



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL

PLAN DE SALUD MENTAL

(TOMO I)

2002 / 2006

Director
Dr. Ricardo Horacio Soriano



Jefe de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
Dr. Aníbal Ibarra

Vicejefa de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
Lic. María Cecilia Felgueras

Secretario de Salud
Dr. Alfredo Stern

Subsecretario de Servicios de Salud
Dr. Gabriel Esteban Muntaabski

Director General de Atención Integral de la Salud
Dr. Alejandro Ciancio

Director General Adjunto de Hospitales
Dr. Arturo Faiad

Director General Adjunto de Redes de Salud
Dr. Hector Berzel

Director de Salud Mental
Dr. Ricardo Horacio Soriano

EQUIPO DE LA DIRECCION DE SALUD MENTAL

PROFESIONALES: LIC. ALEJANDRO CLARA - LIC. SUSANA CHAMES - LIC. ROSA DANIELL - LIC. JOSELINA ELGASSI - LIC. HECTOR IBARZABAL - DR. ALEJANDRO LAZZARI - DR. ALDO MELILLO - DR. ALBERTO MENDES - DR. JOSE MENDEZ - LIC. PATRICIA MEYRIALLE - LIC. PASTOR RAMON PINTOS - DRA. RAQUEL PESSOLANO - LIC. ANA ROCA - LIC. RUBEN SCARPA.

ADMINISTRATIVOS: SR. LUIS CHANTRES - SRA. GLADYS PEREZ - SR. ROBERTO RAMA - SR. CARLOS ARIEL RODRÍGUEZ.

OPERADORES TELEFONICOS: SRA. MIRTA GRACIELA CASTRO - SRITA. CELIA FERNÁNDEZ - SRA. MARTA V. GURRI - LIC. JORGE LOCOCO - LIC. ESTEBAN MAZZA.

COORDINADOR SERVICIOS TELEFONICOS: SR. EDUARDO GALAN

INDICE (TOMO I)

<i>I. INTRODUCCION GENERAL</i>	5
A) Marco Ideológico – conceptual	6
B) Propósitos Generales	8
(1) Objetivos y Criterios del Plan de Salud Mental	8
(2) Enfoque Asistencial	8
(3) Enfoque Sanitario y Social	8
C) Cuadro Síntesis “Políticas de Salud Mental”	13
<i>II. ANALISIS DE LA SITUACION</i>	19
A) Descripción de la Situación Actual – Obstáculos	20
(1) Organización del Sistema	20
(2) Gestión	21
B) Demográfico	23
C) Epidemiológico	25
D) Recursos del Sistema	28
(1) Físicos	28
(2) Humanos	34
(3) Económico – Financieros	39
a) Presupuesto de Salud Mental del Ejercicio 2003	39
b) Presupuesto de la Dirección de Salud Mental (Año 2003)	48
<i>III. DESARROLLO DEL PLAN</i>	51
A) Estructura del Plan (Cuadro Síntesis)	52
B) Modalidad de Gestión – Red de Servicios de Salud Mental (Cuadro Síntesis)	54
C) Areas Estratégicas del Plan	63
C. I) ASISTENCIA y REHABILITACION	63
C. I. I) ASISTENCIA	64
(1) Introducción	64
Descripción	
Recursos Humanos	

Efectores	67
Población	67
(2) Objetivos Generales	68
(3) Objetivos Específicos	71
(4) Actividades – Recursos	
(5) Cronograma	
C. I. II) REHABILITACION	74
(1) Fundamentos	74
(2) Conceptualización	74
(3) Objetivos Generales	75
(4) Objetivos Específicos	75
(5) Modelo Organizacional (Programas y Subprogramas)	76
(6) Descripción y Definición de Efectores (síntesis)	78
C. II) PREVENCIÓN	83
(1) Introducción	83
Fundamentación	
Descripción de la Situación Actual	
(2) Objetivos Generales	84
(3) Objetivos Específicos	85
(4) Actividades	85
· Generales	86
· Específicas:	86
➤ Area Institucional	86
➤ Area Comunitario – Barrial:	86
✓ La Población Adolescente	87
✓ Población Adulta en condiciones de subocupación o desocupación	88
✓ Población próxima a jubilarse	88
✓ Población de Tercera Edad	88
✓ Talleres de la Ciudad	88
➤ Area Trabajo	90
➤ Area Educación	91
➤ Servicios Telefónicos de Información y Orientación	91
(5) Productos	95
(6) Actividades – Recursos (Cuadro síntesis)	96
(7) Recursos:	99
➤ Financieros	99
➤ Físicos	99
➤ Humanos	99
	100

(8) Plan de Trabajo – Cronograma

C. III) CAPACITACION DEL RECURSO HUMANO E INVESTIGACION EN SALUD MENTAL	105
(1) Introducción	106
(2) Diagnostico de Situación	106
(3) Propuestas para el Nuevo Perfil del Trabajador de Salud Mental	107
(4) Objetivos Generales	108
(5) Objetivos Específicos	108
(6) Acciones a Desarrollar	109
• Cronograma	
(7) Lineamientos Generales para los Sistemas de Formación de Postgrado en el Area de Salud Mental	111
➤ Residencia	111
➤ Concurrencia	112
C. IV) EVALUACION Y AUDITORIA EN SALUD MENTAL	114
(1) Introducción	115
(2) Garantía de Calidad	115
(3) Objetivo General	116
(4) Objetivos Específicos	116
(5) Diseño del Sistema	117
(6) Monitoreo del Desempeño	117
(7) Fuentes de Información	118
(8) Normatización de Actividades en Salud Mental	119
(9) Sistema Estadístico en Salud Mental	121
(10) Guías de Evaluación y Acreditación de Servicios	131
(11) Nomenclador de Prestaciones en Salud Mental	153

INDICE (TOMO II)

D) SUBPROGRAMAS y SUBREDES	156
(1) Programa de Prevención, Asistencia y Rehabilitación en Adicciones	157
➤ Red Metropolitana de servicios en Adicciones	
(2) Red Interhospitalaria de Servicios en Trastornos Alimentarios	193
(3) Programa de Asistencia en Red de la Violencia	204
(4) Programa Salud Mental, Desastres y Desarrollo	219
(5) Programa de VIH/ SIDA y Salud Mental	240
(6) Red de Biblioteca en Salud Mental	255
(7) Programa Docente de la Residencia de Salud Mental (Dirección de Capacitación y Desarrollo)	260
(8) Salud Escolar – Salud Mental	286
(9) Programa "Salud Mental en Adultos Mayores	296
➤ Red Asistencial de Salud Mental para Adultos Mayores	
(10) Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiologica	312
(11) Programa Docente de la Concurrencia de Salud Mental (*) (Dirección de Capacitación y Desarrollo)	
(12) Red de Infante Juvenil (*)	
(13) Red Pareja y Familia (*)	
(14) Red Psicopedagogía (*)	
(15) Red de Hospital de Día (*)	

(16) Red de Talleres Protegidos (*)
(* Se incluirán próximamente)

I.

INTRODUCCION

GENERAL

A) MARCO IDEOLOGICO – CONCEPTUAL

El mismo se inscribe dentro de lo establecido en la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que expresa en su artículo 21, inciso 12, lo siguiente: “Las políticas de Salud Mental reconocerán la singularidad de los asistidos por su malestar psíquico y su condición de sujetos de derecho, garantizando su atención en los establecimientos estatales. No tienen como fin el control social y erradicar el castigo; propenden a la desinstitucionalización progresiva, creando una red de servicios y de protección social.”, como así también lo promulgado en la Ley Básica de Salud 153/99 y la Ley de Salud Mental 448/00 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La perspectiva de considerar que la salud no sólo incluye problemas médicos sino también sociales (Dr. Ramón Carrillo), implica un cambio cualitativo y una ruptura de enfoques anteriores, que pasa a comprometer a la organización social en la preservación de la salud, de forma tal que se produce un pasaje: del tener en cuenta sólo al individuo, a tener en cuenta a la comunidad en la que el mismo está inserto.

Estos postulados implican que la salud es un **concepto abarcativo e integral**, rompiendo falsas antinomias entre individuo y sociedad, lo psíquico y lo físico, salud y enfermedad, salud mental - salud somática, permitiendo también dejar de lado los límites que impone una concepción adaptativa del sujeto a una sociedad establecida la más de las veces con un orden social injusto, siendo esta adaptación más que algo valorable, el indicador de una seria distorsión y limitación.

Se entiende también a **la salud como producto social**: “sólo si el hombre logra una participación protagónica en la dinámica de transformación permanente de la sociedad, podrá alcanzar el pleno desarrollo de sus potencialidades psíquicas, físicas, etc., en el marco de una comunidad movilizadora y organizada”.

Asimismo se la reconoce como **concepto cultural**, pasando a estar definida en su especificidad, por cada comunidad en relación a su historia, sus tradiciones y sus valores, lo que conforma una identidad propia que opera como sustrato.

La salud en general integra a la salud mental. **La Ley N° 448 de Salud Mental**, plantea en el artículo 2. inciso b):" el reconocimiento de la salud mental como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, y esta vinculada a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la capacitación a un medio ambiente saludable. La salud mental es inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio-cultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico y psíquico.

Desde esta perspectiva, el concepto de salud mental pasa a estar muy vinculado al de salud psicosocial. Hay teorías socio-psicogenéticas que consideran a las enfermedades mentales como efecto de causas sociales o reacciones a situaciones desgraciadas o difíciles, siempre de índole social. Foucault intenta demostrar que “...la locura no es más que el efecto del rechazo por parte de la sociedad racionalista de lo que la misma sociedad contiene de sin razón”. Esto hizo que se fuera configurando un nuevo paradigma: el antropológico - estructuralista, que se enfrenta en alguna medida, al paradigma médico, cuestión que no termina de resolverse en el campo de la salud mental.

La salud, desde la perspectiva planteada pasa a ocupar un espacio fundamental en todas las instancias de decisión y ejecución de políticas en general, de forma tal, que las **políticas de salud** no pueden estar desvinculadas de políticas de ingresos, de vivienda, de seguridad social, de control de las condiciones de trabajo, en síntesis, de toda política social de gobierno. Y de la misma manera **la salud mental** no puede ser ajena a estas políticas y debe ser partícipe en esas instancias con un papel protagónico en todo aquello que directa o indirectamente incidan en el desarrollo tanto de las políticas sanitarias como de las políticas en general.

Por eso, el **Plan de Salud Mental** no puede ser independiente de todas estas cuestiones. En consecuencia para la elaboración y ejecución de políticas de salud mental se postula la necesidad de conocer y evaluar la realidad existente como único modo de adecuar los objetivos a las posibilidades de realización.

Esta **planificación** impone tomar en consideración a la comunidad dado que de esa forma se articulan:

- **La concepción política**
- **El abordaje técnico**
- **Las demandas y aspiraciones de la población**

Así se tienen en cuenta las diversas sub-culturas y los diferentes niveles educativos y socio-económicos de la población. Este enfoque privilegia una visión comunitaria y social, además de técnica. Se integran así los postulados científicos y el lugar específico que les corresponde, aportando instrumentos y teorías en la comprensión y tratamiento de los problemas de salud-salud mental del hombre y de la comunidad.

Por lo tanto todo apunta a que las políticas de salud mental están orientadas al reforzamiento y restitución de las redes sociales y lazos sociales solidarios.

El enfoque de **Redes** está planteado en la Ley 448/00 de Salud Mental.

Se consideran dos tipos de redes interrelacionadas e interactuantes en el contexto comunitario: las **Redes de servicios** y las **Redes Sociales**. Reconocerlas en sus diferencias y en sus dinámicas resulta imprescindible para la atención y contención de los problemas que se generan en la comunidad.

Red de servicios es un instrumento de organización y gestión, es una estrategia vinculatoria entre los diferentes actores participantes en el proceso de salud (profesionales, instituciones, etc.), considerando los distintos niveles de atención, tanto en lo asistencial, preventivo, promocional, rehabilitatorio y resocializador.

Las Redes Sociales son sistemas que se generan espontáneamente en el seno de la comunidad, abiertos, interactivos en relación con su medio, potenciando la autonomía de cada individuo y la toma de responsabilidades personales - cada cual actúa e interactúa en una red de relaciones entre personas, grupos, organizaciones y comunidades. Son diseños organizacionales presentes, surgidos y organizados en niveles múltiples, sin centros fijos y con responsabilidades coparticipadas. En el proceso de salud, desde esta concepción, es la comunidad participando, la que asume el **rol de Agente de Salud** a través de prácticas comunitarias.

El concepto de Empoderamiento es el proceso de transferencia de autoridad/responsabilidad a la comunidad. Es lo que potencia los efectos de la promoción de la salud, detonando mayores grados de participación y colaboración individual, comunitaria e intersectorial. Este apoderamiento social, se define como "Acciones de participación colectiva o comunitaria tendientes a influir sobre los llamados determinantes de la salud que afecten las condiciones de vida de dicha comunidad". Lo descripto es un concepto que permite entender la

participación comunitaria en las redes sociales. Así, desde el funcionamiento en redes, se amplía el mapa de posibilidades para intervenir promoviendo la producción de subjetividad.

B) PROPOSITOS GENERALES

(1) Objetivos y Criterios Generales

Desarrollar la promoción, protección y mejoramiento de la salud mental de todos los habitantes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, generando estrategias directas e indirectas para el logro de tal objetivo.

Fomentar la producción y calidad de vida, la participación y solidaridad social, y la reconversión de los recursos institucionales, sustentándolos sobre un eje rector que abarque organización, integración, creatividad y eficiencia, promoviendo transformaciones.

La efectividad de los planteos en salud mental se asienta en dos pilares básicos e insustituibles:

- Privilegiar la salud en lugar de la enfermedad, priorizando la prevención y la promoción de salud, concibiendo la salud mental como concepto social, integral y abarcativo de los distintos factores intervinientes.
- Convocar a la participación activa de todos los integrantes del sector, enfrentando la tendencia al aislamiento, al silencio, a la incomunicación, a través del trabajo y de la libre expresión, para continuar con todo aquello de interés que se estaba desarrollando y generar nuevas propuestas que vayan conformando un Plan de Salud Mental consensuado y amplio. El tríptico de lo médico-psicológico, asistencial, sanitario y social con sus campos específicos reparador, defensivo-profiláctico y activo-preventiva, respectivamente, configuran el marco de inserción de la salud mental.

Es decir, este objetivo general tiene que ser abordado desde estos tres enfoques, cuya discriminación es sólo organizativa, ya que están íntimamente relacionados en toda acción sanitaria.

(2) Enfoque asistencial

Desde este enfoque, el objetivo a lograr, es la recuperación de la salud mental. Por esto se entiende que la persona consultante pudiere gozar plenamente de sus capacidades para que le sea posible la reinscripción en sus ámbitos de pertenencia, reintegración entendida como participación activa, tanto en lo social y familiar, como laboral. Al considerar la situación actual por la que atraviesa la sociedad argentina, esta reinscripción muchas veces es compleja, dado que el sujeto puede quedar en la encrucijada de no encontrar un lugar para sí, ya sea en su medio social, en lo laboral y a veces en lo familiar. Esto lo pone frente a una realidad en la cual, a veces, los síntomas son sociales y no sólo del sujeto. Desde esta perspectiva, en el enfoque asistencial se plantea considerar diagnóstico y tratamiento con la mayor amplitud posible, de manera que permita la interpretación y resolución del malestar en sus diferentes presentaciones.

(3) Enfoque Sanitario y Social

El objetivo, dentro de esta área, es contribuir a la reducción de los factores sociales y ambientales que provocan o favorecen la aparición de las enfermedades mentales.

Para ello, la primera tarea será identificar cada uno de estos factores y luego promover medidas tendientes a resolverlos. Es en ese sentido que no se puede formular un Plan de estas

características en forma aislada de una adecuada política de ingresos, de vivienda, de seguridad social, de control de las condiciones de trabajo, en suma; de una política social de gobierno.

En la actualidad esta política social está seriamente lesionada por la crisis de un Estado en situación altamente deficitaria. La deuda con los más carenciados es cada vez mayor, y en ese marco, la política sanitaria debe realizar un diagnóstico y rápido abordaje de los factores que favorecen la aparición de patologías, identificando las enfermedades en su estado incipiente, por medio de la observación constante de grandes grupos poblacionales y sus condiciones de vida.

A partir de estas propuestas se proponen los siguientes criterios y objetivos generales, teniendo en cuenta que éstos, mantengan una actualidad permanente, confrontándolos dialécticamente con el quehacer cotidiano, como alternativa para generar acciones transformadoras.

- El Plan de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se articulará con el Plan Nacional de Salud Mental y acorde a las políticas de salud que promueve la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y que se promuevan a nivel nacional.

Todas estas acciones, estarán encuadradas dentro de La Ley N° 448/00 de Salud Mental y de la Ley N° 153, Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

- Se considera esencial la participación de todos los trabajadores de salud mental (profesionales y no profesionales) en la planificación y ejecución de los planes de salud mental a través de sus organizaciones gremiales primarias, secundarias y terciarias convergiendo en la formulación de objetivos y criterios, ejecución de planes, fiscalización y control de las actividades.

- Se promueve la participación en el Consejo Federal de Salud Mental.

- Promover el abordaje de la persona enferma con criterio amplio, incluyendo las distintas teorías, enfoques, métodos y técnicas, con amplitud de acción, sustentado en el afecto y la solidaridad.

- Ofrecer un sistema de servicios, organizado en red, que contemple todos los niveles de atención, en sus aspectos asistenciales, preventivos, rehabilitadores y resocializadores, que sea efectivo, igualitario, de alta calidad y accesible a toda la población.

- Construir en donde falte, reordenar y reconvertir lo existente, en materia de recursos tanto humanos como materiales, para ofrecer un adecuado servicio, optimizado, y que responda a las necesidades de la población, tanto en la inmediatez de la crisis actual, como en el mediano y largo plazo.

- Integrar a la organización todas las acciones que se realicen, e impulsar la articulación de todos los recursos, subsectores y jurisdicciones; es decir una red asistencial, integrada, zonalizada, de fácil acceso y de complejidad creciente.

- Fomentar la participación de la comunidad en pro de la salud, interviniendo tanto en el proceso de planificación, como en el de decisión y ejecución en forma directa o a través de sus organizaciones representativas.

- Facilitar la utilización, por parte de la población, de todos los recursos de salud mental en todos sus niveles de atención, haciendo hincapié en los dispositivos del primer nivel de atención y por la situación actual, en los servicios de atención en crisis.

- Relevar permanentemente a los efectores y definir su nivel de eficacia en cuanto a la respuesta a la demanda.

