social, desterrando en lo asistencial la concepción custodial y asilar de la enfermedad mental."³

Esto necesariamente implicaba el corrimiento de un eje centrado en la enfermedad, el hospital, los modelos hegemónicos a otro centrado en la salud en lo preventivo, comunitario e interdisciplinario.

Si siempre se nos permitió pensar desde la psicopatología, como se podrían introducir conceptos para pensar y actuar desde la salud? Es posible la prevención?..... a que modelo teórico responde?.... Estas preguntas no podían responderse sin que se produjera una ruptura de orden conceptual, y se aceptara la posibilidad de ir construyendo un nuevo modelo"⁴.

Nuevos servicios de salud mental se habilitaron para dar una respuesta a las demandas.

En 1985 se habilita el Servicio de Alcoholismo con 12 camas de internación y consulta externa integrado a la División de Salud Mental del Establecimiento Asistencial Dr. Lucio Molas.

³ Programa Provincial de Salud Mental Dirección de Salud Mental Subsecretaría de Salud Provincia de la Pampa 1984

⁴ Vivona Edit "El rol del psicólogo en las políticas sanitarias actuales", trabajo presentado en el 7mo. Congreso de Psicología. Córdoba 1984.

Excede los límites de este trabajo, momentáneamente la explicitación de las acciones que el mismo viene realizando hasta la actualidad.

Por Ley Provincial 1279 se habilitan los Servicios Infanto -Juveniles a través de los cuales se tiende a promover y proteger la salud mental de niños y adolescentes de 2 a 18 años y brindar asistencia a los que así lo requieran.

Esta Ley prevé que funcionen en espacios diferenciados de los Servicios para adultos y presentan como característica el hecho de no poseer camas para internación.

Se habilita también el Servicio de Salud Mental conformado por equipos multidisciplinarios en el Establecimiento Asistencial "Gov. Centeno" de Gral Pico.

Nuevas prácticas referidas a lo preventivo, lo institucional a lo comunitario, se comienzan a realizar, muchas continúan hasta la actualidad otras no se sostuvieron en el tiempo.

Lo expuesto denota que la provincia de la Pampa cuenta con una trayectoria recorrida en el ámbito de la Salud Mental, (ámbito que a partir de 1983 fue comprendido como un nuevo campo ligado a lo sociopolítico).

Este recorrido en modo alguno lineal, sufrió distintos reordenamientos, dando lugar a prácticas y saberes diversos que se plasmaron en diferentes acciones a lo largo de este tiempo.

Si se considera que en las políticas de salud actuales se asume que "la salud mental forma parte de las condiciones generales del bienestar y se ocupa específicamente del bienestar psíquico y el sufrimiento mental, por lo que está estrechamente unida a las condiciones sociales de la vida⁵ es válido suponer que frente a los innumerables cambios ligados a lo social económico, cultural e institucional, cambian las condiciones de vida de las personas y los modos de afrontar el bienestar y el sufrimiento de las mismas. Desde esta perspectiva, no solo realizar un recorrido con referencia a las prácticas sino intentar construir en forma conjunta un marco normativo que de sustento y continuidad a las mismas se considera no solo pertinente sino imprescindible.

⁵Galende Emliano "Psicoanálisis y Salud Mental "Paidós Psicología Profunda.1990

3.-OBJETIVOS

Elaborar pautas que puedan proporcionar un marco normativo para la instrumentalización continua y sistemática de las acciones de salud mental que se desarrollen en el ámbito de provincia de la Pampa.

4-ALCANCE FINAL PROPUESTO

Realizar una propuesta a las autoridades provinciales vinculadas con esta temática, para que instrumenten las acciones necesarias que posibiliten la puesta en marcha de una normativa que regule las prácticas de salud mental, poniendo especial énfasis en aquellas que permitan generar alternativas innovadoras válidas.

5- PLAN DE TRABAJO

Para lograr los objetivos propuestos se prevén realizar las siguientes tareas:

A)Análisis de las acciones que se implementan en salud mental en el ámbito provincial.

a1)Recopilación de programas y planificación existente.

B)Análisis de los recursos. Humanos, financieros y de infraestructura disponible.

C)Análisis de la demanda e identificación de patologías prevalentes.

D) Recopilación y análisis de las normativas existentes en la Provincia.

Recopilación de recomendaciones y normativas en uso, existentes a nivel nacional e internacional.

Sistematización de los datos obtenidos. Formulación de conclusiones.

Informe final. Propuesta a las autoridades.

6- METODOLOGÍA:

Las acciones planificadas se realizarán mediante:

- Entrevistas y solicitud de datos disponibles a las autoridades correspondientes.
- Análisis de datos estadísticos provenientes del Departamento de Estadística Sanitaria provincial.
- Entrevistas a los directores de establecimientos asistenciales, que posean unidades de salud mental.
- Entrevistas a informantes claves a nivel nacional e internacional.

En este informe se realiza un análisis de las acciones que se implementan en salud mental en el ámbito provincial, de los recursos con los que cuenta el área y un estudio de la demanda que posibilite identificar las patologías prevalentes.

Para lograr estos objetivos se realizaron las siguientes actividades:

Elaboración de un cuestionario destinado a los integrantes de los equipos de salud mental provinciales (se adjunta en el Anexo) tendiente a indagar distintas problemáticas en reemplazo del Mapa Europeo de Servicios que se consideró inaplicable por las características locales.

Entrevistas a los directores de los Establecimientos Hospitalarios que cuentan con servicios de salud mental, entrevistas a los responsables de las áreas de Recursos Humanos y Dirección de Recursos Físicos dependientes de la Subsecretaría de Salud Pública y solicitud de datos estadísticos al Departamento de Estadística Sanitaria.

De los datos obtenidos se infiere.

7.- PLANIFICACIÓN Y ACCIONES PROGRAMÁTICAS

Del análisis del cuestionario administrado a los integrantes de los servicios de salud mental se infiere que no existe una planificación general de las prácticas , por carecerse de una estructura para la salud mental en el orden provincial.