- Mantener la zonificación para la red de servicios en salud mental mediante la coordinación.
 - intrazonal
 - interzonal
 - interjurisdiccional

La red debe estar sostenida por:

- Un programa de capacitación permanente acorde a las políticas de Salud Mental que se plantean y la reconversión de los recursos humanos existentes.
- Un sistema de comunicación e informática que articule la red.
- Un método de normatización y derivación que posibilite el acceso del paciente por cualquier lugar del Sistema para su atención más adecuada.

Los efectores de Salud Mental son:

- Los Hospitales Monovalentes de Salud Mental
- Los Servicios de Salud Mental de los Hospitales Generales de Agudos y Especializados.
- Los Centros de Salud Mental
- Los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC) Polivalentes
- Equipos de Salud Mental en todos estos Centros de Salud y Acción Comunitaria, dado que constituyen sectores estratégicos en la prevención y en la detección precoz de las enfermedades mentales como así también en la promoción de recursos comunitarios que desarrollen la salud.

En cuanto a los Centros de Salud Mental, como instituciones de reconocida especificidad, es allí donde resulta propicio y efectivo el abordaje más abarcativo y por tanto el desarrollo interdisciplinario de equipos constituidos para atención de grupos etáreos definidos y para patologías de mayor incidencia epidemiológica, con fácil accesibilidad y dinamismo resolutivo.

En el nivel de los Hospitales Generales de Agudos y de los Especializados, el Servicio de Salud Mental adecuará su accionar a la demanda actual (consultorios externos, interconsulta, etc.) y deberá ser un lugar de asistencia y de promoción de la salud mental trabajando coordinadamente con los CESAC en las acciones preventivas, para irradiar su acción a la comunidad.

Asimismo se propone en los Hospitales Generales de Agudos, la incorporación a las dotaciones de guardia de profesionales de la salud mental en tanto esto aumenta la estrategia de intervención en crisis y la contención de los pacientes y sus familias.

El enfoque del Hospital Monovalente no será custodial ni internista. Evitará la cronificación, tenderá a la rápida resocialización y extremará recursos de estrategias terapéuticas alternativas para evitar la internación.

- Implementación de la Red de Urgencias y Emergencias psiquiátrica-psicológica, organizando un entramado entre los efectores que ya poseen guardias especializadas, con aquellos Hospitales y Centros de Salud, que carecen de ellos y, asimismo, tender a promover acciones conjuntas entre la Secretaría de Salud, la Dirección de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, con organismos de Salud de la Nación y de la Provincia de Buenos Aires, en el ámbito de la Ciudad y Conurbano ampliando el campo de acción (Red Metropolitana de Servicios de Salud Mental).

- Con camas de observación
- Con Servicio Social las 24 horas

- Con móviles para la Urgencia (Atención Domiciliaria)
- Se tenderá a organizar, desarrollar y optimizar los Servicios en: (Art. 14° Ley 448).
- Asistencia ambulatoria e internación Infanto-Juvenil
- Asistencia ambulatoria e internación Adultos
- Asistencia domiciliaria Psiquiátrica-Psicológica Programada
- (Incluye Internación Domiciliaria)
- Hospital de Día Infanto – Juvenil
- Hospital de Día Adultos y Gerontes
- Hospital de Noche
- Talleres
- Talleres de Trabajo y Áreas de Resocialización
- Emprendimientos Sociales
- Casas de Medio Camino
- Residencias y Hogares

Dirigir la atención a problemas severos tales como:

- Usuarios de drogas. Uso, abuso y dependencia
 - S.I.D.A.
 - Accidentes
 - Desastres - su impacto en la Salud Mental de la Comunidad
 - Conductas Suicidas
 - Violencia familiar y maltrato infantil
 - Psicopatías. Violencia social
 - Trastornos de la Alimentación
- Favorecer una rápida resolución en la atención de pacientes judiciales, a través de acuerdos con instancias nacionales y del Poder Judicial.
 - Promover que los subsectores de la Seguridad Social y Privado converjan hacia estos objetivos asistenciales en todos los niveles propuestos, aportando su capacidad instalada y Recursos Humanos y Técnicos, tanto en los Servicios Ambulatorios, como de Internación.
 - En el orden de la promoción y prevención, impulsar un programa de estas características implica trabajar conjuntamente con la población para la detección precoz de patologías y la promoción de la salud, mediante el desarrollo de los recursos propios. Los dispositivos que involucran a la comunidad en la detección de problemas permite también advertir síntomas que, de otro modo quedan en la sombra, saliendo a la luz condiciones sociales que permiten, facilitan, aceleran la producción de enfermedad mental, como la expresión más aguda de la crisis. La comunidad misma ejercerá la función de agente de salud por el ejercicio de la solidaridad social "**La comunidad ayudándose a si misma**". Y promoviendo intervenciones que, dentro del orden social a veces pervertido, sirvan de referencia en situaciones en las que se ha perdido la noción de legalidad o bien en instancias en las que la instituciones están seriamente cuestionadas. En un momento en que impera la desesperanza, se puede retomar la noción de institución **Familia** en su sentido mas amplio y abarcativo, promoviendo el fortalecimiento de vínculos afectivos que sean sostén para el individuo o grupo que padece.

En síntesis, promover en la comunidad, el pasaje de una postura pasiva-dependiente-demandante a una postura participativa y creativa.

- Asimismo se hace necesaria la utilización de medios de difusión y/o el contralor de sus modalidades, en cuanto afecten la salud mental de la población.

Se considerará el ámbito familiar como estructurante de salud mental, en tanto, campo principal de formación de la personalidad, atendiendo primordialmente aquellos momentos evolutivos claves que presenten una alta posibilidad de riesgo en el desencadenamiento de patologías:

Se promoverá el trabajo preventivo integrando a otras áreas de la salud, con la población materno - infantil, durante los periodos de embarazo, parto, puerperio, primer año de vida y primera infancia, dado que las altas tasas de morbi-mortalidad infantil y la crisis económica justifican su urgencia.

Se promoverán acciones para tratar de revertir las situaciones de desintegración familiar y abandono de menores promoviendo, en conjunto con la política social y laboral, severamente atacadas por la pauperización, la desocupación y la crisis de valores de los últimos años.

Respecto de la población **adolescente**, se abordará su problemática de identidad, en sus aspectos familiares, sociales, educativos y laborales para prevenir la emergencia de patologías tales como: toxicomanías, conductas delictivas, intentos de suicidio etc. La fragilidad psíquica de este sector de la población, las innumerables ofertas que presenta el medio en materia de consumo de sustancias que prometen placer mitigando el malestar o la angustia, hacen que sea necesaria una política preventiva firme y abarcativa.

En cuanto la **población de Tercera Edad**, se elaborarán sub-programas que consideren su conflictiva específica, ligada al abandono de la vida productiva y a su creciente marginación dentro de los ámbitos familiar y social.

Para la detección precoz de trastornos de conducta y aprendizaje en la **población escolar**, se coordinarán acciones conjuntas con la Secretaría de Educación del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Evaluar la incidencia de las **crisis vitales**, en los adultos, que hoy se encuentran profundamente atravesados por la crisis social.

Es necesario investigar la incidencia en la salud mental de individuos, familias y grupos, de los factores económicos, sociales, políticos y naturales que han alterado sensiblemente las formas propias de convivencia de nuestra comunidad, cuestionando los valores éticos que la sostienen.

- Se programará la capacitación de los profesionales de salud mental dentro de un marco acorde a las necesidades de la población, capacitándolos para el trabajo interdisciplinario y el abordaje de aquellas patologías emergentes en grandes grupos poblacionales, ya detectadas por los propios miembros de la comunidad.

Sostener y promover ciertos principios básicos:

- Que no haya detentación del poder científico en relación al saber y la verdad profana del sujeto-paciente.
- Que no se subestimen los códigos propios de los pacientes por sus condiciones socioculturales diferentes.
- Que no se privilegie lo asistencial en detrimento de lo preventivo.

- Se promoverá el cuidado de la salud física y mental del trabajador de la salud: profesionales, técnicos y auxiliares, en tanto, por la especificidad de su quehacer están expuestos a las descompensaciones propias de la población en riesgo que asisten.

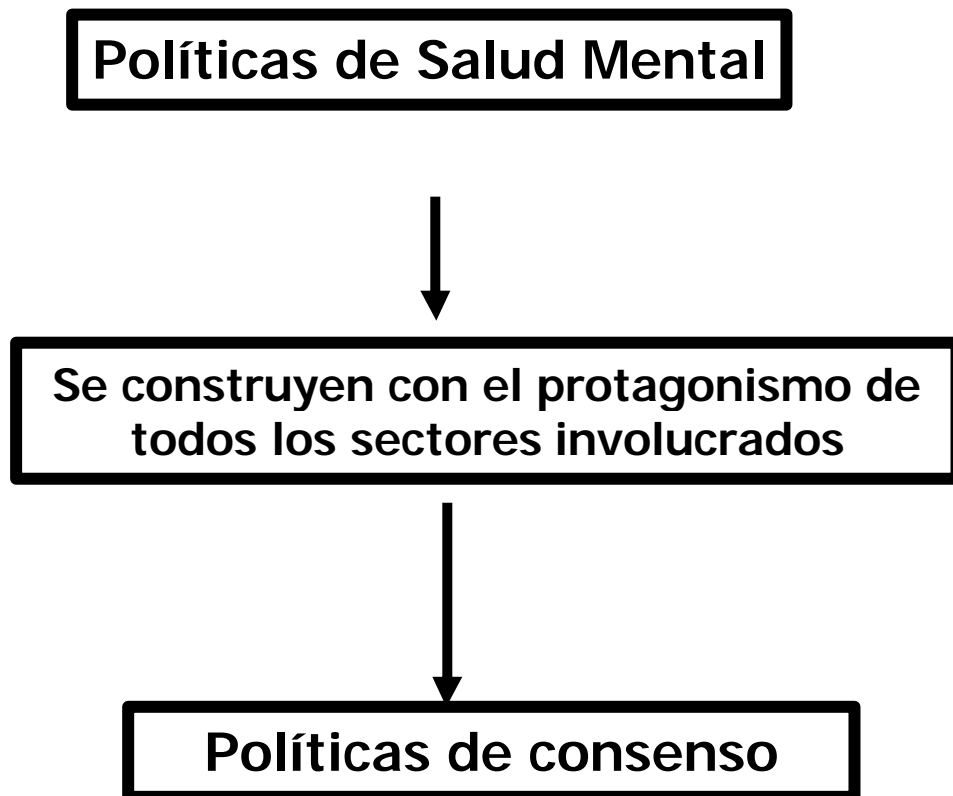
C)

CUADRO SÍNTESIS

“POLITICAS DE SALUD MENTAL”

Políticas de Salud Mental

- ✓ **M**arco Ideológico-conceptual
- ✓ **P**rocesos de implementación
- ✓ **C**ontenidos
- ✓ **A**cciones a realizar
- ✓ **O**rganización del sistema



Los procesos de implementación de esas políticas deben:

- **Avanzar en su conjunto**

- **Ser una alternativa integradora**

De una alternativa individual-atomizada segregacionista a otra integradora y pluralista teniendo como eje la participación comunitaria

- **Dar respuesta a la problemática actual e ir definiendo objetivos mediatos**

E
S
T
O
S

P
R
O
C
E
S
O
S

I
M
P
L

I
C
A
N

**A nivel ideológico
conceptual**



- Reformular los conceptos de Salud y Enfermedad Mental en el conjunto social, al incorporar nuevos valores y conocimientos

**A nivel del
Sistema de
Salud**



- Reformular las instituciones y articularlas entre sí

**A nivel
Técnico-
Operativo**



- Reformular los criterios profesionales y las técnicas de abordaje

Acciones a Realizar:

- **A**decuada atención en los diferentes niveles: Asistenciales – preventivos – rehabilitatorios - resocializadores
- **P**asaje de propuestas Hospitalo-céntricas- asilares a programas asistenciales comunitarios
- **I**ncremento de los tratamientos ambulatorios
- **H**ospitalizaciones breves y/o parciales
- **D**iferentes estrategias para la atención de pacientes ya psiquiatrizados que para aquellos que no lo son.
- **A**tención de las patologías emergentes actuales

Organización del sistema



Plan de Salud Mental

- Expresa estas políticas
- Está inserto dentro de un marco conceptual y de acción de políticas de salud en general y de políticas sociales (trabajo- vivienda- recreación- deportes)
- Aloja diferentes propuestas y programas articulados entre sí
- Define estrategias y acciones que conforman una RED DE SERVICIOS, como instrumento de organización y gestión para realizar esas políticas
- Articulación de la RED DE SERVICIOS con REDES SOCIALES

II.

**ANALISIS DE LA
SITUACIÓN**

A) DESCRIPCION DE LA SITUACIÓN ACTUAL – OBSTACULOS

Si bien Salud Mental ha ido logrando cada vez mas espacio en los últimos años (incluso se ha sancionado la Ley 448/00), sigue siendo relativo su reconocimiento desde la organización médica clásica, lo que se expresa en cuestiones de espacio y ubicación, con horas profesionales siempre en discusión, con la tendencia a priorizar otras especialidades y escasa consideración dentro del organigrama hospitalario y del sistema de salud.

Las propuestas que se plantean, implican modificar a nivel estructural ciertos funcionamientos habituales de las instituciones que constituyen trabas para la puesta en ejecución de nuevos abordajes.

Las alternativas validas para que estas transformaciones puedan operarse consisten en generar espacios de discusión y reflexión, de amplia convocatoria que confluyan en la concreción de los objetivos a lograr.

La reflexión y el intercambio de ideas produce transformaciones en la comprensión de la realidad y, por ende, cuestionamientos de los esquemas tradicionales.

Se observa **una marcada tendencia burocrática en la estructura organizativa y administrativa de las instituciones con fuerte resistencia al cambio**, paralizadoras de cualquier intento transformador.

A esto se asocia el déficit de personal administrativo (no se cubren vacantes por jubilaciones, retiros, renuncias, o fallecimientos), y parte del plantel existente cuenta con escasa formación para la tarea, generándose así una disminución en la eficacia de la función de **'sostén y contención'**, que debe ofrecer la institución.

Al tener escasos insumos, salvo en los hospitales monovalentes, y sin aparatología, sale de la consideración habitual en políticas sanitarias, pero aun así, se intenta contemplar la cuestión de recursos humanos de la misma manera que en otras especialidades médicas, sin tener en cuenta que ese es el elemento clave del funcionamiento del Sistema de Salud Mental.

Por otra parte, las instituciones de salud mental producen distintas formas de exclusión de pacientes (listas de espera, alguna forma indirecta de selección de pacientes, etc.).

Los profesionales y técnicos, capacitados por un sistema de intervención que no considera la problemática social, distorsionan la atención con una acción limitada y al mismo tiempo sobrevalorada, desechando acríticamente otras alternativas de intervención clínica.

Entre las dificultades que emergen, transformándose en obstáculos en la situación actual deben considerarse: aquellas referidas a la problemática macro socio-político-económico-cultural (postmodernidad-globalización, caída de valores, tradiciones e historicidad; pérdida de referentes identificadorios - alteración del concepto tiempo y trabajo, etc.) y aquellas, íntimamente interrelacionadas, propias del Sistema de Salud.

La propuesta básica del Plan de Salud Mental implica enfrentar la marginación sociocultural, mediante la acción integradora, participativa y solidaria.

(1) Organización del Sistema

El Sistema de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires presenta actualmente una insuficiente adecuación entre oferta y demanda. En este contexto y desde la perspectiva del diagnóstico situacional, se observan algunos aspectos que son críticos, a saber:

- Sectores de población con accesibilidad disminuida por inadecuada organización de los Servicios.
- Dificultad en la continuidad de los tratamientos y seguimientos de los pacientes
- Desigual distribución del recurso humano, intraservicios y en la red (concentración en algunos efectores de la región Sur y Centro, e insuficiencia en los efectores de la región Noroeste).
- Sistemas de admisión poco eficientes en algunos efectores.
- Escasos o ausencia de criterios comunes para la atención y seguimiento de los pacientes.

- Déficit de dispositivos asistenciales-preventivos (equipos de atención en crisis, abordajes grupales, talleres, etc.).
- Insuficiente recurso dirigido hacia el tratamiento de patologías emergentes con fuerte incidencia socio-económica (adicciones, violencia, y grupos de edad como Infanto-Juvenil, Trastornos Alimentarios, 3ª. Edad).
- Déficit de programas preventivos y de rehabilitación, tanto en el nivel institucional como en el socio-comunitario (talleres preventivos, programas locales comunitarios, casas de medio camino, etc.).
- Predominio del enfoque asistencial individual. Los tratamientos grupales, vinculares y familiares tienen escaso desarrollo. .
- Alta concentración de los recursos en horarios matutinos.
- Programa de asistencia domiciliaria sin la adecuada organización y ubicación dentro de las políticas en curso .
- Escasas camas de internación en Servicios de Salud Mental de Hospitales Generales de Agudos (Hospital Piñero - Hospital Álvarez)
- Escasa conexión entre las guardias psiquiátricas y psicológicas y los Servicios de Salud Mental, Servicios de Internación y C.E.S.A.C.
- Escasa organización de los equipos de salud mental de los C.E.S.A.C.

(2) Gestión

En lo que respecta a lo observado en materia de gestión y planificación se observa:

- Falta análisis de escenarios.
- Mínima planificación y visión estratégica
- Ausencia de programas de acción de acuerdo a análisis de situación.
- Hay déficit de programas y criterios de gestión.
- Se limitó la construcción y ampliación de redes de servicios.
- Se dejó de considerar el diseño de perfiles de Servicio de Salud Mental de los diferentes efectores integrantes de la Red de servicios de Salud Mental.

Lo antedicho arroja consecuencias tales como:

- Fragmentación y atomización de la Red de servicios de Salud Mental.
- Desactualización y/o escaso cumplimiento de la normatización de servicios y prestaciones.
- Sólo se ha implementado en algunos efectores la Historia Clínica Unica, o un modelo único como documento-instrumento útil para el desarrollo y organización de la Red de Salud Mental.
- Escasa coordinación, integración y coherencia en la organización de los Servicios.
- Deterioro en la comunicación intrasistema.- Los mecanismos de referencia-contrarreferencia, no funcionan adecuadamente.
- Deficiencia en la coordinación entre Servicios de Salud Mental y el Area Programática (C.E.S.A.C.), del hospital.
- No es satisfactoria en diversos efectores, la relación entre Servicio de Salud Mental y otros Servicios hospitalarios.
- Falta un programa de gestión donde se categorice y evalúe periódicamente a los efectores y se establezcan indicadores para medir cumplimiento de objetivos y logro de productos.
- Ausencia de análisis de eficacia de tratamientos (minimamente sobre continuidad y/o deserción).
- Abandono de la gestión de programas preventivos en el primer nivel (C.E.S.A.C.).

- Escaso desarrollo de propuestas y programas de capacitación permanente del recurso humano de salud mental, acorde a las propuestas programáticas de Salud Mental.
- Déficit o ausencia de articulación de acciones a nivel interjurisdiccional e intersectorial (Poder Judicial - Desarrollo Social).

B) PERFIL DEMOGRAFICO DE LA POBLACION

Definir el universo de las personas potencialmente demandantes de atención en salud mental dentro de la Ciudad de Buenos Aires es uno de los pasos necesarios para la correcta planificación en el sector. Ponderar la cantidad y las características principales de las personas, tanto las efectivamente asistidas dentro del sistema, como las que están en condiciones de serlo, permite establecer perfiles de atención y distribución de recursos acordes con las necesidades de la población. En ese sentido resulta preciso remarcar que, tal como ocurre en las esferas del trabajo, la educación y las actividades culturales que se desarrollan en la Ciudad en general, casi la mitad de las personas que son asistidas en el Sistema tienen su lugar de residencia fuera de la Ciudad de Buenos Aires. Lo que dificulta la construcción de datos poblacionales certeros, habida cuenta de la carencia de estudios precisos sobre la cantidad, la distribución por grupos de edad o por actividad de las personas que día a día transitan esta ciudad. Al respecto contamos con una estimación hecha en los últimos años de unas 8 millones de personas que diariamente se encontrarían dentro de sus límites. Aunque, según las informaciones dadas por profesionales del subsector estatal, esa cifra actualmente sería inferior, como consecuencia del impacto de la crisis económica sobre las posibilidades de utilización de los medios de transporte por parte de las personas residentes en el conurbano bonaerense.

A fin de hacer un acercamiento a la definición demográfica y socioeconómica de la población usaremos datos producidos por el I.N.D.E.C., tanto los resultados provisionales del Censo 2001 como los muestrales de la encuesta permanente de hogares (EPH), y los análisis elaborados por el Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO), a partir de su encuesta de Desarrollo Social de 1997.

Población por Grupos de Edad. Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Partidos del Conurbano.

Población	Ciudad De Buenos Aires	Partidos Del Conurbano
Total	2.768.772	13.818.677
Niños y Adolescentes de Hasta 19 Años *	719.880	5.043.817
Adultos Entre 20 Y 59 Años *	1.500.674	6.923.157
Adultos Mayores de 60 Años *	550.985	1.837.884

*Estimaciones basadas en la EPH, octubre 01.

El total de la población de la Ciudad de Buenos Aires, por primera vez desde 1869, se ha visto reducida en cantidad. De los 2.965.403 habitantes registrados por el censo 1991, casi 200.000 ya no residen en la ciudad, lo que ha modificado las expectativas demográficas planteadas en la década de los noventa, que calculaban un total de población aproximado a 3.050.000 habitantes para el año 2000 en Buenos Aires. El descenso en los totales poblacionales es similar en los distritos escolares de la ciudad, a excepción de los D.E. XIX y XXI, bajo la zona de influencia del Hospital Piñero que son los únicos que han incrementado, en 19.000 y 11.000 habitantes respectivamente, sus totales de población respecto del Censo '91.

Los perfiles socio-económicos básicos también han cambiado sustancialmente en el último decenio para la región estadística de Gran Buenos Aires, que incluye la Ciudad de Buenos Aires y los 24 partidos del conurbano. La proporción de personas ubicadas debajo de la línea de indigencia (es decir, personas cuya canasta de alimentos no satisface las necesidades energéticas y protéicas mínimas), se calculaba en 3,0 % para Octubre 1991 (unas 466.811 personas); las personas ubicadas debajo de la línea de pobreza (es decir, personas cuyos ingresos no alcanzan a satisfacer un conjunto de necesidades alimentarias y no alimentarias consideradas esenciales), se calculaba en 21,5 % (unas 3.345.481 personas); mientras que la tasa de desocupación era de 5,3. En la actualidad, Octubre 2001, se calcula que el 12,2 % de los habitantes de la región se encuentran bajo la línea de indigencia (unas 2.023.668 personas); el 35,4 % bajo la línea de pobreza (unas 5.871.956 personas) y

la tasa de desocupación es de 19,0. Lo cual equivale a decir que antes de desatarse el último tramo de la situación crítica de nuestra economía, contábamos con aproximadamente 2.526.475 personas más bajo la línea de pobreza, tomando como referencia los valores de octubre 1991.

Estos datos impactan directamente sobre la atención en salud de la ciudad, en tanto gran parte de los asistidos toman a los efectores del subsistema estatal como centro de atención. Hacia 1997 y a nivel nacional, de los tres subsistemas de protección de la salud, el de la Seguridad Social era el que mayor población tenía asignada, concentrando una porción cercana a la mitad de la población, mientras que el estatal recibía un 36 % y el privado un 8 %, al tiempo que el 6 % restante contaba con protección mixta. Esta distribución varía en cuanto se la analiza en relación a la distribución del ingreso per cápita, donde se obtiene que más del 63 % de la población sin ingresos o que se encuentra en el último peldaño de la distribución de ingresos se atiende exclusivamente en efectores estatales, mientras un 30 % lo hace en los pertenecientes a la seguridad social y un 4 % en los privados. Lo que sumado a los datos actuales de pobreza, indigencia y desocupación, y las estimaciones relativas a la pérdida de cobertura sanitaria por parte de los nuevos desocupados, los trabajadores asalariados que no están en relación de dependencia y aquellas personas que ya no están protegidas por el sistema de seguridad social (familiares que alcanzaron la mayoría de edad o cuyo titular de referencia perdió su condición de tal), indica que la mayor parte de esas 2.526.475 personas que fueron anexadas en los últimos tiempos a la categoría de “pobres” en la región estadística del Gran Buenos Aires probablemente (y en la medida que las capacidades económicas de esta población permitan la solvencia necesaria para el traslado y el afrontamiento de los tratamientos) busquen atención sanitaria en los efectores estatales, de los cuales, en buena parte, lo harán en los efectores estatales del Sistema de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.

Dentro de este numeroso grupo tiene especial relevancia la franja de edad que abarca de 0 a 24 años. Hacia 1997 se estimaba en el país que la mitad de los menores de 4 años se atendía exclusivamente en efectores estatales, y que el 42 % de los niños, adolescentes y adultos jóvenes de entre 5 y 24 años también lo hacían. El 40 % de los menores de 4 años, el 47 % del grupo de 5 a 14 años y el 37 % del grupo de 15 a 24 años contaba con la protección sanitaria de la Seguridad Social en carácter de familiar. Es de suponer que estas cifras hayan cambiado como consecuencia de los niveles de desocupación y de ocupación sin relación de dependencia alcanzados en los últimos tiempos. De lo que se concluye una expectativa de fuerte aumento en la cantidad de niños, adolescentes y adultos jóvenes que contarán sólo con los efectores estatales para su protección sanitaria en los próximos años.

C) EPIDEMIOLOGIA

No se dispone de datos actualizados sobre los trastornos mentales y del comportamiento en la población de la Ciudad de Buenos Aires. El último estudio a nivel poblacional fue el realizado por el CONICET, a través de su Programa de Epidemiología Psiquiátrica, entre los años 1979 y 1982. Las conclusiones indicaban que un 26 % de la población presentaba síntomas, de moderados a graves, que requerían de asistencia psicológica y/o psiquiátrica.

Posteriormente, hubo varios intentos de la Dirección de Salud Mental para llevar a cabo estudios poblacionales en la Ciudad de Buenos Aires que, por diferentes razones, no se concretaron; fundamentalmente por la falta de financiamiento para un proyecto de esa magnitud.

No obstante la falta de estudios poblacionales actuales sobre la prevalencia de los trastornos mentales en la Ciudad de Buenos Aires, hay datos que permiten inferir el aumento de los mismos a lo largo de estos 20 años especialmente en lo que se refiere a las llamadas nuevas patologías como los trastornos de la alimentación, la violencia en todas sus formas- familiar, social, abuso de menores- y las adicciones a drogas y alcohol, cada vez de comienzo más temprano, sin dejar de mencionar los accidentes y el suicidio.

Por otra parte, pese a carecer de información a nivel poblacional, se cuenta con los resultados de algunos estudios puntuales que permiten una aproximación al perfil epidemiológico de las personas que consultan y son atendidos en los efectores dependientes del Gobierno de la Ciudad.

En el trabajo “Epidemiología de los trastornos mentales” (Gola, C. , Milano, L. y Roca, A., Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, U.B.A., año 4, N° 1, Buenos Aires, 1999) sobre una muestra de población adulta atendida en los consultorios externos de los Hospitales Fernández, Piñero y Tornú, se concluye que la frecuencia de los trastornos mentales y del comportamiento es la siguiente:

Neurosis, trastornos del humor, psicosis, trastornos de la personalidad y problemas con el ambiente social, incluido el grupo familiar.(cuadro N° 1)

Cuadro N° 1

Consultas según Diagnóstico y Hospital (en porcentaje)

Buenos Aires, 1995

DIAGNÓSTICOS	Fernández	Piñero	Tornú	TOTAL
Trastornos neuróticos (F 40-49)	55	64	42.2	54.4
Esquizofrenia y Trast. delirantes (F 20-29)	14	10	0	9.7
Trastornos del humor (F 30-39)	12	12	20	13.8
Trast. personalidad y comportamiento (F 60-69)	6	4	13.3	7.2
Problemas con el ambiente social (Z 60)	6	2	11	6.2
Prob. c/grupo de apoyo, incluido familiar. (Z 63)	3	0	6.9	3.1
Trast. debidos al consumo sustancias (F10-19)	3	0	4.4	2.6
Trast. mentales orgánicos (F 00-09)	1	0	0	0.5
Trast. comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos (F 50-59)	0	6	2.2	2.0
Retraso mental (F 70-79)	0	2	0	0.5
TOTAL	100	100	100.0	100.0

Fuente: Epidemiología de los Trastornos Mentales. Gola, Milano, Roca; Revista de Investigaciones Facultad de Psicología - U.B.A., Año 4, N° 1. Buenos Aires, 1999.

En otro estudio “Epidemiología e historia clínica en salud mental” (Milano, L., y Roca, A., Jornadas del Hospital Fernández, Buenos Aires, 2001) realizado entre la población atendida en

forma ambulatoria en 2 instituciones de características diferentes (Hospital Fernández y Centro de Salud Mental N° 1) se obtuvieron los siguientes resultados con respecto de la frecuencia de trastornos mentales y del comportamiento:

El primer lugar corresponde a los trastornos neuróticos, el segundo lo ocupan los trastornos de la personalidad y luego los trastornos del humor (Cuadro N° 2)

Cuadro N° 2

Consultas según Diagnóstico y tipo de Servicio
Hospitales de la Ciudad de Buenos Aires. Año 1998

DIAGNÓSTICO	Hospital General		Centro Salud Mental		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Tr.consumo sustancias(F10-19)	11	5.5	4	1.2	15	2.7
Esquizofrenia (F20 - F29)	5	2.5	6	1.7	11	2.0
Trastornos del Humor (F30 - F39)	14	7.0	44	12.6	58	10.5
Trast. neuróticos(F40 - F49)	21	10.5	126	36.0	147	26.8
Trast.asoc.a disfunc.fisiol. (F50-F59)	3	1.5	4	1.2	7	1.3
Trast. Personalidad (F60 - F69)	5	2.5	86	24.6	91	16.5
T.inicio en la infancia (F90 - F99)	0	0	22	6.3	22	4.0
Prob. Relac.c/amb.social (Z60)	10	5.0	5	1.4	15	2.7
Prob. relac.c/grupo apoyo (Z63)	11	5.5	24	6.8	35	6.5
Otros	20	10.0	5	1.4	25	4.5
Sin Diagnóstico	100	50.0	24	6.8	124	22.5
TOTAL	200	100.0	350	100.0	550	100.0

Fuente: Epidemiología e Historia Clínica en Salud Mental. (Milano L. y Roca A., Jornadas Hospital Fernández, 2001)

En ambos estudios se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades , décima revisión (CIE – 10).

En lo referente al perfil de la demanda hay coincidencia en la caracterización de la población que consulta:

- Predominio del sexo femenino (70 %)
- El 85 % de las consultas corresponde al grupo de edad entre 18 y 50 años
- Más de la mitad de los consultantes tiene educación secundaria y universitaria
- El porcentaje de desocupación alcanza al 25 % de la población atendida
- La gran mayoría de los consultantes reside en la Ciudad de Buenos Aires

En lo que se refiere a la población de pacientes internados, en el trabajo “Morbilidad psiquiátrica” (Roca, A. y Royer M.E., Dirección Estadísticas para la Salud y Dirección de Salud Mental, G.C.A.B.A., 1995) realizado sobre 3008 egresos de los hospitales psiquiátricos y servicios de psicopatología con internación, se llegó a las siguientes conclusiones: (Cuadro N° 3)

El sexo masculino prevalece ligeramente entre la población estudiada (53%)

- La mitad de los casos corresponden a menores de 35 años
- Sólo el 55 % de los casos residen en la Ciudad de Buenos Aires
- Las psicosis son responsables de casi dos terceras partes de los egresos, con amplio predominio de las “no orgánicas”. Dentro de ellas se destaca la esquizofrenia como diagnóstico más importante. Los trastornos de la personalidad y las neurosis ocupan, como grupos diagnósticos, los siguientes lugares en orden de importancia.

Cuadro N° 3

Egresos según grupos diagnósticos (en %).

Hospitales de Salud Mental y Servicios de Psicopatología y Salud mental. Año 1995.

DIAGNÓSTICO	Borda y Moyano	Alvear	Tobar García	Álvarez y Piñero	TOTAL
Psicosis (290-299)	76,2	48,2	22,3	53,3	64,4
Trastornos neuróticos (300)	0,7	14,6	40,8	5,5	7,0
Trastornos de la Personalidad (301)	7,6	12,4	11,8	4,4	8,6
Depend. y abuso alcohol/drogas (303-305)	7,8	3,8	1,7	3,7	6,1
Trast. Depresivos (no clasif. en otra parte) (311)	0,3	11,0	0,8	22,4	4,4
Otros trastornos mentales	4,4	5,6	21,8	8,1	6,4
Otras patologías	3,0	4,4	0,8	2,6	3,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Dirección de Estadísticas para la Salud

Para este estudio se utilizó la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE – 9)

D) RECURSOS DEL SISTEMA

(1) RECURSOS FISICOS

El Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires cuenta con los siguientes efectores para la atención de la salud mental de la población:

Hospitales Psiquiátricos (4)
Hospital Borda: adultos hombres
Hospital Moyano: adultos mujeres
Hospital Tobar García: Infanto-juvenil
Hospital Alvear: Emergencias Psiquiátricas

Servicios de Salud Mental en Hospitales Generales de Agudos (13)

Hospital Álvarez
Hospital Argerich
Hospital Durand
Hospital Fernández
Hospital Penna
Hospital Piñero
Hospital Pirovano
Hospital Ramos Mejía
Hospital Rivadavia
Hospital Santojanni
Hospital Tornú
Hospital Vélez Sársfield
Hospital Zubizarreta.

Servicios de Salud Mental en Hospitales Generales de Niños (2)

Hospital Elizalde
Hospital Gutiérrez

Servicios de Salud Mental en Hospitales Especializados en otras patologías (10)

Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer
Instituto de Rehabilitación Psicofísica (I.RE.P.)
Hospital de Oftalmología Pedro Lagleize
Hospital de Infecciosas Francisco Muñiz
Hospital de Oncología Marie Curie
Hospital de Quemados
Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca
Hospital de Oftalmología Santa Lucía
Hospital Materno-Infantil Ramón Sardá
Hospital de Gastroenterología Udaondo

Centros de Salud Mental (2)

Centro de Salud Mental N° 3 (Ameghino)
Centro de Salud Mental y Acción Comunitaria N° 1

Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica (11)

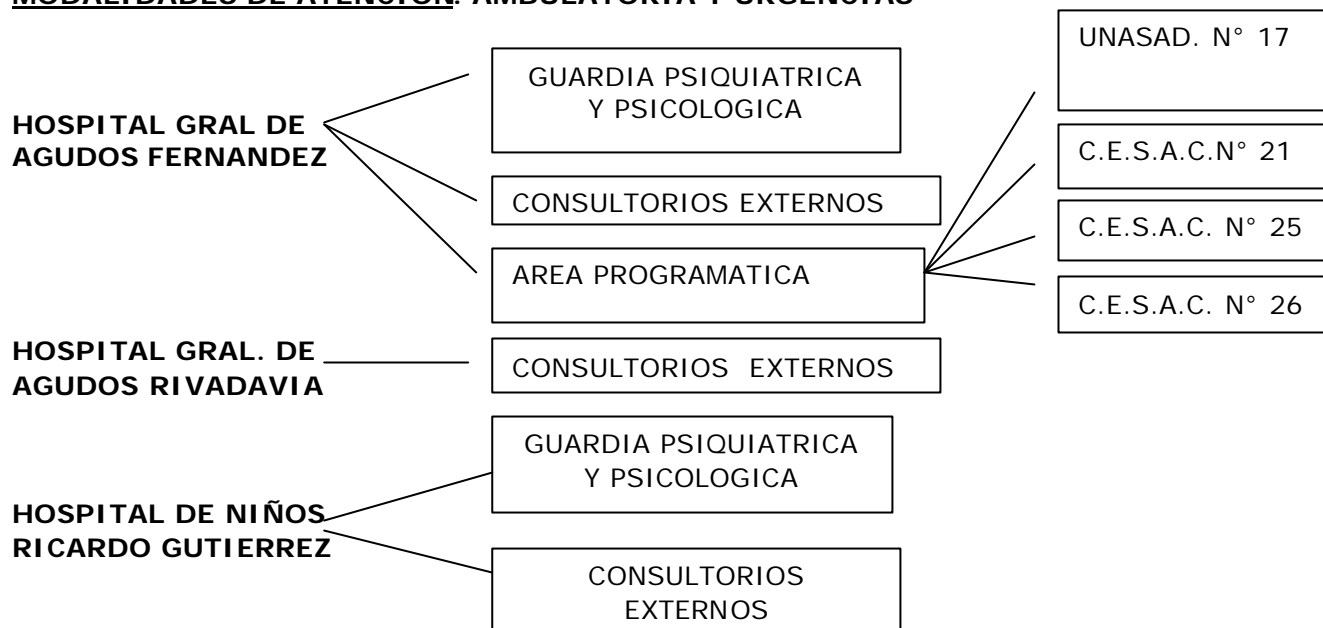
Profesionales de Salud Mental en los Centros de Salud y Acción Comunitaria.