Hay acciones ya instituidas que responden como la mayoría de los servicios en nuestros sistemas de salud a la modalidad asistencial, otras que están determinadas por la demanda espontánea y que intentan abordar las nuevas problemáticas que en este campo han aparecido desde la intersectorialidad e interdisciplina

.En general los programas surgen de los servicios atendiendo a las necesidades locales , pero no son extensibles al ámbito provincial por lo antes señalado.

8.-ANÁLISIS DE LOS RECURSOS

8.-1 RECURSOS FISICOS

Los servicios de salud mental dependientes de la Subsecretaría de Salud Pública se encuentran instalados en hospitales generales de las localidades de Santa Rosa, Gral. Pico y Gral. Acha, cuentan con sectores para la consulta externa e internación, a excepción de los Infanto Juveniles que no poseen internación y se encuentran ubicados en espacios fisicos diferenciados del resto de los servicios que brindan atención a la población adulta.

El Departamento de Salud Mental del Establecimiento Asistencial "Dr. Lucio Molas" integrado por el Servicio de Salud Mental, Alcoholismo e Infanto Juvenil cuenta con un total de 41 camas para internación cinco consultorios externos y una sala destinada a la terapia ocupacional.

El Servicio de Salud Mental del Establecimiento Asistencial "Gob.Centeno" posee cinco consultorios externos y trece camas para internación. El ubicado en el Hospital "Padre Buodo" de la localidad de Gral Acha tiene veintiún camas, dos consultorios externos y un espacio para terapia ocupacional.

Cabe al respecto mencionar que el servicio infanto juvenil que en el momento de su habilitación se encontraba ubicado fuera del establecimiento asistencial, en la actualidad ocupa un lugar que podría definirse como poco diferenciado

dentro del hospital, que no permite cumplir con los objetivos para los que fue habilitado, tales como la accesibilidad y la creación de "un espacio" fundamentalmente destinado a la atención, promoción de la salud y acciones preventivas a realizar en estrecho contacto con la comunidad.

Los servicios se encuentran separados en su infraestructura y en su planta física del resto del establecimiento.

Este hecho reiterado en diferentes países no es casual sino que responde a una ideología, el aislamiento, la exclusión y los aspectos vergonzantes de "la locura" por una parte y la disociación mente cuerpo por la otra.

La ley de creación de los Servicios infanto juveniles cuando en su texto contempla la ubicación de los mismos no lo hace de una manera caprichosa, responde también a una concepción y a una estrategia de abordaje de estas problemáticas.

Es por ello que se sugiere se revea la situación del servicio del Hospital "Padre Buodo" que permita brindar una atención más oportuna, dado el aumento registrado de la demanda en esta etapa evolutiva y ejecutar de manera más eficaz las necesarias acciones preventivas que deben implementarse tal como lo prevee la legislación provincial.

8.2 RECURSOS HUMANOS

Los primeros recursos con los que contaban los llamados servicios de Psiquiatría en la Provincia y de acuerdo a los antecedentes históricos fueron médicos psiquiatras, personal de mucamas y religiosas.

Durante los dos primeros años de la década de los 70 se fueron incorporando los primeros Lic. en Psicología. No llegándose a conformar equipos dado que no se realizaban tareas conjuntas por razones diversas.

A mediados del 70 habiéndose instrumentado en la Provincia el Servicio Provincial de Salud se conforman los equipos en los servicios de Santa Rosa y Gral. Pico, aunque el último no contaba con camas propias realizaba atención por consultorio externo.

El servicio más conflictivo en cuanto a la estabilidad del recurso ha sido históricamente el ubicado en el Hospital Padre Buodo. Durante lapsos de tiempos muy prolongado fue muy dificultoso lograr estabilidad en la atención debido a que en varias oportunidades no contó con profesionales que se hicieran cargo del Servicio, de modo tal que médicos psiquiatras de Santa Rosa debieron trasladarse durante un tiempo prolongado a esa localidad para que los pacientes contaran con atención.

En los años 80 con la creación de la Dirección de Salud Mental se implementan los primeros equipos interdisciplinarios a nivel central y se crean nuevas vacantes hospitalarias que permiten incorporar nuevo recurso humano.

En la década de los 90 se fueron incorporando a los equipos ya existentes en los servicios, asistentes sociales, terapistas ocupacionales, psicopedagogos, musicoterapeutas. Hecho propiciado desde una política imperante en Salud Mental que entendía que no es, sino desde lo interdisciplinario e intersectorial entre otras cosas, que debían implementarse las prácticas.

Un logro de fundamental importancia lo constituyó, también en esta década la incorporación de psicólogos en los Centros de Salud junto con las especialidades básicas que allí existían.

Esta decisión respondió al hecho de lo ineludible que resultaba, que integrantes de los equipos de salud mental realizaran prácticas en un primer nivel de atención conjuntamente con el resto de los trabajadores de la salud, hecho en su momento muy resistido pero que persiste hasta la actualidad.

Por otra parte y para responder a la demanda según las Zonas Sanitarias, se capacita a los médicos generalistas de las Zona III Y IV en “Estrategias de Atención Primaria en Salud Mental ” y se nombra un psicólogo en Victorica con el que se cuenta hasta la fecha.

Las localidades de La Adela, 25 de Mayo y Macachín cuentan en la actualidad con un psicólogo.