Profesionales de Salud Mental en las Áreas Programáticas de los Hospitales Generales de Agudos.

EFFECTORES DE SALUD MENTAL POR REGIONES

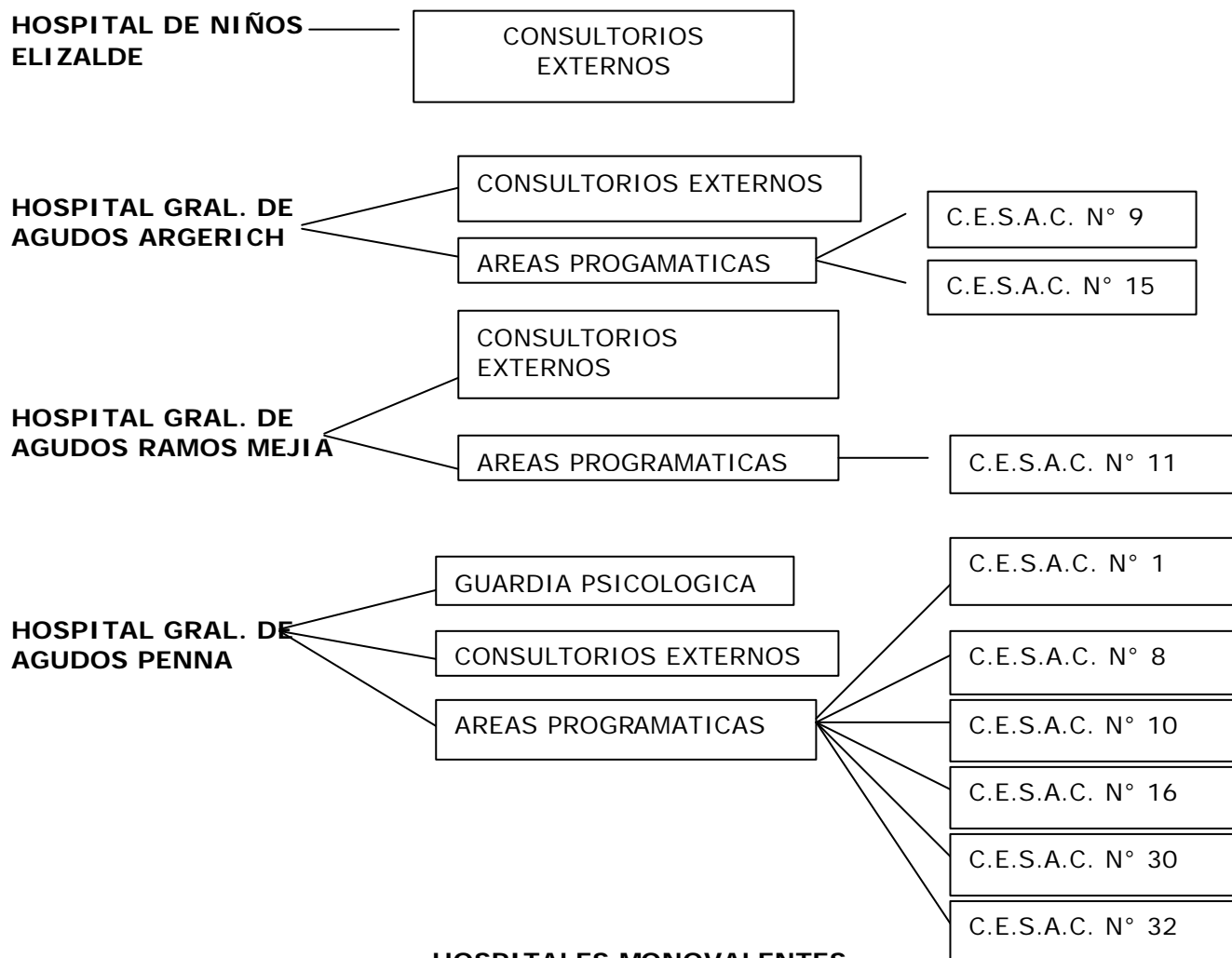
REGION I : ZONA CENTRO

MODALIDADES DE ATENCION: AMBULATORIA Y URGENCIAS

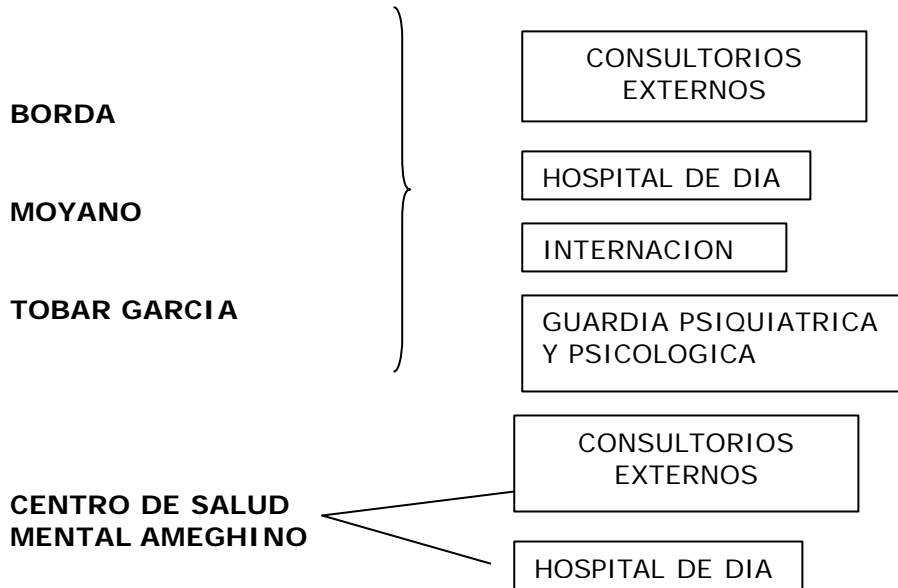


REGION II: ZONA SUR

MODALIDAD DE ATENCION : AMBULATORIA , INTERNACIÓN Y URGENCIAS.

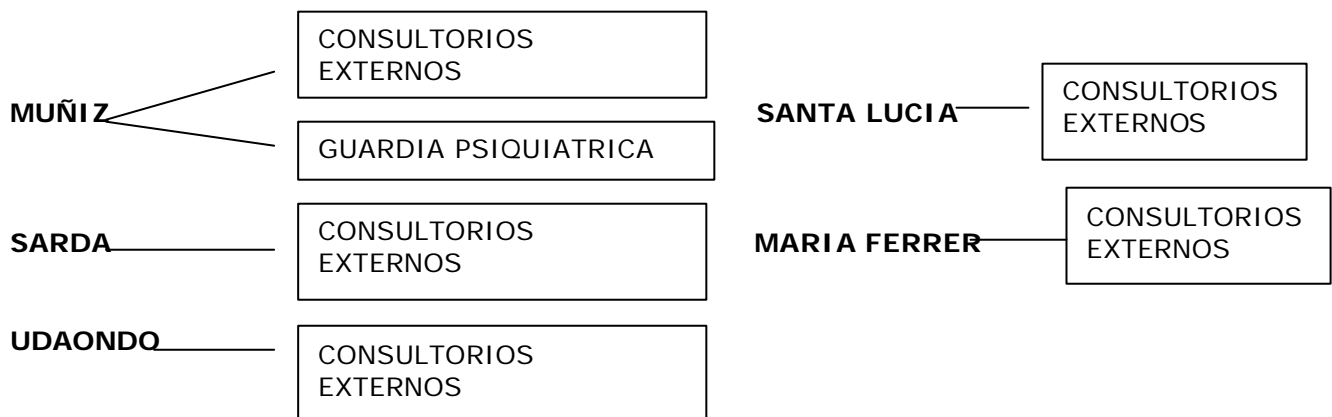


HOSPITALES MONOVALENTES:



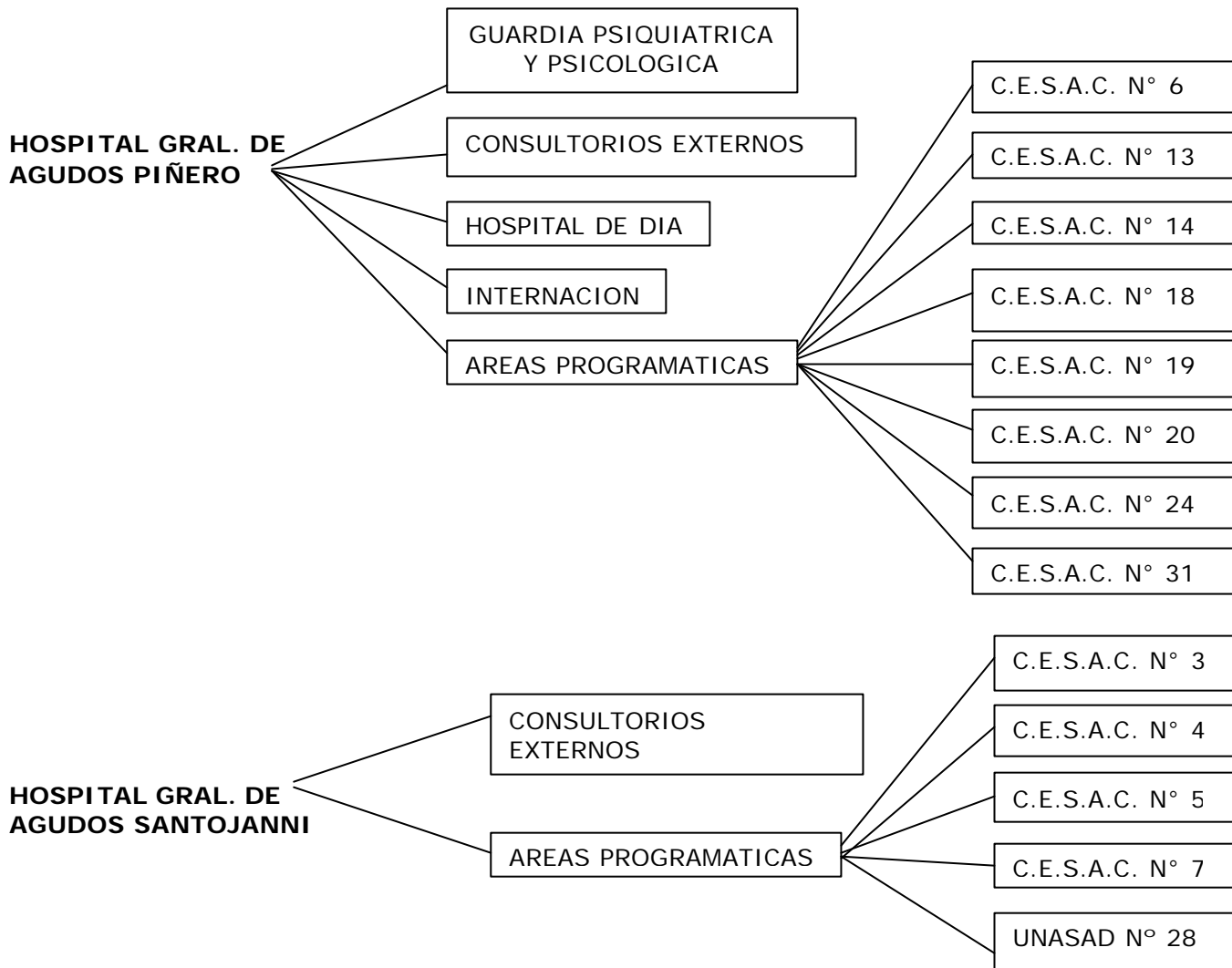
HOSPITAL GARRAHAN: INTERCONSULTA

HOSPITALES ESPECIALIZADOS:



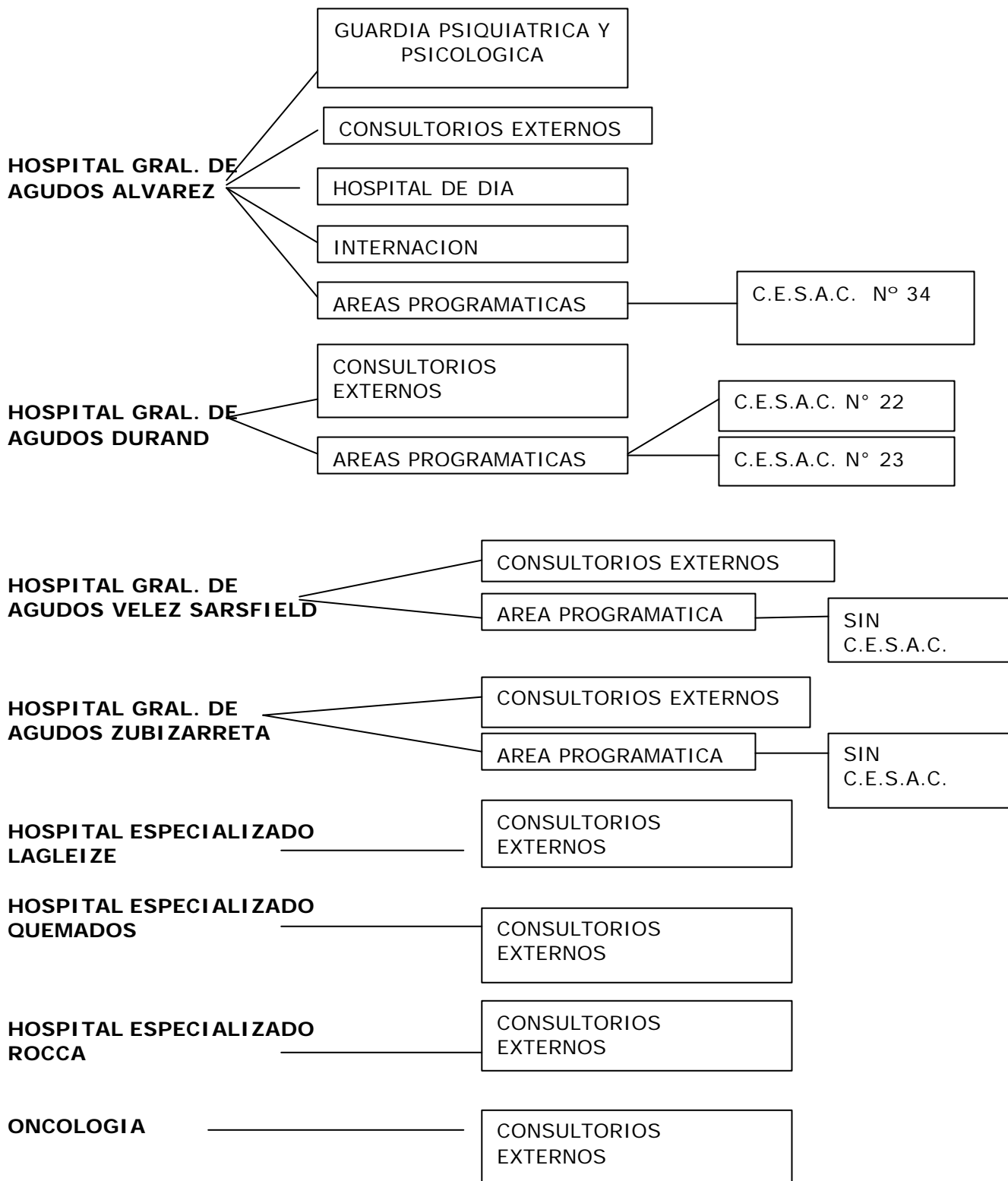
REGION III: SUDOESTE

MODALIDAD DE ATENCION: AMBULATORIA, INTERNACION Y URGENCIAS



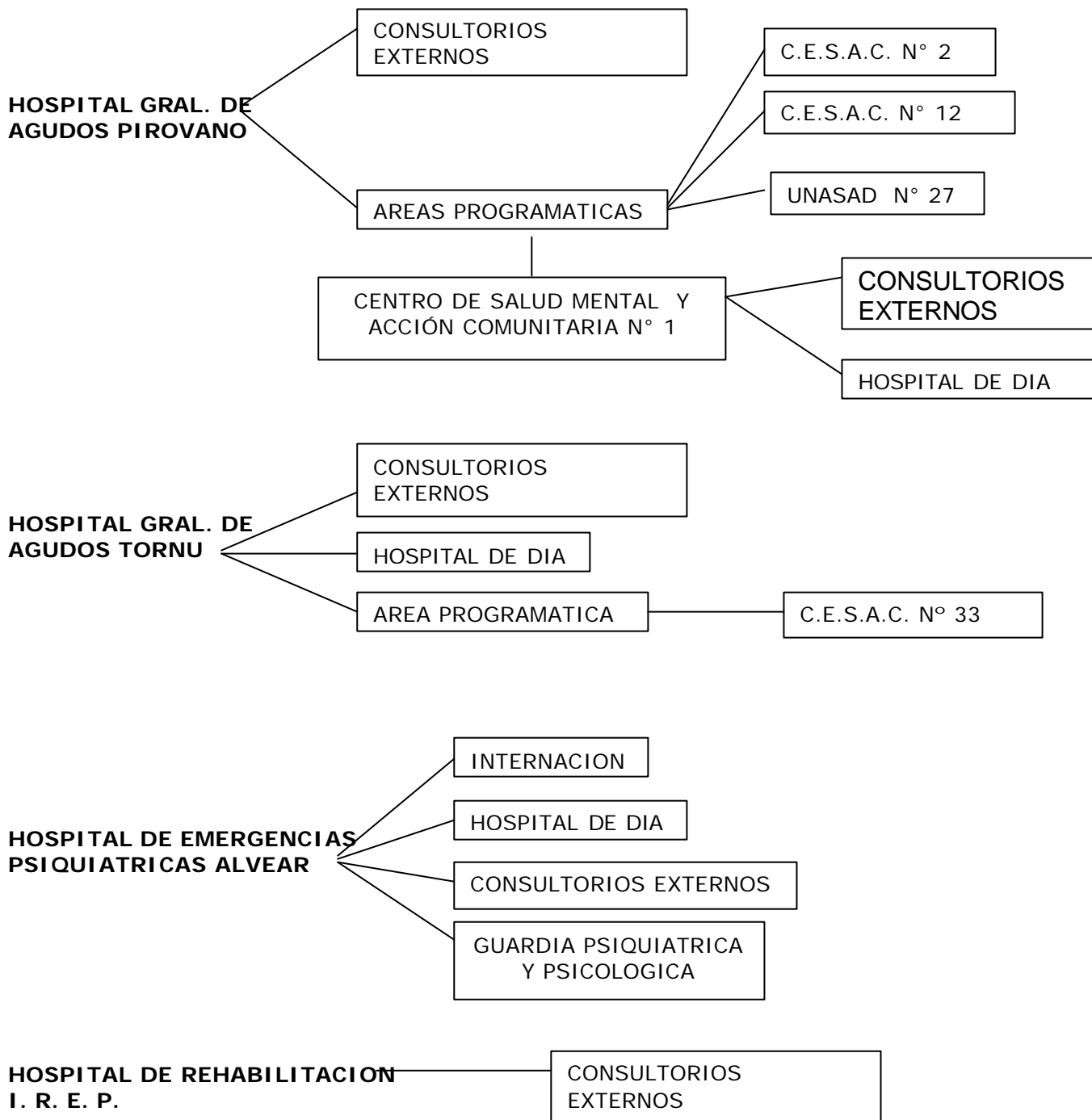
REGION IV : CENTRO - OESTE

MODALIDAD DE ATENCION: AMBULATORIA, INTERNACION Y URGENCIAS



REGION V: NORTE

MODALIDADES DE ATENCION: AMBULATORIA, INTERNACION Y URGENCIAS



(2) RECURSOS HUMANOS

La Red de Servicios de Salud Mental está integrada por profesionales de las siguientes disciplinas: psicólogos, psiquiatras, psicopedagogos, trabajadores sociales, terapistas ocupacionales, musicoterapeutas, sociólogos, fonoaudiólogos y psicomotricistas..