Según datos aportados por la Dirección de Recursos Humanos dependiente de la Subsecretaría de Salud se cuenta con :

CUADRO 1.- RECURSOS HUMANOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL PROVINCIALES

Recursos Humanos	Establecimiento Asistencial " Dr. Lucio Molas "	Establecimiento Asistencial "Padre Buodo "	Establecimiento Asistencial "Gobernador Centeno"
Psiquiatras	4	1	2
Psicólogos	6	4	2
Psicopedagogos	1	1	1
Asistentes sociales	2	1	2
Musicoterapeutas	1		
Enfermeras	9	4	8
Mucamas	2	2	2

Fuente : Dirección de Recursos Humanos--Subsecretaría de Salud

**CUADRO II.- RECURSO HUMANO DE LOS CENTROS DE SALUD
DE SANTA ROSA Y NIVEL CENTRAL**

Recursos Humanos	Centro de Salud Villa Parque	Centro Sanitario	Centro de Salud Río Atuel	Centro de Salud Mataderos	Centro de Salud Dr. Furst	Centro de Salud Aeropue rto	Centro de Salud Zona Norte	Centro De Salud Empleados De Comercio	Centros De Salud Fonavi 42
Psicólogos	1	4	1	1	1	1	-	1	1
Asistentes Sociales	--	3	-	1	-	-	1	-	1

Fuente.0 Dirección de Recursos Humanos Subsecretaría de Salud

CUADRO III.- RECURSOS HUMANOS DE LOCALIDADES DEL INTERIOR DE LA PROVINCIA

Recursos Humanos	Victorica	25 de Mayo	Toay	Macachin	La Adela
Psicólogos	1	1	1	1	1
Asistentes Sociales	-	1	1	-	-

Fuente: Dirección de Recursos Humanos- Subsecretaría de Salud

8.3 RECURSOS FINANCIEROS

Los servicios pertenecientes a un hospital general disponen de los recursos que se les asigna en el presupuesto general de los mismos. No existiendo hasta el momento un análisis del costo de las prácticas que realizan en forma pormenorizada.

Sólo en casos excepcionales se realizan contratos de locación de obra, que se ejecutan a través de la Subsecretaría de Salud, destinado a la incorporación de recursos humanos en diferentes localidades provinciales, en general para responder a la demanda de la Justicia

9.-ANÁLISIS DE LA DEMANDA. PATOLOGIAS PREVALENTES.

En poco tiempo las características de las personas que demandan servicios de salud mental como las prácticas de los profesionales, han sufrido profundos cambios. Hoy el panorama es mucho más complejo y amplio.

La demanda se amplió por efecto de la estrecha vinculación del sufrimiento mental con las vicisitudes de la vida y sería abusivo seguir caracterizando como enfermos a todos los sujetos que demandan ser asistidos y la respuesta de atención se ha diversificado enormemente “ y agrega Emiliano Galende si bien a partir de los años noventa la inclusión de los psicoterapeutas en el sector

público se ha ido estabilizando, existe un desconcierto entre ellos respecto a la atención de las demandas dominantes en los servicios públicos -drogadicción, violencia familiar, depresiones de nuevo tipo, trastornos del stress, manifestaciones somáticas etc.- a la vez que son exigidos a nuevas formas de intervención para las cuales no han sido formados, atención primaria, estrategias de acción comunitaria , poblaciones marginalizadas etc. En verdad asistimos a un malestar general de los profesionales del sector salud mental .Las exigencias de esta época descolocan a los psicoterapeutas hegemónicos de los años sesenta.: enfrentar a poblaciones más numerosas y de sectores pobres o marginados en los centros comunitarios de salud mental intervenir más rápida y eficazmente en los consultorios privados bajo los criterios de las empresas médicas, los seguros y las obras sociales, modificar padecimientos en los que el inconsciente y la neurosis infantil no resultan fácilmente diferenciables de las condiciones de la vida actual que no son definibles en la relación terapéutica, más allá de que se dé lugar al desarrollo o no de la transferencia, tener que recurrir a modificaciones técnicas, aun en ocasiones del método mismo, frente a síndromes orgánicos , graves carencias familiares o desamparos social invalidantes .Cuando se ha sido formado para el abordaje de

ciertas patologías declaradas resulta difícil encontrar modos de responder a una demanda centrada en las dificultades de vivir en la realidad actual”⁶

Qué sucede en la Provincia de la Pampa con respecto al tema ?

Consultados los integrantes de los servicios de salud mental provinciales, refieren un aumento de la demanda tanto en consultorios externos como en internación. Se demandan nuevas prácticas y hay nuevos requerimientos interinstitucionales.

Es así que a los tratamientos psicoterapéuticos o psicofarmacológicos se agregan nuevos pedidos provenientes de instituciones del medio, de grupos familiares que requieren atención, o de problemáticas específicas que van en aumento tales como violencia o embarazo adolescente .

⁶ Galende Emiliano “Un horizonte incierto”. Piados, 1997.

**CUADRO IV.-EGRESOS POR ENFERMEDADES MENTALES
REGISTRADOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES
DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA - SEGÚN LISTA BASICA DE
TABULACION DE MORBILIDAD - IX REVISION C.I.E - AÑOS 1995-
1997.-**

Causa	1995	1996	1997
Psicosis orgánicas senil y pre senil	23	13	25
Psicosis equizofrénica	43	58	70
Psicosis afectivas	59	77	67
Otras psicosis	202	204	147
Trastornos neuróticos y de la Personalidad	154	184	155
Síndrome de Dependencia del alcohol	253	218	237
Dependencias de las drogas	-	2	11
Alteraciones de las Funciones corporales originadas por trastornos mentales	3	5	3
Retraso Mental	28	22	29
Otros Trastornos Mentales	248	226	235

FUENTE: Departamento Estadística Sanitaria. Dirección de Medicina Social. Subsecretaría de Salud

En lo que a datos estadísticos se refiere el Departamento de Estadística Sanitaria solo cuenta con los egresos por causa , registrados en lo servicios de salud mental provinciales, tal como lo demuestran los cuadros anteriores.

Para los años 1995, 1996 y 1997 toman como referencia diagnóstica la IX revisión C.I.E(Clasificación Internacional de las Enfermedades) y para los años 1998 y 1999 la X revisión C.I.E.

Estos datos permiten realizar **un análisis descriptivo siendo escasas las inferencias que se pueden realizar.**

Del cuadro IV se desprende que el mayor número de egresos, un total de 989 corresponde a los cuadros psicóticos (psicosis orgánica senil y presenil, psicosis esquizofrenica, psicosis afectiva, y a la categoría otras psicosis).

En segundo lugar aparece con 709 egresos, Otros Trastornos Mentales, seguido de inmediato con 708 casos, debido al Síndrome de Dependencia del Alcohol.

Los menores registros aparecen en Dependencia de las Drogas (13 casos) y en Alteración de las Funciones Corporales originadas por Trastornos Mentales con 11 casos. En los trastornos neuróticos se registran 493 egresos.

CUADRO V.- EGRESOS POR ENFERMEDADES MENTALES REGISTRADOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES DE LA PROVINCIA - SEGÚN LISTA ESPECIAL DE TABULACIÓN PARA LA MORBILIDAD- X REVISIÓN CIE.-AÑOS 1998- 1999

CAUSA	1998	1999
Demencia	33	26
Trastornos Mentales y del comportamiento debidos al uso del alcohol	269	304
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otras sustancias psicoactivas	10	6
Ezquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes.	189	200
Trastornos del humor (afectivos)	200	176
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomorfos	174	150
Retraso mental	25	43
Otros trastornos mentales y del Comportamiento	64	55

Fuente: Departamento Estadística Sanitaria- Dirección de Medicina Social- Subsecretaría de Salud.

Analizando el cuadro V se advierte que el mayor número de casos (573) que han egresado se debieron a Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al Uso del Alcohol , seguido por 389 casos diagnosticados como Esquizofrenia, Trastornos Esquizotípicos y Trastornos Delirantes.

A los trastornos neuróticos corresponden 324 egresos.

El menor número de egresos (16) se debió a Trastornos Mentales y del Comportamiento, debidos al Uso de Otras Sustancias Psicoactivas.

En estudios realizados con anterioridad por la autora ("Patologías Sociales. Conductas suicidas y adictivas en el ámbito de la Provincia de la Pampa " CFI- Ministerio de Bienestar Social) se refiere que en el caso de las conductas adictivas es muy baja la demanda que reciben los servicios, hecho que se ve reflejado en este cuadro.

En el periodo de tiempo analizado , en total cinco años se produjeron 1.378 egresos por cuadros psicóticos y 1.281 debidos al uso de alcohol .

Datos significativos dado el número elevado de consultas que se registra, para reflexionar a cerca del abordaje que actualmente se hace de estas patologías, sus ventajas y sus necesidades.

El Departamento de Estadística del Establecimiento Asistencial "Lucio Molas" suministra datos referidos al número total de consultas realizadas por consultorio externo durante los años 1998, 1999 y 2000, de los mismos solo es

posible inferir cual es la patología por la que más se consulta en el Servicio de Salud Mental de este establecimiento.

Se observa:

CUADRO VI.- NUMERO TOTAL DE CONSULTAS POR CONSULTORIO EXTERNO CLASIFICADO POR CAUSAS

Patologías	1998	1999	2.000
Alcoholismo	115	103	43
Psicosis	897	1443	1043
Depresión	250	1 18	101
Intento de Suicidio	194	122	184
Adicciones	44	1	4

Fuente : Departamento de Estadística Sanitaria –Dirección de Medicina Social-Subsecretaría de Salud

Por otra parte se obtuvieron datos de un informe de internación del año 1997 realizado por el Departamento de Salud Mental de este Establecimiento.

Analizando aquellos items que pueden ser de utilidad para el presente informe se advierte que el total de egresos para el año 1997 fue de 438 casos.

Se internaron más hombres que mujeres siendo el promedio de edad de 41 años. El 62.6 % proceden de la ciudad de Santa Rosa.

Tomando en cuenta la distribución de los pacientes de la provincia por localidad se observa sobre un total de 425 casos, el mayor número 273 es decir, el 63.5%, corresponde al departamento Capital, seguido de 32 casos provenientes del departamento de Maracó.

Como podrá observarse a continuación, el número de casos va disminuyendo en los departamentos de menor densidad poblacional.

Teniendo en cuenta la distribución por zona sanitaria sobre un total de 425 casos, el mayor número 324, corresponden a la zona I.

En segundo lugar se encuentran los pacientes que provienen de la zona II que cuenta con camas para internación.

De la zona III se internaron 8 pacientes que también posee camas propias.

Correspondería indagar con posterioridad cuales son las causas que determinan este hecho.

En lo que a la zona IV se refiere se observa que fueron internados 14 pacientes de la misma.

Surge un interrogante ¿Cómo está organizado el sistema de derivación en la provincia y a que normativa responde?.

El 97.0 de los pacientes internados son de origen pampeano el resto corresponde a provincias vecinas que cuentan con servicios de salud mental.

En este caso también convendría indagar las causas por las que se internan pacientes de otras provincias y analizar las normas referidas a internación en lo que a estas oportunidades se refiere.

Con respecto a la cobertura puede observarse que de un total de 438 casos, el 71.5 % no posee cobertura de obra social.

En lo referido a los diagnósticos de egreso, los primeros ordenados de acuerdo a su prevalencia son:

A. Trastornos relacionados con sustancias	142	(30.0%)
B .Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	101	(21.3%)
C. Trastornos y otros estados de ánimo	99	(20.9%)
D. Intento de suicidio	28	(5.9%)

Estos datos si bien hacen referencia a lo acontecido en ese servicio de salud mental durante el año 1997, no permiten establecer otro tipo de inferencias dado que no se poseen los datos de otros años para establecer comparaciones. Del resto de los servicios, en el momento de redacción de este informe no se posee aún información.

Por otra parte la falta de datos pero también el diseño de los registros no permiten hasta el momento la identificación de las patologías prevalentes en la provincia, dado que prácticas que se realizan por consultorio externo, no aparecen registrados como realizadas por los servicios, tal como se desprende de los datos provenientes del Departamento de Estadística Sanitaria.