Las disciplinas mencionadas representan aproximadamente un 18% de la dotación total de profesionales que prestan servicios en los establecimientos dependientes de la Secretaría de Salud. Por otra parte, después de los médicos, el mayor número de profesionales que se desempeñan en el área de salud, corresponde a los psicólogos.

El Sistema de Salud Mental cuenta con 1782 profesionales rentados, de los cuales 889 son psicólogos (49,9 %) y 593 son médicos psiquiatras (33,2 %), correspondiendo el 17 % restante a las demás disciplinas antes mencionadas. Se carece de datos acerca del personal de enfermería y auxiliares técnicos.

Sobre el total de profesionales, casi el 69 % corresponde a personal de planta que se desempeña en los Hospitales Psiquiátricos, Servicios de Salud Mental de los Hospitales Generales y Especializados y Centros de Salud Mental. El personal que presta servicios en las Áreas Programáticas y Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC) alcanza al 17,7 % mientras que el 13,6 % de los profesionales se desempeña en el sector de urgencias o guardia de los hospitales. (Cuadro N° 1)

Cuadro N° 1

Red de servicios de Salud Mental

Total de recursos humanos, según profesión y área de trabajo

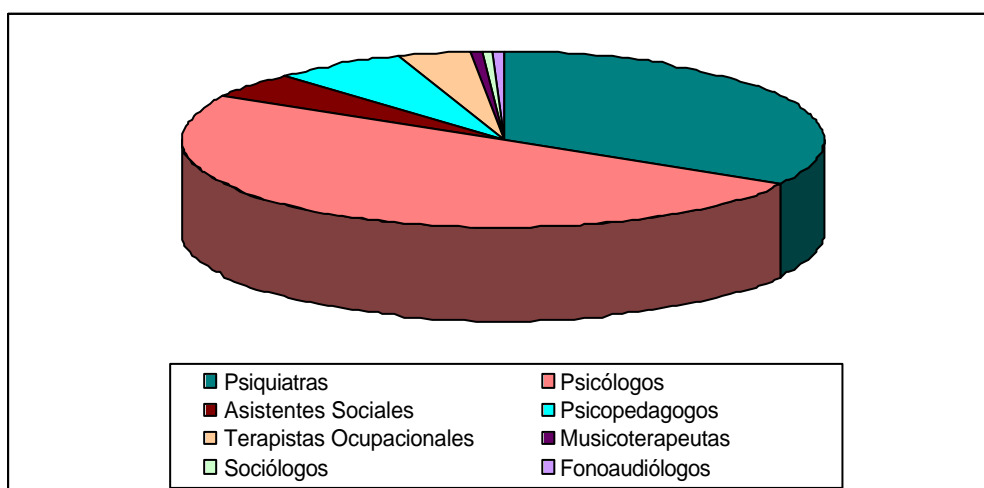
Año 2000

Profesión	Planta	Guardia	A.Programática	TOTAL
Psiquiatras	395	176	22	593
Psicólogos	621	59	209	889
Asistentes Sociales	74	7	7	88
Psicopedagogos	48	0	69	117
Terapistas Ocupacionales	61	0	4	65
Musicoterapeutas	11	0	1	12
Sociólogos	5	0	3	8
Fonoaudiólogos	9	0	1	10
TOTAL	1224	242	316	1782

Fuente: Planillas de actualización de Recursos Humanos. Elaboración: Dirección de Salud Mental.

Gráfico N° 1

Total de Recursos Humanos, Según Profesión



La distribución, según tipo de efector, es la siguiente: sobre el total de profesionales de planta (1224) el 29 % presta servicios en los Hospitales Generales de Agudos mientras que el 58

% se desempeña en los Hospitales Psiquiátricos y el Centro de Salud Mental Ameghino. El 13 % restante se distribuye en los Hospitales Especializados y Generales de Niños. (Cuadro N° 2)

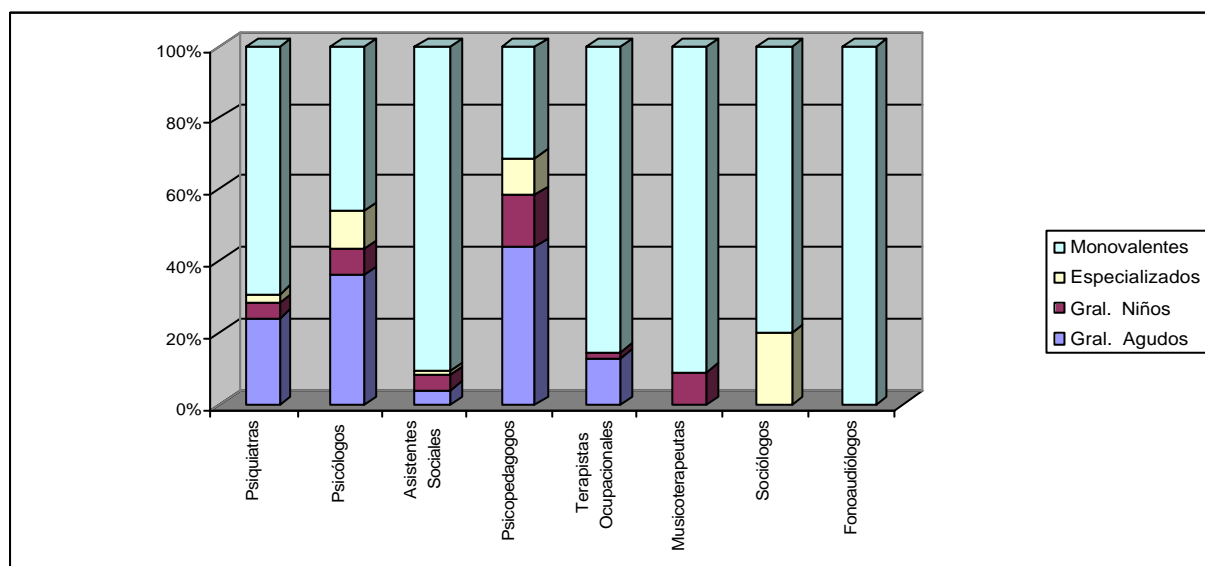
Cuadro N° 2

Total de Recursos Humanos, Según Profesión y Tipo de Efector

PROFESION	HOSPITAL				TOTAL
	Gral. Agudos	Gral. Niños	Especializados	Monovalentes	
Psiquiatras	95	18	9	273	395
Psicólogos	225	44	67	285	621
Asistentes Sociales	3	3	1	67	74
Psicopedagogos	21	7	5	15	48
Terapistas Ocupacionales	8	1	0	52	61
Musicoterapeutas	0	1	0	10	11
Sociólogos	0	0	1	4	5
Fonoaudiólogos	0	0	0	9	9
TOTAL	352	74	83	715	1224

Fuente: Planillas de actualización de Recursos Humanos. Elaboración: Dirección de Salud Mental

Gráfico N° 2: Total de Recursos Humanos según Profesión y tipo de efectores



PRODUCCIÓN Y RENDIMIENTO

· Consultas Ambulatorias:

Si observamos la evolución de las cifras correspondientes al total de pacientes admitidos en los Consultorios Externos de Salud Mental de los Hospitales del Gobierno de la Ciudad durante el periodo comprendido entre los años 1996 y 2001, vemos que la cantidad de consultas de 1ª. Vez se mantiene relativamente estable, salvo el incremento del 20 % registrado en el año 2000 con respecto del año 1999 para volver a disminuir en el año 2001.(Cuadro N° 3)

Cuadro N° 3

Consultorios Externos de Salud Mental

Total de Pacientes Admitidos, según Grupos de Edad

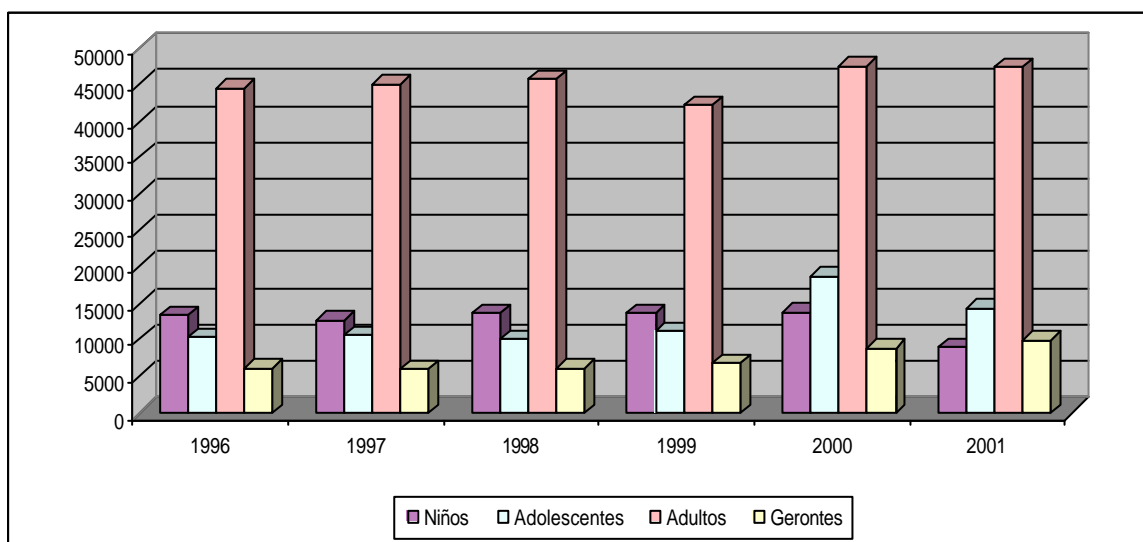
Grupos de Edad	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Niños	13398	12.809	13.773	13641	13886	8861
Adolescentes	10212	10668	10.002	11183	18640	14358
Adultos	44526	45075	45.702	42182	47419	47345
Gerontes	6022	5911	6.003	6694	8735	9767
TOTAL	74158	74463	75480	73700	88680	80331

Fuente: Registro de Prestaciones de Salud Mental. Elaboración: Dirección de Salud Mental.

GRAFICO N° 3

Total de Pacientes Admitidos, Según Grupos de Edad

Años 1996 - 2001



Si bien la información estadística no indica un incremento cuantitativo de las consultas por Consultorios Externos hay motivos para pensar en un cambio cualitativo de la demanda: han

aumentado las consultas en el área de urgencias (Hospital Alvear) y los cuadros psicopatológicos son más graves.

Por otra parte, la estabilidad o leve disminución de las consultas, puede deberse a que gran parte de la población ya no tiene acceso al sistema de salud debido a la gravísima crisis económica por la que atraviesa el país.

La mayor parte de las consultas corresponde al grupo de pacientes adultos, comprendidos entre los 20 y 60 años, oscilando en este periodo entre el 53 y 60% del total de consultas.

En lo referente a las prestaciones o consultas ulteriores también se observa una disminución en el año 2001. Hay un marcado predominio de la psicoterapia individual, que alcanza casi al 50 % del total, manteniéndose estable en el periodo considerado. (Cuadro N° 4)

CUADRO N° 4

Consultorios Externos de Psicopatología y Salud Mental
Total de Prestaciones realizadas. Años 1996-2001

PRESTACIONES	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Interconsulta	127100	127105	127138	141005	129165	114612
Psicoterapia individual	509437	507869	520644	524294	540014	518688
Consulta psiquiátrica	154559	162006	183899	178053	167878	191659
Psicoprofilaxis individual	18247	23534	22367	20566	36563	33104
Psicopedagogía individual	70441	56455	43783	55948	39095	29923
Psicopedagogía grupal	0	0	0	0	2239	2178
Certificado salud mental	16951	5630	6704	8224	9759	12012
Psicoterapia grupal	28173	43888	41291	40211	34360	21468
Psicoprofilaxis grupal	4439	5654	5263	5978	6755	4981
Grupo de reflexión	13696	23476	30738	15923	0	0
Taller grupal comunitario	10457	28924	72065	34590	23917	28590
Psicoterapia de pareja	67095	64566	66048	65029	62568	55452
Psicoprofilaxis familiar	3740	3884	4853	6043	8581	12926
Psicoterapia multifamiliar	1632	6296	14318	14040	0	0
Psicodiagnóstico	31556	28552	30685	30279	34938	38950
Atención domiciliaria	94	241	39	91	0	0
Terapia Ocupacional individual	0	0	0	0	10269	12801
Terapia Ocupacional grupal	0	0	0	0	18300	16691
Musicoterapia individual	0	0	0	0	2544	3194
Musicoterapia grupal	0	0	0	0	2047	2771
Supervisiones	0	0	0	0	36780	33550
TOTAL	1.057.617	1.088.080	1.169.835	1.140.274	1165772	1133550

Fuente: Registro de Prestaciones de Salud Mental. Elaboración: Dirección de Salud Mental.

MOVIMIENTO DE INTERNACION:

El Sistema de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires cuenta, aproximadamente, con 2900 camas para internación distribuidas de la siguiente forma:

Hospital Borda 1150
 Hospital Moyano: 1560
 Hospital Tobar García: 75
 Hospital Alvear: 85
 Hospital Álvarez: 25
 Hospital Piñero: 17

Con respecto a los pacientes internados, se puede observar en el Cuadro N° 5 los egresos por hospital y otros indicadores como el promedio de camas ocupadas, el promedio de días de estada y el giro cama.

CUADRO N° 5

Indicadores de Internación - Año 2001

Hospital	Egresos	Prom.Camas Disponibles	Porcentaje Ocupacional	Promedio de Permanencia	Giro Cama	Tasa de Mortalidad
Alvear	407	72,27	96,64	58,33	6,05	0
Alvear(Urgencia)	285	19,61	97,44	10,87	32,73	0
Borda	1311	1010,7	96,6	155,49	2,27	0,61
Moyano	971	1440,87	98,05	249,24	1,44	1,21
Tobar García	316	71,61	99,82	79,54	4,58	0
Alvarez	156	24,75	92,73	52,02	6,51	0
Piñero	96	9,22	92,36	31,38	10,74	1,01

Fuente: Dirección Estadísticas para la Salud. Elaboración Dirección de Salud Mental.

(3) RECURSOS ECONOMICOS – FINANCIEROS

a) PRESUPUESTO DE SALUD MENTAL DEL EJERCICIO 2003 (Aprobado por la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires)

4374			SALUD MENTAL	61050007
4374	1		GASTOS EN PERSONAL	55373142
4374	11		PERSONAL PERMANENTE	52782262
4374	111		RETRIBUCION DEL CARGO	33184389
4374	111	128	CENTRO DE SALUD MENTAL AMEGHINO	1691152
4374	111	316	HOSPITAL ALVEAR	3622780
4374	111	317	HOSPITAL BERNARDINO RIVADAVIA	335390
4374	111	319	HOSPITAL BORDA	11621682
4374	111	320	HOSPITAL BRAULIO MOYANO	10340855
4374	111	321	HOSPITAL CARLOS DURAND	174733
4374	111	322	HOSPITAL COSME ARGERICH	97985
4374	111	323	HOSPITAL DALMACIO VELEZ SANSFIELD	35634
4374	111	329	HOSPITAL IGNACIO PIROVANO	160918
4374	111	331	HOSPITAL INFANTO JUVENIL TOBAR GARCIA	2724289
4374	111	333	HOSPITAL JUAN A. FERNANDEZ	91745
4374	111	334	HOSPITAL LAGLEYZE	15718
4374	111	339	HOSPITAL PARMENIO PINERO	77383
4374	111	341	HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE	64964
4374	111	342	HOSPITAL RAMOS MEJIA	107091
4374	111	343	HOSPITAL RICARDO GUTIERREZ	76290
4374	111	345	HOSPITAL ROCCA	45376
4374	111	346	HOSPITAL SANTA LUCIA	21060
4374	111	347	HOSPITAL SANTOJANNI	90759
4374	111	349	HOSPITAL TEODORO ALVAREZ	62734
4374	111	554	TALLERES PROTEGIDOS DE REHABILITACION PSIQUIATRICA	1725851
4374	114		SUELDO ANUAL COMPLEMENTARIO	2747577
4374	114	128	CENTRO DE SALUD MENTAL AMEGHINO	140931
4374	114	316	HOSPITAL ALVEAR	299514
4374	114	317	HOSPITAL BERNARDINO RIVADAVIA	27947
4374	114	319	HOSPITAL BORDA	968473
4374	114	320	HOSPITAL BRAULIO MOYANO	847978
4374	114	321	HOSPITAL CARLOS DURAND	14605
4374	114	322	HOSPITAL COSME ARGERICH	8103
4374	114	323	HOSPITAL DALMACIO VELEZ SANSFIELD	2948
4374	114	329	HOSPITAL IGNACIO PIROVANO	13445
4374	114	331	HOSPITAL INFANTO JUVENIL TOBAR GARCIA	227033
4374	114	333	HOSPITAL JUAN A. FERNANDEZ	7589
4374	114	334	HOSPITAL LAGLEYZE	1300
4374	114	339	HOSPITAL PARMENIO PINERO	6402
4374	114	341	HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE	5371
4374	114	342	HOSPITAL RAMOS MEJIA	8851
4374	114	343	HOSPITAL RICARDO GUTIERREZ	6308
4374	114	345	HOSPITAL ROCCA	3797
4374	114	346	HOSPITAL SANTA LUCIA	1743
4374	114	347	HOSPITAL SANTOJANNI	7505
4374	114	349	HOSPITAL TEODORO ALVAREZ	5194

4374	114	554	TALLERES PROTEGIDOS DE REHABILITACION PSIQUIATRICA	142540
4374	116		CONTRIBUCIONES PATRONALES	8160804
4374	116	128	CENTRO DE SALUD MENTAL AMEGHINO	456390
4374	116	316	HOSPITAL ALVEAR	953005
4374	116	317	HOSPITAL BERNARDINO RIVADAVIA	81069
4374	116	319	HOSPITAL BORDA	2826830
4374	116	320	HOSPITAL BRAULIO MOYANO	2486786
4374	116	321	HOSPITAL CARLOS DURAND	45821
4374	116	322	HOSPITAL COSME ARGERICH	24071
4374	116	323	HOSPITAL DALMACIO VELEZ SANSFIELD	8817
4374	116	329	HOSPITAL IGNACIO PIROVANO	42737
4374	116	331	HOSPITAL INFANTO JUVENIL TOBAR GARCIA	660895
4374	116	333	HOSPITAL JUAN A. FERNANDEZ	22575
4374	116	334	HOSPITAL LAGLEYZE	3606
4374	116	339	HOSPITAL PARMENIO PINERO	19152
4374	116	341	HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE	15929
4374	116	342	HOSPITAL RAMOS MEJIA	26565
4374	116	343	HOSPITAL RICARDO GUTIERREZ	18746
4374	116	345	HOSPITAL ROCCA	12096
4374	116	346	HOSPITAL SANTA LUCIA	4908
4374	116	347	HOSPITAL SANTOJANNI	22228
4374	116	349	HOSPITAL TEODORO ALVAREZ	15445
4374	116	554	TALLERES PROTEGIDOS DE REHABILITACION PSIQUIATRICA	413133
4374	117		COMPLEMENTOS	8689492
4374	117	128	CENTRO DE SALUD MENTAL AMEGHINO	237910
4374	117	316	HOSPITAL ALVEAR	877618
4374	117	317	HOSPITAL BERNARDINO RIVADAVIA	68841
4374	117	319	HOSPITAL BORDA	3009341
4374	117	320	HOSPITAL BRAULIO MOYANO	2719092
4374	117	321	HOSPITAL CARLOS DURAND	38224
4374	117	322	HOSPITAL COSME ARGERICH	20423
4374	117	323	HOSPITAL DALMACIO VELEZ SANSFIELD	8952
4374	117	329	HOSPITAL IGNACIO PIROVANO	32887
4374	117	331	HOSPITAL INFANTO JUVENIL TOBAR GARCIA	744939
4374	117	333	HOSPITAL JUAN A. FERNANDEZ	19666
4374	117	334	HOSPITAL LAGLEYZE	4946
4374	117	339	HOSPITAL PARMENIO PINERO	16468
4374	117	341	HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE	13909
4374	117	342	HOSPITAL RAMOS MEJIA	19973
4374	117	343	HOSPITAL RICARDO GUTIERREZ	15795
4374	117	345	HOSPITAL ROCCA	10267
4374	117	346	HOSPITAL SANTA LUCIA	5973
4374	117	347	HOSPITAL SANTOJANNI	19601
4374	117	349	HOSPITAL TEODORO ALVAREZ	14001
4374	117	554	TALLERES PROTEGIDOS DE REHABILITACION PSIQUIATRICA	790666
4374	12		PERSONAL TEMPORARIO	1982705
4374	121		RETRIBUCION DEL CARGO	1474579
4374	121	316	HOSPITAL ALVEAR	478611
4374	121	317	HOSPITAL BERNARDINO RIVADAVIA	30576

4374	121	319	HOSPITAL BORDA	279206
4374	121	320	HOSPITAL BRAULIO MOYANO	312957
4374	121	321	HOSPITAL CARLOS DURAND	31708
4374	121	322	HOSPITAL COSME ARGERICH	19276
4374	121	323	HOSPITAL DALMACIO VELEZ SARSFIELD	5089
4374	121	329	HOSPITAL IGNACIO PIROVANO	19144
4374	121	331	HOSPITAL INFANTO JUVENIL TOBAR GARCIA	190352
4374	121	333	HOSPITAL JUAN A. FERNANDEZ	12952
4374	121	334	HOSPITAL LAGLEYZE	574
4374	121	339	HOSPITAL PARMENIO PINERO	13637
4374	121	341	HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE	16046
4374	121	342	HOSPITAL RAMOS MEJIA	13480
4374	121	343	HOSPITAL RICARDO GUTIERREZ	24622
4374	121	345	HOSPITAL ROCCA	2275
4374	121	346	HOSPITAL SANTA LUCIA	574
4374	121	347	HOSPITAL SANTOJANNI	12401
4374	121	349	HOSPITAL TEODORO ALVAREZ	11099
4374	124		SUELDO ANUAL COMPLEMENTARIO	122248
4374	124	316	HOSPITAL ALVEAR	39614
4374	124	317	HOSPITAL BERNARDINO RIVADAVIA	2543
4374	124	319	HOSPITAL BORDA	23268
4374	124	320	HOSPITAL BRAULIO MOYANO	25727
4374	124	321	HOSPITAL CARLOS DURAND	2641
4374	124	322	HOSPITAL COSME ARGERICH	1605
4374	124	323	HOSPITAL DALMACIO VELEZ SARSFIELD	425
4374	124	329	HOSPITAL IGNACIO PIROVANO	1595
4374	124	331	HOSPITAL INFANTO JUVENIL TOBAR GARCIA	15863
4374	124	333	HOSPITAL JUAN A. FERNANDEZ	1079
4374	124	334	HOSPITAL LAGLEYZE	48
4374	124	339	HOSPITAL PARMENIO PINERO	1137
4374	124	341	HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE	1336
4374	124	342	HOSPITAL RAMOS MEJIA	1123
4374	124	343	HOSPITAL RICARDO GUTIERREZ	2050
4374	124	345	HOSPITAL ROCCA	189
4374	124	346	HOSPITAL SANTA LUCIA	48
4374	124	347	HOSPITAL SANTOJANNI	1032
4374	124	349	HOSPITAL TEODORO ALVAREZ	925
4374	126		CONTRIBUCIONES PATRONALES	381091
4374	126	316	HOSPITAL ALVEAR	123253
4374	126	317	HOSPITAL BERNARDINO RIVADAVIA	7894
4374	126	319	HOSPITAL BORDA	72487
4374	126	320	HOSPITAL BRAULIO MOYANO	80327
4374	126	321	HOSPITAL CARLOS DURAND	8248
4374	126	322	HOSPITAL COSME ARGERICH	5026
4374	126	323	HOSPITAL DALMACIO VELEZ SARSFIELD	1327
4374	126	329	HOSPITAL IGNACIO PIROVANO	4980
4374	126	331	HOSPITAL INFANTO JUVENIL TOBAR GARCIA	49438
4374	126	333	HOSPITAL JUAN A. FERNANDEZ	3391
4374	126	334	HOSPITAL LAGLEYZE	149
4374	126	339	HOSPITAL PARMENIO PINERO	3559
4374	126	341	HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE	4204
4374	126	342	HOSPITAL RAMOS MEJIA	3519

4374	126	343	HOSPITAL RICARDO GUTIERREZ	6436
4374	126	345	HOSPITAL ROCCA	577
4374	126	346	HOSPITAL SANTA LUCIA	149
4374	126	347	HOSPITAL SANTOJANNI	3225
4374	126	349	HOSPITAL TEODORO ALVAREZ	2902
4374	127		COMPLEMENTOS	4787
4374	127	317	HOSPITAL BERNARDINO RIVADAVIA	598
4374	127	321	HOSPITAL CARLOS DURAND	536
4374	127	322	HOSPITAL COSME ARGERICH	530
4374	127	323	HOSPITAL DALMACIO VELEZ SANSFIELD	335
4374	127	329	HOSPITAL IGNACIO PIROVANO	476
4374	127	333	HOSPITAL JUAN A. FERNANDEZ	242
4374	127	339	HOSPITAL PARMENIO PINERO	630
4374	127	342	HOSPITAL RAMOS MEJIA	401
4374	127	347	HOSPITAL SANTOJANNI	683
4374	127	349	HOSPITAL TEODORO ALVAREZ	356
4374	14		ASIGNACIONES FAMILIARES	608175
4374	141	128	CENTRO DE SALUD MENTAL AMEGHINO	28984
4374	141	316	HOSPITAL ALVEAR	65037
4374	141	317	HOSPITAL BERNARDINO RIVADAVIA	6107
4374	141	319	HOSPITAL BORDA	215210
4374	141	320	HOSPITAL BRAULIO MOYANO	165120
4374	141	321	HOSPITAL CARLOS DURAND	3805
4374	141	322	HOSPITAL COSME ARGERICH	2289
4374	141	323	HOSPITAL DALMACIO VELEZ SANSFIELD	701
4374	141	329	HOSPITAL IGNACIO PIROVANO	3539
4374	141	331	HOSPITAL INFANTO JUVENIL TOBAR GARCIA	46111
4374	141	333	HOSPITAL JUAN A. FERNANDEZ	2009
4374	141	334	HOSPITAL LAGLEYZE	334
4374	141	339	HOSPITAL PARMENIO PINERO	1790
4374	141	341	HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE	1567
4374	141	342	HOSPITAL RAMOS MEJIA	2243
4374	141	343	HOSPITAL RICARDO GUTIERREZ	1831
4374	141	345	HOSPITAL ROCCA	1214
4374	141	346	HOSPITAL SANTA LUCIA	443
4374	141	347	HOSPITAL SANTOJANNI	1844
4374	141	349	HOSPITAL TEODORO ALVAREZ	1547
4374	141	554	TALLERES PROTEGIDOS DE REHABILITACION PSIQUIATRICA	56450
4374	2		BIENES DE CONSUMO	5269049
4374	21		PRODUCTOS ALIMENTICIOS,AGROPEC. Y FORES.	132135
4374	211		ALIMENTOS PARA PERSONAS	84247
4374	211	128	CENTRO DE SALUD MENTAL AMEGHINO	30150
4374	211	554	TALLERES PROTEGIDOS DE REHABILITACION PSIQUIATRICA	54097
4374	212		ALIMENTOS PARA ANIMALES	18039
4374	212	554	TALLERES PROTEGIDOS DE REHABILITACION PSIQUIATRICA	18039
4374	215		MADERA, CORCHO Y SUS MANUFACTURAS	29079
4374	215	128	CENTRO DE SALUD MENTAL AMEGHINO	700

4374	215	554	TALLERES PROTEGIDOS DE REHABILITACION PSIQUIATRICA	28379
4374	219		OTROS NO ESPECIFICADOS PRECEDENTEMENTE	770
4374	219	320	HOSPITAL BRAULIO MOYANO	770
4374	22		TEXTILES Y VESTUARIOS	245110
4374	221		HILADOS Y TELAS	41510
4374	221	554	TALLERES PROTEGIDOS DE REHABILITACION PSIQUIATRICA	41510
4374	222		PRENDAS DE VESTIR	152710
4374	222	320	HOSPITAL BRAULIO MOYANO	145090
4374	222	321	HOSPITAL CARLOS DURAND	420
4374	222	322	HOSPITAL COSME ARGERICH	420
4374	222	323	HOSPITAL DALMACIO VELEZ SARSFIELD	1080
4374	222	329	HOSPITAL IGNACIO PIROVANO	3400
4374	222	333	HOSPITAL JUAN A. FERNANDEZ	460
4374	222	334	HOSPITAL LAGLEYZE	380
4374	222	341	HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE	310
4374	222	342	HOSPITAL RAMOS MEJIA	460
4374	222	346	HOSPITAL SANTA LUCIA	690
4374	223		CONFECCIONES TEXTILES	50740
4374	223	319	HOSPITAL BORDA	43370
4374	223	320	HOSPITAL BRAULIO MOYANO	4600
4374	223	331	HOSPITAL INFANTO JUVENIL TOBAR GARCIA	2310
4374	223	339	HOSPITAL PARMENIO PINERO	460
4374	229		OTROS NO ESPECIFICADOS PRECEDENTEMENTE	150
4374	229	128	CENTRO DE SALUD MENTAL AMEGHINO	150
4374	23		PRODUCTOS DE PAPEL,CARTON E IMPRESOS	29840
4374	231		PAPEL Y CARTON DE ESCRITORIO	18680
4374	231	128	CENTRO DE SALUD MENTAL AMEGHINO	3080
4374	231	316	HOSPITAL ALVEAR	3460
4374	231	320	HOSPITAL BRAULIO MOYANO	4460
4374	231	321	HOSPITAL CARLOS DURAND	230
4374	231	322	HOSPITAL COSME ARGERICH	310
4374	231	333	HOSPITAL JUAN A. FERNANDEZ	150
4374	231	341	HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE	1300
4374	231	342	HOSPITAL RAMOS MEJIA	230
4374	231	346	HOSPITAL SANTA LUCIA	850
4374	231	554	TALLERES PROTEGIDOS DE REHABILITACION PSIQUIATRICA	4610
4374	232		PAPEL Y CARTON PARA COMPUTACION	6150
4374	232	554	TALLERES PROTEGIDOS DE REHABILITACION PSIQUIATRICA	6150
4374	233		PRODUCTOS DE ARTES GRAFICAS	230
4374	233	128	CENTRO DE SALUD MENTAL AMEGHINO	230
4374	234		PRODUCTOS DE PAPEL Y CARTON	2310
4374	234	128	CENTRO DE SALUD MENTAL AMEGHINO	2310
4374	235		LIBROS, REVISTAS Y PERIODICOS	1540
4374	235	128	CENTRO DE SALUD MENTAL AMEGHINO	1540
4374	239		OTROS NO ESPECIFICADOS PRECEDENTEMENTE	930
4374	239	128	CENTRO DE SALUD MENTAL AMEGHINO	930
4374	25		PROD.QUIMICOS,COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	3880491
4374	251		COMPUESTOS QUIMICOS	4684

4374	251	554	TALLERES PROTEGIDOS DE REHABILITACION PSIQUIATRICA	4684
4374	252		PRODUCTOS FARMACEUTICOS Y MEDICINALES	3647765
4374	252	128	CENTRO DE SALUD MENTAL AMEGHINO	128790
4374	252	316	HOSPITAL ALVEAR	197532
4374	252	317	HOSPITAL BERNARDINO RIVADAVIA	57976
4374	252	319	HOSPITAL BORDA	1047520
4374	252	320	HOSPITAL BRAULIO MOYANO	1481274
4374	252	321	HOSPITAL CARLOS DURAND	2047
4374	252	322	HOSPITAL COSME ARGERICH	2146
4374	252	329	HOSPITAL IGNACIO PIROVANO	35786
4374	252	331	HOSPITAL INFANTO JUVENIL TOBAR GARCIA	152045
4374	252	333	HOSPITAL JUAN A. FERNANDEZ	133710
4374	252	334	HOSPITAL LAGLEYZE	1520
4374	252	339	HOSPITAL PARMENIO PINERO	104805
4374	252	341	HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE	69630
4374	252	342	HOSPITAL RAMOS MEJIA	2167
4374	252	343	HOSPITAL RICARDO GUTIERREZ	11790
4374	252	345	HOSPITAL ROCCA	1704
4374	252	347	HOSPITAL SANTOJANNI	10950
4374	252	349	HOSPITAL TEODORO ALVAREZ	26520
4374	252	554	TALLERES PROTEGIDOS DE REHABILITACION PSIQUIATRICA	179853
4374	255		TINTAS, PINTURAS Y COLORANTES	110019
4374	255	320	HOSPITAL BRAULIO MOYANO	73064
4374	255	554	TALLERES PROTEGIDOS DE REHABILITACION PSIQUIATRICA	36955
4374	258		PRODUCTOS DE MATERIAL PLASTICO	230
4374	258	128	CENTRO DE SALUD MENTAL AMEGHINO	230
4374	259		OTROS NO ESPECIFICADOS PRECEDENTEMENTE	117793
4374	259	320	HOSPITAL BRAULIO MOYANO	1540
4374	259	321	HOSPITAL CARLOS DURAND	540
4374	259	322	HOSPITAL COSME ARGERICH	600
4374	259	323	HOSPITAL DALMACIO VELEZ SARFIELD	4551
4374	259	331	HOSPITAL INFANTO JUVENIL TOBAR GARCIA	60056
4374	259	333	HOSPITAL JUAN A. FERNANDEZ	16002
4374	259	339	HOSPITAL PARMENIO PINERO	6251
4374	259	341	HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE	7251
4374	259	342	HOSPITAL RAMOS MEJIA	600
4374	259	345	HOSPITAL ROCCA	7551
4374	259	349	HOSPITAL TEODORO ALVAREZ	9011
4374	259	554	TALLERES PROTEGIDOS DE REHABILITACION PSIQUIATRICA	3840
4374	26		PRODUCTOS DE MINERALES NO METALICOS	3080
4374	264		PRODUCTOS DE CEMENTO, ASBESTO Y YESO	3080
4374	264	554	TALLERES PROTEGIDOS DE REHABILITACION PSIQUIATRICA	3080
4374	27		PRODUCTOS METALICOS	667851
4374	271		PRODUCTOS FERROSOS	6150
4374	271	554	TALLERES PROTEGIDOS DE REHABILITACION PSIQUIATRICA	6150