A continuación se realizara una recopilación y análisis de las normativas existentes en la Provincia de la Pampa como así también una recopilación de recomendaciones y normativas en uso a nivel nacional e internacional. Se considera pertinente comenzar realizando un análisis del desarrollo de salud mental y la legislación de Atención Siquiátrica en América Latina dado que permitirá obtener un marco contextual explicativo de estas problemáticas en nuestro país.

10.-ANALISIS DEL DESARROLLO DE SALUD MENTAL Y LA LEGISLACIÓN DE ATENCIÓN PSIQUIATRICA EN AMÉRICA LATINA

Como antecedente cabe mencionar que en noviembre de 1990 se celebró en Caracas, Venezuela, la Conferencia sobre "Reestructuración de la Atención Psiquiátrica", considerado este hecho como un hito, determinante, en tanto sus propuestas alentaron nuevas reflexiones y puesta en marcha de prácticas innovadoras

Se transcribe a continuación el documento "El Desarrollo de Salud Mental y Legislación de Atención Psiquiátrica en América Latina" OPS: Programa Regional de Legislación en Salud

" La finalidad de la misma fue formular marcos de referencia para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina y promover su transformación sobre la base de los principios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS. Se cree conveniente esta transcripción por diversos motivos, en primer lugar por la validez indiscutible del mismo en cuanto a claridad, capacidad de síntesis y espesor conceptual y en segundo término para su difusión y posterior análisis en el ámbito de la provincia.

"La sesión reunió delegados de varios países latinoamericanos e instituciones internacionales, entre los cuales se encontraban expertos en salud mental, miembros de las comisiones de salud de los poderes legislativos, representantes del poder judicial y administradores públicos.

La Conferencia culminó en una sesión plenaria en la cual se adoptó la Declaración de Caracas.

La importancia de esta Declaración en el campo de la legislación de salud mental surge del punto 4 de sus "Considerandos", donde se declara que "las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que:

- a) aseguren el respeto a los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales,
- b) promuevan la organización de los servicios comunitarios de salud que garanticen su cumplimiento

A través de la Declaración de Caracas las organizaciones y autoridades participantes instaron a los Ministros de Justicia, a los Parlamentos, los sistemas de seguridad social y otros prestadores de servicios, las organizaciones de usuarios, universidades y otros centros de capacitación y a los medios de comunicación a que apoyen la reestructuración de la atención psiquiátrica asegurando asimismo su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la Región".

Desde la perspectiva legal la Conferencia de Caracas produjo dos hechos de importancia que hacen de ella un instrumento de valor incalculable. En primer lugar, permitió a todos los grupos interesados reflexionar sobre el estado de la normativa vigente en la materia.

A través de este ejercicio se identificaron sus falencias y se coincidió con carácter regional en una serie de principios o derechos a ser garantizados al paciente con trastornos mentales.

En segundo término, la Conferencia de Caracas llamó a la reforma en un proceso que, aunque lento, se encuentra en franco avance, urgió al análisis de los textos normativos vigentes en materia de atención psiquiátrica en América Latina. El estudio, que abarcó a todos los países de la región, permitió arribar a las siguientes conclusiones:

Aunque la legislación trata de considerar la multiplicidad de los factores que influyen en el proceso de salud mental, una serie de problemas continúan manifestándose.

Ninguno de los países estudiados contaba con una ley específica sobre salud mental capaz de regular desde una perspectiva integral todos sus aspectos. Por lo común, el tratamiento de la materia se realiza a través de códigos o leyes generales de salud que, como su nombre lo indica, se limitan a establecer principios generales.

Se notó asimismo la creación de comisiones y consejos técnicos encargados de la administración de algunos servicios, o de la reglamentación de las entidades dedicadas a la atención de la salud mental.

Por consiguiente, se concluyó que los marcos jurídicos existentes favorecían la perpetuación de modelos de atención ya superados.

En consecuencia, en la mayoría de los países de América Latina la atención psiquiátrica se centraliza en los hospitales psiquiátricos. Este fenómeno produce resultados negativos en tres áreas: la atención de los pacientes, la garantía de sus derechos humanos y civiles, y la capacitación de recursos humanos.

Los derechos humanos y civiles de los pacientes se ven particularmente alterados ya que la carencia de normas claras hace que en los hospitales psiquiátricos como instituciones mentales totales, generan condiciones proclives a su violación, en especial en lo que atañe al derecho a la intimidad. Esta situación también afecta el acceso de los pacientes a tratamiento adecuado a su condición, ya que son mantenidos en guardias junto con pacientes con necesidades diferentes.

El hospital mental refuerza el estigma que tradicionalmente ha rodeado a los pacientes con trastornos mentales, a sus familias y al personal médico encargado de su atención. Esta situación perjudica la integración de los pacientes a la comunidad. Más aún, por lo común, los pacientes con trastornos mentales no reciben asesoramiento previo a su salida de una institución de salud mental y, una vez fuera de la misma, no cuentan con acciones de seguimiento. Finalmente, también se observó la falta de aplicación práctica de las medidas sobre la atención psiquiátrica y la salud mental. Este fenómeno era causado principalmente por la falta de condiciones adecuadas, estructuras institucionales y acceso real al sistema de salud.

La Declaración de Caracas impulsó a varios países en América Latina a examinar su legislación sobre atención psiquiátrica con miras a adaptarla a sus principios. Es posible identificar dos instrumentos legales que han incorporado específicamente los principios de la Declaración.

El primero es el Decreto de costarricenses No. 20.665 del 25 de julio de 1991 que se refiere expresamente a la Declaración y establece que el Plan de Salud Mental Nacional se elaborará en conformidad con ella. El Decreto también señala que los programas de atención psiquiátrica y salud mental se

incorporarán a los programas básicos generales de salud mental y en el ámbito de servicios psiquiátricos.