4374	272		PRODUCTOS NO FERROSOS	9220
4374	272	554	TALLERES PROTEGIDOS DE REHABILITACION PSIQUIATRICA	9220
4374	279		OTROS NO ESPECIFICADOS PRECEDENTEMENTE	652481
4374	279	320	HOSPITAL BRAULIO MOYANO	637044
4374	279	554	TALLERES PROTEGIDOS DE REHABILITACION PSIQUIATRICA	15437
4374	29		OTROS BIENES DE CONSUMO	310542
4374	291		ELEMENTOS DE LIMPIEZA	7426
4374	291	128	CENTRO DE SALUD MENTAL AMEGHINO	1150
4374	291	320	HOSPITAL BRAULIO MOYANO	2120
4374	291	321	HOSPITAL CARLOS DURAND	415
4374	291	322	HOSPITAL COSME ARGERICH	500
4374	291	334	HOSPITAL LAGLEYZE	100
4374	291	342	HOSPITAL RAMOS MEJIA	450
4374	291	554	TALLERES PROTEGIDOS DE REHABILITACION PSIQUIATRICA	2691
4374	292		UTILES DE ESCRIT., OFICINA Y ENSEANZA	7690
4374	292	128	CENTRO DE SALUD MENTAL AMEGHINO	7690
4374	293		UTILES Y MATERIALES ELECTRICOS	9230
4374	293	554	TALLERES PROTEGIDOS DE REHABILITACION PSIQUIATRICA	9230
4374	295		UT. MENORES MED. QUIRUR. Y DE LABORAT.	107981
4374	295	316	HOSPITAL ALVEAR	1310
4374	295	317	HOSPITAL BERNARDINO RIVADAVIA	4210
4374	295	319	HOSPITAL BORDA	63140
4374	295	320	HOSPITAL BRAULIO MOYANO	5660
4374	295	321	HOSPITAL CARLOS DURAND	520
4374	295	322	HOSPITAL COSME ARGERICH	661
4374	295	333	HOSPITAL JUAN A. FERNANDEZ	8911
4374	295	341	HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE	10288
4374	295	342	HOSPITAL RAMOS MEJIA	651
4374	295	349	HOSPITAL TEODORO ALVAREZ	12630
4374	296		RESPUESTOS Y ACCESORIOS	500
4374	296	320	HOSPITAL BRAULIO MOYANO	500
4374	299		OTROS NO ESPECIFICADOS PRECEDENTEMENTE	177715
4374	299	128	CENTRO DE SALUD MENTAL AMEGHINO	2770
4374	299	316	HOSPITAL ALVEAR	13840
4374	299	317	HOSPITAL BERNARDINO RIVADAVIA	3840
4374	299	319	HOSPITAL BORDA	76870
4374	299	320	HOSPITAL BRAULIO MOYANO	8460
4374	299	323	HOSPITAL DALMACIO VELEZ SANSFIELD	21052
4374	299	331	HOSPITAL INFANTO JUVENIL TOBAR GARCIA	1551
4374	299	333	HOSPITAL JUAN A. FERNANDEZ	8501
4374	299	341	HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE	1050
4374	299	345	HOSPITAL ROCCA	6251
4374	299	347	HOSPITAL SANTOJANNI	850
4374	299	349	HOSPITAL TEODORO ALVAREZ	1930
4374	299	554	TALLERES PROTEGIDOS DE REHABILITACION PSIQUIATRICA	30750
4374	3		SERVICIOS NO PERSONALES	102616

4374	33		MANTENIMIENTO, REPARACION Y LIMPIEZA	99505
4374	333		MANT. Y REPAR. DE MAQUINARIA Y EQUIPO	91005
4374	333	316	HOSPITAL ALVEAR	5105
4374	333	320	HOSPITAL BRAULIO MOYANO	14067
4374	333	323	HOSPITAL DALMACIO VELEZ SARSFIELD	5413
4374	333	341	HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE	3728
4374	333	345	HOSPITAL ROCCA	1648
4374	333	554	TALLERES PROTEGIDOS DE REHABILITACION PSIQUIATRICA	61044
4374	335		LIMPIEZA, ASEO Y FUMIGACION	8500
4374	335	323	HOSPITAL DALMACIO VELEZ SARSFIELD	4100
4374	335	339	HOSPITAL PARMENIO PINERO	4400
4374	37		PASAJES, VIATICOS Y MOVILIDAD	3111
4374	378		MOVILIDAD	3111
4374	378	316	HOSPITAL ALVEAR	1020
4374	378	320	HOSPITAL BRAULIO MOYANO	800
4374	378	341	HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE	350
4374	378	345	HOSPITAL ROCCA	191
4374	378	554	TALLERES PROTEGIDOS DE REHABILITACION PSIQUIATRICA	750
4374	5		TRANSFERENCIAS	305200
4374	51		TRANS.AL SECT.PRIV.P/FINAN.GAS.CORRIEN.	305200
4374	514		AYUDAS SOCIALES A PERSONAS	305200
4374	514	341	HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE	3350
4374	514	345	HOSPITAL ROCCA	1850
4374	514	554	TALLERES PROTEGIDOS DE REHABILITACION PSIQUIATRICA	300000

**Desarrollo del Presupuesto de Salud Mental - Ejercicio 2003
Según Gastos Desagregados**

En Gastos de Personal se destacan tres grandes rubros

1. Personal Permanente		\$ 52.782.262
▪ Retribución del cargo	\$33.184.389	
▪ Sueldo anual complementario	\$ 2.747.577	
▪ Contribuciones patronales	\$ 8.160.804	
▪ Complementos	<u>\$ 8.689.492</u>	
2. Personal Temporario		\$ 1.982.705
▪ Retribución del cargo	\$ 1.474.579	
▪ Sueldo anual complementario	\$ 122.248	
▪ Contribuciones patronales	\$ 381.091	
▪ Complementos	<u>\$ 4.787</u>	
3. Asignaciones Familiares		\$ 608.175
TOTAL GASTOS EN PERSONAL		\$ 55.373.142

OBSERVACIONES:

El total del gasto en personal del presupuesto de Salud Mental del Ejercicio 2003 aprobado por la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires, se halla integrado por la información suministrada a tal efecto por los siguientes Hospitales:

1. Centro de Salud Mental N° 3 Arturo Ameghino
2. Hospital General de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear
3. Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia
4. Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial Dr. José T. Borda
5. Hospital Dr. Braulio Moyano
6. Hospital General de Agudos Dr. Carlos Durand
7. Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich
8. Hospital General de Agudos Dr. Dalmacio Vélez Sarsfield
9. Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano
10. Hospital Infante Juvenil Carolina Tobar García
11. Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández
12. Hospital Oftalmológico Dr. Pedro Lagleyze
13. Hospital General de Agudos Dr. Parmenio Piñero
14. Hospital General de Nos Dr. Pedro Elizalde
15. Hospital General de Agudos Dr. José María Ramos Mejía
16. Hospital General de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez
17. Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca
18. Hospital Oftalmológico Santa Lucía
19. Hospital General de Agudos Donación F. Sanotojanni
20. Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez
21. Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica

No se cuenta con registros para el área de Salud Mental de los siguientes Hospitales:

1. Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer
2. Hospital de Oncología Marie Curie
3. Hospital de Enfermedades Infecciosas F. J. Muñiz
4. Hospital General de Agudos Dr. José Penna
5. Hospital de Quemados
6. Hospital de Rehabilitación Psicofísica
7. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá
8. Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú
9. Hospital de Gastroenterología Dr. Bonorino Udaondo
10. Hospital General de Agudos Dr. Abel Zubizarreta

A los efectos de cumplimentar con las previsiones Presupuestarias para el Ejercicio 2004, se ha hecho hincapié específicamente en todos los efectores de la Red de servicios de Salud Mental, sobre la desagregación del gasto de Salud Mental en el presupuesto de cada uno de ellos.

(Descripción del Servicio, metas físicas y financiamiento, presentación de presupuesto año 2003 – Dirección de Salud Mental)

Descripción del Servicio Público

Jurisdicción Responsable: 40 Secretaría de Salud – Dirección de Salud Mental

Servicio Público: 25 Actividades Comunes de la Secretaría de Salud

Finalidad: SP.4364

Función:

Unidad Ejecutora: 401 Secretaría de Salud)

Descripción

Identificación del problema o necesidad: todas las propuestas para el año 2003, se basan en dar cumplimiento a la aplicación de la Ley N° 448/00 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. Dicha ley tiene por objeto el garantizar el derecho a la Salud Mental de todas las personas en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para lo cual establece dentro del Capítulo II, artículo 5°), inciso I: “elaborar anualmente el presupuesto operativo de salud mental, a fin de garantizar la estimación y provisión de los fondos suficientes para: los gastos operativos, la readecuación de los actuales Servicios y la construcción e implementación de la estructura inexistente y necesaria.

El mismo deberá contemplar la totalidad de los efectores individualizados en la presente Ley. La problemática de la Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires como ciudad de complejidad creciente tiene las características propias y semejantes de todos los grandes centros urbanos del mundo, debiendo considerarse particularmente la naturaleza actual de los problemas de salud mental que tienen un alto nivel de determinación, por situaciones de orden social, cultural y económico”.

Ubicación en la agenda: dentro de las acciones desplegadas por la Secretaría de Salud, en pos de la salud mental de la población en sus aspectos promocionales, preventivos, asistenciales y rehabilitatorios.

La Ley de Salud Mental con su nivel de especificidad se integra a los mismos objetivos.

Características de los demandantes: la nueva realidad de la demanda en el campo de salud mental esta determinada por este tipo de factores: personas sin trabajo, en situaciones precarias de existencia, grupos familiares donde los roles se transforman (el 40% de los hogares son sostenidos económicamente por las mujeres) y todas las consecuencias que esto supone en cada uno de los miembros de la familia, trastornos de identidad, procesos depresivos, severos padecimientos de orden emocional, trastornos de ansiedad, problemas de conducta, de pareja y de aprendizaje de los niños, entre otros, a los que debemos sumar todas las patologías llamadas sociales o emergentes como son las adicciones, la violencia en todas sus formas, las consecuencias psíquicas asociadas a la infección por H. I. V y Sida.

Todo esto implica, una demanda creciente con patologías de mayor gravedad que redundan en una exigencia mayor y particular, por la complejidad, de los dispositivos de atención.

Evaluación del contexto: la falta de trabajo, la desocupación, la inestabilidad económica entre otras, han tenido grandes consecuencias muchas aun impredecibles, sobre el psiquismo, la conducta y el funcionamiento de cada persona, de los grupos familiares y de las relaciones sociales en términos generales.

La desocupación y el subempleo que afectan a un aproximado 30% de la población de nuestro país (15% de desocupados y una cifra similar subempleados), significan casi 9.000.000 de personas sufriendo carencias de orden económico, cultural y social, y su correlato en plano emocional, relacional y de los valores.

Definición del producto: el proceso productivo se realiza a través de acciones que apuntan a la atención y sostenimiento de la salud mental de la población en su conjunto, en los aspectos, promocionales, preventivos, asistenciales, rehabilitatorios y resocializadores con los que se tiende a lograr un modelo de atención integral, que responda al mandato establecido por la ley N° 448/00 de la Ciudad de Buenos Aires.

Capacidad del producto: a través de la Red de Servicios de Salud Mental que comprende a todos los efectores del Sistema de sSalud Mental de la ciudad y que es considerada como el instrumento válido de gestión y organización, para la atención, en los distintos niveles tanto en los aspectos promocionales, preventivos, asistenciales, rehabilitatorios y resocializadores.

Cobertura o impacto esperado: a partir del buen funcionamiento de la Red de Salud Mental, se podrá lograr la mayor eficacia posible en la atención de la población en cuanto a su edad, su grado de patología, y su tipo de necesidad.

Se prestará atención a grupos etéreos insuficientemente cubiertos por el sistema, como la población Infanto – Juvenil y la Tercera Edad.

El paciente psiquiátrico será reintegrado lo mas brevemente posible a su familia y su comunidad.

Se bgrará una integración mayor con la comunidad a partir de la instrumentación de emprendimientos productivos.

Los trabajadores de salud mental irán adquiriendo capacitación y entrenamiento en áreas específicas no suficientemente desarrolladas hasta el momento, y que abarcaran el tratamiento de problemáticas actuales de nuestra población.

Los trabajadores de la salud mental se encontrarán mas comprometidos con las demandas de la comunidad en la medida en que se consideren integrantes y participes de los cambios propuestos. (políticas de Salud Mental consensuadas y participativas)

Metas Físicas

Acordes al Plan de Salud Mental (2002 - 2006)

Promoción, Prevención y Atención Primaria en Salud Mental

Salud Mental Responde

Servicio Telefónico de Ayuda en Drogas y

Alcohol

Guía Informativa de Recursos y Derivación en Salud Mental anual actualizada

Campaña de Información

Asistencia, Rehabilitación Y Resocialización en Salud Mental

Casas de Medio Camino

Emprendimientos Sociales

Centros de Día de Adicciones y Alcoholismo

Centro de Reducción de Daño de Adicciones

Hogares Sustitutos

Capacitación del Recurso Humano e Investigación en Salud Mental

Capacitación e Investigación en Recursos Humanos en Salud Mental

Programa de Educación Continua de Salud Mental

Sistema Informático

Evaluación y Auditoría en Salud Mental

Guía de Evaluación de Servicios

Nomenclador de Salud Mental

Control de Calidad Prestacional

Normatización de Actividades

DESCRIPCIÓN	PRESUPUESTO 2003	TOTAL RUBROS
Bienes de Consumo		\$231.000
Alimentos Para Personas	\$156.000	
Textiles y Vestuario	\$10.000	
Papel y Cartón De Computación	\$27.000	
Productos de Artes Graficas	\$13.000	
Elementos de Limpieza	\$5.000	
Utiles de Escritorio, Oficina y Enseñanza	\$10.000	
Otros No Especificados	\$10.000	
Servicios No Personales		\$236.000
Energía Eléctrica	\$10.000	
Agua	\$5.000	
Gas	\$5.000	
Teléfono, Telex y Telefax	\$10.000	
Alquileres y Derechos	\$96.000	
Mantenimiento y Reparación de Edificios y Locales	\$10.000	
Limpieza Aseo y Fumigación	\$10.000	
Otros No Especificados Precedentemente	\$10.000	
Servicios Profesionales de Capacitación	\$10.000	
Servicios Prof. de Informática y Sistemas Computarizados	\$5.000	
Otros No Especificados Precedentemente	\$45.000	
Publicidad y Propaganda	\$10.000	
Pasajes y Viáticos	\$10.000	
Transferencias		\$96.000
Becas y Subsidios	\$48.000	
Ayudas Sociales a Personas	\$48.000	
TOTAL PRESUPUESTO 2003		\$563.000

III.

DESARROLLO

DEL

PLAN

**A) ESTRUCTURA
DEL
PLAN**

(CUADRO SINTESIS)

A) ESTRUCTURA DEL PLAN

El siguiente cuadro despliega el ordenamiento estructural del Plan de Salud Mental dispuesto para una gestión en un plazo de 5 años, a través de una planificación por áreas de trabajo, como instancias principales y abarcativas, como así también acciones y subprogramas que abordan problemáticas específicas.

Las coordenadas grafican la Red de servicios de Salud Mental como modelo de gestión y organización e instrumento válido para efectivizar el Plan.

Es así, entonces, que las Areas que aparecen a la izquierda del gráfico son las instancias estratégicas de conducción, contralor y ejecución para una política de Salud Mental.

La columna central establece los Programas y Actividades que viabilizan las acciones de cada Area.

En la columna de la derecha se consignan los subprogramas y subredes que trabajan en relación a las problemáticas específicas.

PLAN DE SALUD MENTAL 2002 - 2006

AREAS	PROGRAMAS Y ACTIVIDADES	SUBPROGRAMAS Y SUBREDES
ASISTENCIA Y REHABILITACION	<ul style="list-style-type: none"> • Organización y perfil de Hospitales Monovalentes, Centros y Servicios de Salud Mental • Normatización de actividades • Guía de Recursos y Derivación Anual actualizada 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Adicciones ✓ Violencia y maltrato ✓ Salud Mental, Desastres y Desarrollo ✓ Asist Domiciliaria Psiquiátrica-Psicológica Programada ✓ Urg y Emerg en Psicopat.
PREVENCION Y PROMOCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención y Atención Primaria en Salud Mental 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Psicogerontología ✓ Reformulación de los Hospitales Monovalentes(Borda-Moyano)
CAPACITACION DEL RECURSO HUMANO E INVESTIGACION	<ul style="list-style-type: none"> • Residencias - Concurrencias • Postgrado • Investigación • Epidemiología • Guía de Capacitación Anual Actualizada 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Integración S.M. – D.Social – P. Judicial ✓ Infanto- juvenil ✓ Trastornos de la Alimentación
EVALUACION Y AUDITORIA	<ul style="list-style-type: none"> • Normatización de Actividades • Guía de Evaluación de servicios • Estadística. • Producción y Rendimiento • Nomenclador de Salud Mental • Calidad de la Atención 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ SIDA y Salud Mental ✓ Red de Bibliotecas SM ✓ Serv Telefónico SM- SADA ✓ Red Hospitales de Día ✓ Red de Psicopedagogía ✓ Salud Mental – Salud Escolar ✓ Red de Talleres Protegidos

RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL SUB-REDES

**B) MODALIDAD DE
GESTION**

**RED DE SERVICIOS DE
SALUD MENTAL
(Cuadro Síntesis)**

La **R E D** implica:

Un pasaje de la atomización del sistema a su constitución integrada, dando cuenta de las problemáticas inherentes a la totalidad del sistema.

Criterio de equidad

Eficacia social y epidemiológica

Eficiencia social

Participación en:

Descentralización de las decisiones = Descentralización institucional

Desconcentración de Funciones = Descentralización administrativa

Regionalización urbana = Descentralización territorial

Un sistema organizado que pasa a ser el instrumento adecuado para la ejecución de políticas sanitarias que apuntan a enfrentar la marginación socio-cultural mediante la acción solidaria - integradora y participativa.

Dr. Ricardo Soriano

Se conforma en base a 4 premisas:

- **Comunicación y coordinación** de todos los niveles del sector
- **Colaboración** como sustento de las acciones en materia de servicios
- **Cooperación** en el plano de los proyectos y programas
- **Participación** en el plano social

Dr. Ricardo Soriano

Sistematización:

A partir de :

I Diagnóstico de Situación

II Formulación de Políticas

**III Normativas de Organización y
Gestión**

Dr. Ricardo Soriano

Sistematización a través de:

I Diagnóstico de Situación

I-1 Indicador Epidemiológico

Surgimiento de nuevas problemáticas en Salud Mental: Adicciones, Violencia , SIDA , aumento de la tasa de suicidios y de accidentes, Trastornos de la Alimentación.

I-2 Indicador organizativo - administrativo

**Desarticulación, desinformación y desconocimiento de los diferentes efectores del sistema.
Fragmentación intra e interinstitucional.
Aislamiento sectorial.**

I-3 Indicador "Análisis de impacto"

**"Capacidad actual del sistema para dar respuestas a las demandas y necesidades de la población".
Se evidencia un modelo con un perfil predominantemente asistencialista con fuertes componentes de segregación y cronificación de los pacientes.**

I-4 Indicador demográfico

No hay una adecuada correlación entre la mayor y menor densidad poblacional y la predominancia de la patología.