Con relación a los hospitales, la disposición establece que el Plan Nacional de la Salud Mental incluirá la humanización del ambiente terapéutico y la creación de una red descentralizada de servicios de atención psiquiátrica incorporada a la atención primaria y a los sistemas locales de salud.

En Venezuela, la Resolución No. 1.223 de 15 de octubre de 199 resalta la responsabilidad del Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSAS) en procurar la atención médica integral del enfermo mental con miras a lograr su rehabilitación y la adaptación al medio social. La norma, que también hace referencia a los principios contenidos en la Declaración de Caracas, dispone que los hospitales generales adscriptos al MSAS estudiarán y adoptarán medidas pertinentes a la hospitalización de los pacientes psiquiátricos agudos, garantizando un cupo mínimo de 10% de sus camas.

Se prevén asimismo servicios ambulatorios de atención médica adscriptos a las Direcciones Regionales del Sistema de Salud, que también deberán incorporar progresivamente en sus programas de atención primaria los recursos necesarios

para asistir a los pacientes que hayan sido dados de alta por las respectivas instituciones hospitalarias y que requieran controles periódicos en su tratamiento hasta la recuperación total.

Finalmente, la disposición recomienda que la División de la Salud Mental, el conjuntamente con cada Dirección Regional del Sistema de Salud, antes de abrir nuevos establecimientos de la larga estancia conferirán prioridad al diseño y la ejecución de programas alternativos de atención y protección al enfermo mental crónico y su familia, a través de servicios tales como hospitales/día, hospitales/noche, hospitales de fin de semana, unidades de transición, hogares intermedios y otros que sean necesario.

Colombia inició su proceso de revisión normativa desde el ángulo de los derechos humanos y civiles de los pacientes mentales. A través de la Resolución Ministerial No. 2.417 de 2 de abril de 1992, se emitió un decálogo de derechos de los pacientes mentales que incluye:

-Derecho de ser tratado con la dignidad y el respeto debidos.

-Derecho a no ser diagnosticado ni tratado como enfermo mental por razones políticas, sociales, raciales o religiosas, ni por otro motivo ajeno a su enfermedad.

-Derecho a recibir la atención y el tratamiento apropiados según las más elevadas normas técnicas y éticas.

-Derecho a ser informado de su diagnóstico y el tratamiento más adecuado y menos peligroso y de prestar o negar su consentimiento para ejecutarlo.

-Derecho a no ser objeto de pruebas clínicas ni de tratamientos experimentales sin su consentimiento informado.

-Derecho a que sus antecedentes personales, fichas e historias clínicas se mantengan en reserva y a tener acceso a esa información.

-Derecho a recibir o rechazar auxilio espiritual o religioso.

-Derecho a no ser discriminado en el goce y ejercicio de sus derechos en atención a su estado de salud mental.

Más allá de la incorporación de los principios de Caracas en sus piezas legislativas, los países comenzaron a preocuparse por llenar vacíos en áreas donde no existía regulación aplicable.

Nuevamente en el caso de Venezuela, en 1992 se emitió el Reglamento para Establecimientos Psiquiátricos de Larga Estancia. En el mismo se analizan aspectos relativos al trato humanitario de los pacientes, su libertad individual y su seguridad; al ingreso de pacientes a la institución; a la atención profesional y técnica y a los cuidados especiales; a los registros y a las responsabilidades por lesiones y daños causados a los mismos.

La norma también contiene disposiciones aplicables al aislamiento y contención física del paciente; la higiene y autocuidado; los medicamentos; la alimentación; las actividades relacionadas con la comunidad; los permisos, egresos, reingresos y fugas; la evaluación y supervisión; los decesos; al tratamiento ambulatorio y régimen de hospital-día y a los requisitos para las edificaciones de los establecimientos de larga estancia.

El Acuerdo Ministerial nicaragüense No. 31-93 abordó el tema desde la perspectiva de la promoción de la salud mental, recalcando la necesidad de educación, recreación y la prevención de los trastornos mentales. Con este fin, la norma establece que el tratamiento de los trastornos mentales abarca la prevención de la enfermedad, así como la atención y la rehabilitación de los

pacientes, rehabilitación de los pacientes crónicos, las personas con discapacidades mentales, los alcohólicos y los farmacodependientes.

La internación de los pacientes mentales deberá realizarse en todos los centros de salud u hospitales de los Sistemas Locales de Atención Integral de la Salud (SILAIS) de donde provenga el paciente, y en última instancia y de manera excepcional, en establecimientos de referencia especialmente destinados para tal efecto.

En cualquier caso, la internación debe cumplir con principios éticos y sociales, y los requisitos científicos y legales que establezca el Ministerio de Salud y las normas aplicables. En algunos países la legislación provincial ha sobrepasado el desarrollo de legislación nacional. En 1991, por ejemplo, la legislatura de la Provincia del Río Negro en la República Argentina, emitió la Ley No. 2.440 para la promoción sanitaria y social de los pacientes con trastornos mentales.

La Ley prohíbe expresamente la habilitación y operación de manicomios y hospitales mentales y psiquiátricos o cualquier otra institución equivalente, pública y privada, que no se atenga a sus disposiciones. También establece que la institucionalización será considerada como el tratamiento de última instancia,

a ser utilizado solamente después de que todas las otras posibilidades terapéuticas hayan sido agotadas.

Cuando un paciente sea institucionalizado, el fin último de esta medida será lograr su recuperación y reinserción social en el menor tiempo posible. La duración de la estadía en el hospital debe ser reducida al mínimo en todos los casos. La recuperación de la identidad, dignidad y respeto del paciente con trastornos mentales, expresados en términos de su reintegración a la comunidad, es el objetivo último de la ley y de todas las acciones que esta prescribe.

En el caso del Brasil por ejemplo y también a nivel estadual, la Ley No. 9.716 de 7 de agosto de 1992 del estado de Río Grande do Sul prescribe la sustitución progresiva de las camas en los hospitales psiquiátricos por la de atención integral en los servicios de salud.

Contiene asimismo reglas para la protección de los pacientes mentales, especialmente en situaciones de hospitalización voluntaria. En estos, se requiere de arbitraje médico para fundamentar el procedimiento, así como de la provisión al paciente de la información necesaria para comprender su decisión.

En el caso de los ingresos involuntarios, la internación debe comunicarse al Ministerio del Público en un período no mayor de 24 horas. El artículo 2 de la Ley prohíbe expresamente la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos, privados o públicos, así como la compra por el sector público de las camas nuevas en los hospitales psiquiátricos.

Además, los hospitales psiquiátricos existentes se evaluarán en el plazo de cinco años y su concesión de licencias dependerá del cumplimiento de las disposiciones de la Ley por parte de la institución. Normas similares a esta se han emitido en los estados de Ceará, São Paulo, Río Grande do Norte, Minas Gerais y Paraná.

La Conferencia de Caracas tuvo lugar en una época relevante para América Latina. En 1990, la mayoría de los países en la subregión habían regresado al sistema constitucional. Este hecho creó un ambiente favorable para la participación de la sociedad civil en esferas que trascienden lo político.

A diferencia de épocas anteriores en que los esfuerzos se concentraban en la defensa de los derechos políticos, el nuevo escenario creado por la

democratización cedió a nuevas preocupaciones como la defensa de los derechos económicos, sociales y culturales.

Es interesante observar que la mayoría de las Constituciones sancionadas a partir de la segunda mitad de los años ochenta (Argentina, Brasil, Colombia y Paraguay) contemplan la protección de los derechos colectivos y los intereses, entre qué especifican claramente, la salud pública y los derechos de consumidores, así como otros relacionados con la calidad de vida.

En virtud de estos todas las personas, individual y colectivamente, tienen derecho de accionar contra las autoridades para asegurar la protección del ambiente, la salud pública, o de ambos.

Estas disposiciones constituyen canales para la promoción de la causa de la salud y, por consiguiente, fomentan una conciencia en la sociedad civil en cuanto a la defensa de los derechos relacionados con la misma. A partir de la Conferencia de Caracas, y como resultado de las solicitudes de cooperación técnica para actualizar la legislación de salud mental, la OPS/OMS empezó a conducir una serie de seminarios en el ámbito nacional. Seminarios de esta

especie se han llevado a cabo a petición de autoridades nacionales en Colombia, Chile, el Ecuador, Venezuela y Panamá.

Estas actividades dieron lugar a la formulación de anteproyectos de legislación sobre el tema que en la actualidad se encuentran en proceso de revisión en los ministerios de salud / parlamentos respectivos. Esta modalidad del trabajo incorpora no solo a profesionales de salud mental, sino también a asesores jurídicos de los ministerios de salud, legisladores, funcionarios del poder judicial y de las defensorías de derechos humanos, académicos, expertos en rehabilitación, confederaciones de trabajadores y organismos no gubernamentales especializados en la defensa de los derechos humanos. Se ha hecho así posible la convergencia de escuelas, teorías y grupos profesionales en general.

La incorporación de legisladores en este tipo de debate adquiere importancia fundamental, ya que se ha notado que la mayoría de los profesionales de salud se muestran un tanto renuentes a relacionarse con los órganos legislativos, e intentan alcanzar objetivos fuera o independientemente de un marco legal que respalde la iniciativa. La mayoría de los países de América Latina han tenido éxito en incorporar a los parlamentarios interesados al diálogo de salud mental

(Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Honduras, Panamá, Perú, Uruguay y Venezuela.

Además de la actualización de legislación de salud mental, la Conferencia de Caracas ha incentivado el fortalecimiento de otras estrategias de trabajo como son:

- La creación de grupos para la defensa de los derechos humanos y civiles de los pacientes mentales (Argentina, Brasil, Chile, República Dominicana, Guatemala, Honduras, Paraguay, Perú y Uruguay.

- La sensibilización del poder judicial en la resolución de las causas que involucran al paciente mental, como en el caso de la interdicción (Argentina, Colombia y Chile.

La Conferencia de Caracas ha iniciado un proceso de revisión de la legislación de salud mental, y contribuido a la creación de nuevos mecanismos para la defensa de los derechos humanos y civiles de los pacientes mentales. Los principios de la Declaración de Caracas surgida de la Conferencia, han influenciado el marco legal de varios países latinoamericanos. Más allá de la incorporación de los principios de la Declaración de Caracas en las

legislaciones nacionales, la Conferencia creó conciencia en el ámbito de administradores de salud pública, parlamentarios y grupos de consumidor / defensores de derechos humanos en cuanto a la necesidad de examinar las normas existentes a través de enfoques multidisciplinarios.

Diversos mecanismos se han utilizado con esta finalidad, con seminarios y conferencias y programas de cooperación con legisladores interesados en el tema de salud mental, por medio de los cuales estos se incorporaron de manera más sistemática al debate. El sistema judicial y las defensorías de derechos humanos también se han agregado al diálogo de salud mental.

Por consiguiente, es posible concluir que a partir de Caracas un sistema legal caracterizado por la ambigüedad, está siendo lentamente reemplazado por otro que resalta la cooperación multidisciplinaria, establece garantías para la protección de los derechos humanos y civiles de los pacientes mentales y crea mecanismos que sientan las bases para hacerlos posible.



10.I.- LA LEGISLACIÓN SOBRE SALUD MENTAL EN LA ARGENTINA

Según refiere el Dr. Alfredo Kraut en el Informe Técnico " Aspectos Normativos de la atención psiquiátrica" publicado por la Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC en diciembre de 1994: "En la Argentina la situación general de la salud mental, la política sanitaria y los proyectos de reforma, son similares a los de muchos países americanos. Las dificultades para reorganizar el sistema sin reiterar los errores de otras experiencias incluyen:

- la falta de apoyo financiero suficiente para crear servicios comunitarios adecuados
- la persistencia de estereotipos negativos sobre la enfermedad mental,
- la existencia de un disenso teórico entre profesionales de la salud mental
- una histórica sumisión del modelo jurídico al modelo psiquiátrico.

Se considera pertinente de la extensa recopilación realizada tomar en consideración para el análisis de la problemática a investigar las últimas normativas vigentes, es por ello que a continuación se pretende tomar en

consideración el "Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica ", la Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires y la Ley N°2.440 de la Provincia de Río Negro.

a) PROGRAMA NACIONAL DE GARANTÍA DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Atendiendo a lo planteado con anterioridad se deberá tener en cuenta que el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación encuadrado dentro del "Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica "por Resolución Ministerial N° 210/96 dictó las" Normas de Diagnóstico y Tratamiento de las Cinco Patologías más Frecuentes en el Ámbito de la Salud Mental ", en su introducción entre otras conceptualizaciones sostiene "La Salud es concebida solo si se la integra en forma dinámica con la Salud Mental. y agrega" El desconocimiento sistemático de los aspectos relacionados con la salud mental (lo psíquico, lo interaccional y lo social, caracteriza a la mayoría de las organizaciones de Salud, fomentándose su desconsideración tanto por las personas que pertenecen a las mismas como por las que en ellas se asisten.

La prevención y el tratamiento de los pacientes con sufrimiento mental tenderán a ser abordada en forma interdisciplinaria y con una adecuada interacción de todos los sectores sociales involucrados en cada acción.

La salud mental es interdisciplinaria, transdisciplinaria e intersectorial.

A partir de la existencia en el terreno de la Salud de múltiples concepciones teóricas para la comprensión de la problemática humana, se plantean diferentes abordajes posibles.

La concepción teórica define la sistemática diagnóstica y la orientación terapéutica, y con intención de que no se parcialice, es que se proponen requerimientos básicos a ser tenidos en cuenta en la asistencia.

Si en algún área de las Ciencias de la Salud se cumple a ultranza el criterio de que no hay enfermedades sino enfermos, es en el área de la salud mental".

En su contenido toma en consideración:

1) Criterios generales a ser tenidos en cuenta para la asistencia tales como:

- a) controlar que la asistencia sea realizada por profesionales idóneos
- b) priorizar el conocimiento de los factores preventivos que protegen la salud mental
- c) priorizar los tratamientos la comprensión y la modificación del sufrimiento psíquico entendiendo a las psicoterapias como el recurso básico para "satisfacer esta necesidad"
- d) reservar la administración de psicofármacos para casos específicos estableciendo un criterio de limitación en el tiempo de administración de los mismos.
- e) Priorizar los tratamientos ambulatorios, reservándose la internación como último recurso asistencial, estableciéndose un proyecto de alta progresiva o internación decreciente, "facilitando la salida y fomentando la resocialización. Es menester entender la necesidad del desarrollo de áreas o instituciones adecuadas a este fin."

2) Aspectos que contemplará la historia clínica:

- Aspecto psiquiátrico
- Aspecto psicológico
- Aspecto clínico

- Aspecto familiar
- Aspecto Social
- Aspecto Legal
- Psicodiagnóstico
- Consultas con otras especialidades
- Estudios Complementarios
- Interconsulta
- Propuesta de Tratamiento
- Evolución y Seguimiento

3)Proceso diagnóstico:

El mismo deberá incluir examen psiquiátrico, evaluación psicológica y control clínico, la comprensión del grupo familiar y estudio del medio en el que se desenvuelve tanto el paciente como su grupo familiar.

Obtenido el diagnóstico se marcan los procedimientos a seguir según se trate de:

- Depresión
- Neurosis
- Psicosis

-Adicción

-Psicopatología Infanto juvenil

b) ANÁLISIS DEL CONTENIDO DE LA LEY DE SALUD MENTAL SANCIONADA POR EL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Esta ley es el último marco normativo sancionado con el que se cuenta en el país, el mismo contó para su elaboración con el consenso de múltiples aportes interinstitucionales.

La Legislatura de la ciudad de Buenos Aires por unanimidad aprueba en el mes de julio de 2000..... la ley n° 448 que tiene como principal objetivo " garantizar el derecho a la salud mental de todas las personas en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En su artículo 2° la define " como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social y continúa. está vinculada a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar ,a la vivienda , a la seguridad social, a la educación a la cultura. La norma establece que deberán privilegiarse los tratamientos ambulatorios, "procurando la

conservación de los vínculos sociales, familiares y la reinserción social y laboral". Para ello, ordena la creación de dispositivos alternativos a la internación: casas de medio camino, talleres protegidos, hogares y familias sustitutas y granjas terapéuticas, además de sistemas de atención domiciliaria. La internación sólo se podrá llevar a cabo cuando "no sean posibles" otros abordajes. Tanto las instituciones públicas y de obras sociales como las privadas deberán justificar cada mes las razones por las cuales mantienen a un paciente internado. Se propone un seguimiento exhaustivo para controlar que no haya internaciones crónicas. No se define el futuro de los grandes neuropsiquiátricos como el Borda y el Moyano aunque el espíritu de la norma apunta a que, a largo plazo, sean desmantelados. La ley tiene una disposición transitoria que aclara que la desinstitucionalización se realizará a partir de los recursos humanos y la infraestructura existente. Se pone un fuerte énfasis en las acciones de promoción, protección y prevención de la salud mental, así como también en la asistencia y reinserción social de los pacientes incorporando la participación comunitaria. La planificación será evaluada y controlada por un Consejo General de Salud Mental, que integrarán profesionales y no profesionales del sector estatal, asociaciones de familiares y asistidos, sectores sindicales, instituciones académicas, y la Legislatura. Los puntos centrales de la ley son: a) Prioriza acciones y servicios de carácter ambulatorio. b) Garantiza