II Formulación de Políticas

Se propone como una estrategia organizativa y de modalidad de gestión impulsar la construcción de una Red de servicios de Salud Mental que tenga como prioridad:

- a- **P**romover el intercambio
- b- **E**vitir superposiciones
- c- **P**otenciar esfuerzos
- d- **R**espetar el valor de la heterogeneidad
- e- **A**lcanzar una mayor capacidad resolutive
- f- **R**egionalizar y descentralizar
- g- **C**onsolidar la atención estructurada en niveles interrelacionados

Dr. Ricardo Soriano

Fundamento de la Red:

Dar respuesta organizada e integral a la problemática de Salud Mental de la población

Sus orígenes:

Encuentros de los diferentes efectores como intento de articularse para optimizar y jerarquizar el sistema.

Propuesta:

- **Dividir la Capital Federal en zonas (provisoriamente 5).**
- **Homogeneizar criterios de atención y capacitación continua.**
- **Confección de consolidado del recurso humano y físico.**
- **Confección de un protocolo clínico epidemiológico-social único**
- **Confección de material de divulgación de la Red**
- **Formalización de la Red de servicios de Salud Mental en el Sistema Integral de Salud**

Sistematización a través de:

III Normativas de Organización y Gestión

III -1 Se diseña con:

- a- Espacios poblacionales**
- b- Interacción de recursos**

III -2 Se operativiza con:

- a-Historia Clínica Unica en todo el sistema**
- b-Guía evaluativa de servicios**
- C-Normatización de actividades**
- D-Registro de Prestaciones**

III -3 Se administra:

A través de encuentros periódicos de los representantes de los distintos efectores del Sistema de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Dr. Ricardo Soriano

MODELO DE GESTIÓN	OBJETIVOS +	DISPOSITIVOS OPERATIVO-TECNICO	(a)	RESULTADOS
Administración Centralizada en la Conducción	Planificación de políticas en Salud Mental	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección de Salud Mental • Asesoramiento y Control de Gestión: Consejo General de Salud Mental 	Planificación Participativa	
Administración descentralizada en la Ejecución	Desconcentración Administrativa Descentralización Institucional Zonificación (Desconcentración Urbana)	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Disp. Técnicos: <ul style="list-style-type: none"> - Historia Clínica Única. - Registro de Prestaciones - Guía Evaluativa de servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Menor Internación psiquiátrica: <ul style="list-style-type: none"> - Mayor Giro Cama - Menor Costo Cama ◇ Redistribución Jurisdiccional y de Pacientes de Obra Social ◇ Adecuación Oferta / Demanda ◇ Mayor Eficacia, Eficiencia y Equidad Económica y social 	
Organización	Red de servicios de Salud Mental	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Normatización de actividades ◇ Registro de prestaciones ◇ Historia Clínica Única ◇ Guía de evaluación de servicios 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Mayor Cobertura Prestacional ◇ Mayor accesibilidad del Paciente al sistema ◇ Creciente Complejidad de los niveles de Prestaciones ◇ Zonificación del sistema ◇ Mayor Implicación significativa de la Comunidad en el Sistema 	

**C) AREAS ESTRATEGICAS DEL
PLAN**

**C. D) ASISTENCIA
Y
REHABILITACION**

C) AREAS ESTRATEGICAS DEL PLAN

C. I) ASISTENCIA y REHABILITACION

C. I. I) ASISTENCIA

(1) Introducción:

Todo abordaje asistencial, acorde a los postulados que sostiene la ley 448/00 de Salud Mental, debe privilegiar la particular historia del sujeto, su síntoma y el contexto familiar y social en que se inscribe, ya que el campo de las prácticas "psi" no remite a un "sujeto en general", abstracto libre de determinaciones, ni a un cuadro psicopatológico, sino a un sujeto **singular**, concreto, efecto de múltiples entrecruzamientos entre su historia personal, el síntoma que conlleva y las diversas instancias socio-culturales que lo atraviesan. Dichos efectos marcan su particular inscripción en la trama social.

Por consiguiente, sostener la formación y supervisión de los profesionales de salud mental bajo estos lineamientos, adquiere importancia estratégica para:

- Elaborar criterios de admisión que viabilicen una derivación y un tratamiento adecuados, según demanda y problemática específica de cada consultante.
- Favorecer la circulación y accesibilidad de los pacientes al Sistema de Salud Mental.

Respecto al tratamiento y rehabilitación de pacientes de patología severa, crónicos y agudos, resulta imprescindible crear alternativas de contención, recuperación y reinserción que favorezcan la reanudación de lazo social, a corto plazo, evitando de ser posible, internaciones, y de no serlo, que éstas no sean prolongadas o reiteradas, que sólo conducen a la cronificación de síntomas y a la inhabilitación del sujeto.

Por esto entendemos que todo proceso de recuperación y reinserción estará marcado por la impronta específica de cada sujeto. Entendemos que el objetivo de la asistencia y rehabilitación **no es la adaptación** social a un modelo de salud o normalidad establecido, sino la producción de un nuevo lugar desde el cual asuma protagónicamente su historia, sus vicisitudes y su futuro.

Descripción:

Para asistir al amplio y diverso grupo humano de la Ciudad de Buenos Aires, el Sistema de Salud Mental efectúa sus prestaciones desde diferentes tipos de efectores: Hospitales Monovalentes Psiquiátricos - Servicios de Salud Mental de Hospitales Generales de Agudos y Especializados, Centros de Salud Mental y Equipos de Salud Mental en los Centros de Salud y Acción Comunitaria (C.E.S.A.C).

- En los Hospitales Generales de Agudos, se asiste a la población a través de los Servicios de Salud Mental, que en diferente grado de desarrollo y posibilidades ofrecen atención en:
 - Consultorios Externos; por medio de tratamientos individuales, grupales para niños, adultos y tercera edad, familia y pareja; también interconsultas, grupos de reflexión, Psicoprofilaxis.
 - Guardias Psiquiátricas y Psicológicas.
 - Hospital de Día y de Noche
 - Internación
 - Actividades de Prevención.

- En los Hospitales Especializados se atiende la demanda interna exclusivamente.
- En los Centros de Salud Mental que, como lo indica su denominación, son especializados, la atención se brinda en forma semejante a los Servicios de Salud Mental hospitalarios, sin guardias ni internación.

- Los Hospitales Monovalentes de Salud Mental, brindan un amplio espectro de modalidades de atención en Salud Mental. Uno de ellos es específico de Emergencias Psiquiátricas.

- En los C.E.S.A.C. se atiende la demanda por consultorios externos, orientando, derivando y asistiendo, ya que su función específica es de Prevención y Promoción de la Salud Mental. Ver C.II)

En el Área de Salud Mental, del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, se desempeñan profesionales de la Salud Mental en los diferentes niveles de atención: Psicólogos, Psiquiatras, Psicopedagogos, Trabajadores Sociales, Terapistas Ocupacionales, Sociólogos, Psicomotricistas, etc.

(Ver capítulo II D) Recursos del Sistema – (2) Recursos Humanos)

En cuanto a las modalidades de atención, se observa un claro predominio del enfoque individual: 75%, sobre las terapias grupales que ocupan aproximadamente un 15% y las familiares el 10%.

Se observan diferentes tipos de abordajes terapéuticos sostenidos en distintos enfoques y marcos teóricos:

Psicoanalítico (Freudiano, Lacaniano, Kleiniano), Gestálico, Sistémico, Cognitivo, Biológico, etc.

El relevamiento epidemiológico en el área de Salud Mental sobre la prevalencia y la incidencia de patologías mentales es escaso y de difícil realización, al igual que la evaluación de la eficacia de los tratamientos ofrecidos, lo cual dificulta efectuar un correcto y ajustado diagnóstico de la situación y necesidades de la población.

El estado actual deberá ser interpretado a través de la caracterización del total de la población, por zonas de riesgo, grupos de edad, oferta y accesibilidad al Sistema de Salud Mental, zonificación, niveles de complejidad, clase y tipo de demanda, atendida o derivada, etc.

Los registros actuales tienden a dar cuenta de patologías mentales tradicionales tales como neurosis, psicosis, toxicomanías, psicopatías, oligofrenias, etc., no incluyendo diagnósticos situacionales, que revelen aspectos familiares, laborales y sociales, ligados a problemáticas como violencia familiar, maltrato en todas sus formas, disfunciones familiares, deserción escolar y laboral, accidentes, drogadicción, marginalidad, S.I.D.A., etc.

La situación de crisis económica y social actual, tiene muy fuerte impacto en el Sistema de Salud en general y en el de Salud Mental en particular, donde pasa a darse un particular movimiento de la demanda, a saber:

- La población de menores recursos accede al circuito asistencial institucional, sólo cuando su cuadro psicopatológico se torna grave.
- Aumenta la población en riesgo.
- El sector poblacional que recibía asistencia privada o por obras sociales en Salud Mental se desplaza al subsector estatal.
- Además se observa mayor deserción de pacientes.
- Un número significativo de patologías mentales ingresa por el sector de urgencias de Hospitales y Centros de Salud Mental y no por consultorios externos de servicios de salud mental, concomitantemente con lo expresado anteriormente.

- El Sistema de Salud Mental se presenta fragmentado y atomizado en sus distintas articulaciones. Si bien desde 1992 se formalizó la Red de Servicios de Salud Mental (RES. S.S.719/92) en el momento actual dista de funcionar adecuadamente.
- Hay carencia de normatización intra e inter institucional, lo cual conlleva a que las derivaciones dentro del Sistema sigan funcionando más por las relaciones personales y profesionales de los integrantes de los efectores, que por el ordenamiento y organización del Sistema.

Recursos Humanos

- Se observa una inadecuada distribución de los recursos humanos existentes: mayor concentración de profesionales en el segundo nivel de atención, privilegiándose la modalidad de terapias individuales, en desmedro de terapias grupales y/o familiares.
- Se observa también que los recursos humanos no están distribuidos adecuadamente de acuerdo a las zonas geográficas.
- Elevado número de profesionales no rentados y alta concentración de los mismos en horarios matutinos habiéndose desdibujado el ordenamiento, políticas y programas, para el sistema de Concurrencias en Salud Mental (Capacitación).

Efectores:

- La cobertura de atención es restringida: excluye la internación total o parcial de patologías tales como "oligofrenias", "epilepsias", "psicopatías". Los cuadros agudos toxicomaniacos o alcoholismo, se derivan a centros especializados con los cuales se tienen convenios.
- Existen 2912 camas para la internación psiquiátrica en el subsector público en todo el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires.
- Déficit de camas de internación para pacientes de más de 60 años y para niños hasta 16 años (el Hospital de Niños Gutiérrez tiene Guardia para emergencia psiquiátrica -psicológica, pero no internación, (se deriva al Hospital Infanto-Juvenil "Tobar García")
- Existen escasos Hospitales de Noche y lugares apropiados para resocialización (granjas, talleres, etc.)
- La atención de emergencias psiquiátricas es realizada por el Hospital de Emergencias Psiquiátricas "Torcuato de Alvear", encontrándose por momentos desbordado por la demanda.
- No es adecuada la coordinación, ni la articulación interjurisdiccional (Ciudad de Buenos Aires, Prov. de Buenos Aires, Nación).
- Los cuadros de psiquiatría "pesada" crónica, agresiva, deteriorada, etc., son rápidamente derivados a los Hospitales "Borda "Y "Moyano", pero existen dificultades para la atención de dicha población.
- Déficit de la Red de Urgencias y Emergencias psiquiátricas en el área de la Ciudad de Buenos Aires, en cantidad de efectores capacidad de respuesta.
- Las guardias psiquiátricas cuentan con escasas camas de observación.
- Escasa dotación de personal de enfermería especializada. Estos equipos no tienen asesoramiento y supervisión adecuada a la movilización y al stress que produce la tarea.
- Las guardias psiquiátricas y psicológicas existentes cuentan con una sola ambulancia psiquiátrica (Hospital Alvear), para la atención de urgencias.
- Los servicios con internación para la emergencia (Alvear – Borda – Moyano - Tobar García – Piñero - Álvarez) se ven limitados para brindar una atención mas adecuada por:
 - Criterios restrictivos de admisión.
 - Deficiente utilización de recursos humanos
 - Falta infraestructura adecuada

- Las guardias psiquiátricas no cuentan con profesionales de servicio social en el horario nocturno (salvo el Hospital Alvear).
- Hay dificultades para una adecuada articulación entre guardias psiquiátricas y psicológicas y servicios de internación, autoridades judiciales y policiales.
- En los C.E.S.A.C., si bien se cuenta con profesionales de salud mental, se observa que surgen dificultades en el momento de la conformación del equipo; siendo los vínculos con los Servicios de Salud Mental de los Hospitales de base, inadecuados y no eficientes.

Población

Aumenta la población en riesgo, debido al dificultoso acceso por múltiples factores, a la atención en salud mental.

Incremento de patologías severas y problemáticas de marcado carácter psicosocial, como, drogodependencia, alcoholismo, violencia familiar, marginalidad, sida, deserción escolar y laboral, etc.

Tendencia a la fragmentación en la asistencia, tomando al sujeto descontextualizado, con exclusión de la participación familiar y comunitaria.

El déficit en la sistematización de datos y de estudios epidemiológicos de la población, y escasa política participativa de la comunidad, dificulta la información sobre la demanda potencial de la población.

(2) Objetivo General

Lograr en el Área de Salud Mental de La Ciudad Autónoma de Buenos Aires un servicio asistencial que sea efectivo, igualitario, accesible y de alta calidad, formando parte dentro de los distintos niveles de atención, de una Red articulada de servicios para dar respuestas eficaces a las necesidades en salud mental de la población.

(3) Objetivos Específicos

- Implementación de nuevas acciones, que tiendan a la organización, reordenamiento, reconversión y optimización de recursos existentes, tanto humanos como materiales para el más adecuado funcionamiento de la Red de servicios.
- Promover canales de participación para los trabajadores de salud mental y de la comunidad.
- Normatizar las articulaciones inter-servicios proveyendo a los efectores de la información adecuada.
- Articulación, coordinación de acciones conjuntas con las áreas de prevención, recursos humanos e investigación y demás sectores del Sistema de Salud Mental.
- A partir del buen funcionamiento de la Red de Salud Mental, se podrá lograr la mayor eficacia posible en la atención de la población en cuanto a su edad, su patología, y su tipo de necesidad.
- Se prestara atención a grupos de edad deficitariamente cubiertos por el Sistema público actual como la población Infanto-Juvenil y los Gerontes.
- El paciente psiquiátrico será reintegrado lo más brevemente posible a su familia y su comunidad.
- Se logrará una integración mayor con la comunidad a partir de la instrumentación de los emprendimientos productivos.
- Los profesionales de salud mental adquirirán formación y entrenamiento en áreas específicas no suficientemente desarrolladas hasta el momento, y que abarcaran el tratamiento de problemáticas actuales de nuestra población.
- Los trabajadores de la salud mental se encontrarán más comprometidos con las demandas de la comunidad en la medida en que se consideren integrantes y partícipes de los cambios propuestos.

(4) ACTIVIDADES - RECURSOS

ACTIVIDADES:	RECURSOS:
1) Implementar la conformación de un sistema de servicios organizado en red que contemple lo asistencial articulado adecuadamente con los otros niveles de atención.	Coordinador de la Red de Servicios de Salud Mental y Equipo adscripto al mismo y coordinadores de efectores de base y zonales material informativo impreso o de otro tipo
2) Articular todos los recursos con subsectores extrajurisdiccionales (incluido poder judicial y desarrollo social) para pacientes judiciales y con problemas sociales.-	Idem anterior
3) Sostener e implementar la zonificación como forma organizativa	
4) Relevamiento activo permanente de toda el área asistencial para: A) Detectar sectores de alto riesgo B) Poder encarar acciones preventivas y de otro tipo	Idem anterior
5) Promover Red de Urgencias y Emergencias psiquiátricas - psicológicas articulando Guardias psiquiátricas - psicológicas del Hospital de Emergencias Psiquiátrica T. de Alvear, Hospitales Monovalentes Borda Y Moyano y de Hospitales Grales. de Agudos A) Promover dos camas de observación por servicio de Guardia para atención de urgencias máximo de estadía 2-3 días B) Coordinar con el SAME para poder contar con ambulancias para el área psiquiátrica exclusivamente , para efectuar auxilios, traslados, derivaciones, etc.- C) Promover dentro del plantel de Guardia General personal que se capacite y colabore en el área de Emergencia psiquiátrica, psicológica D) Promover articulación entre Guardias psiquiátricas - psicológicas con el servicio de Salud Mental del Hospital y CESAC del Area Programática E) Información amplia sobre el funcionamiento de la Red de Urgencia y Emergencia psiquiátrica, psicológica y las formas de derivación, respetando la zonificación, a todas las Guardias Generales y Servicios de Salud Mental F) Promover en los Servicios de Guardia Psiquiátrica - psicológica atención de paciente de 3° Edad	Idem anterior
	Red Asistencial Psicogerontología D.S.M.

<p>G) Designar profesionales de Servicio Social en Guardia</p> <p>H) Promover cursos y talleres de reflexión sobre la tarea para el personal profesional y no profesional de Guardia (incluidos chóferes, personal de seguridad, etc.).</p> <p>6) Creación de servicios de Atención en Crisis (S.A.C.) En los distintos efectores de Salud Mental, con profesionales del servicio de S.M.-</p> <p>7) Impulsar plan de recuperación, refacción y ampliación de consultorios externos de los distintos Servicios de Salud Mental.- promover articulando acciones con autoridades del Hospital correspondiente la inclusión en el presupuesto hospitalario para obras para tal fin.-</p> <p>8) Aumentar número de camas de internación para adultos en los servicios disponibles (Hospitales Piñero y Alvarez, contemplado en el (Dec.7593/82).</p> <p>9) Implementar el proyecto de normatización de actividades y registro de prestaciones de Salud Mental.</p> <p>10) Entrenar a los efectores en técnicas grupales (para grupos de admisión y terapéuticos), terapia familiar y técnicas de objetivos limitados y de rehabilitación.</p> <p>11) Implementar la creación en coordinación con Red Infante-Juvenil en diferentes efectores de Hospitales de Día y un número reducido de camas psiquiátricas para la población Infante-Juvenil (Htal. Gutiérrez) camas contempladas en el Dto.7593/82.- (Htal Elizalde)</p> <p>12) Creación de talleres laborales y/o creativos que faciliten el pasaje de la internación total o parcial a la vida comunitaria.</p> <p>13) Implementar la creación de Hospitales de Día y camas psiquiátricas para pacientes mayores de 60 años.</p> <p>14) Refacción, remodelamiento y reacondicionamiento de Hospitales de Día para Adultos.</p> <p>15) Propender a la creación de equipos de atención de Gerontes en Consultorios Externos.</p> <p>16) Impulsar la creación de emprendimientos productivos en los distintos efectores de la Red de S.M. con pacientes externados o en tratamientos</p>	<p>Coordinar con responsables del Servicio Social.</p> <p>Con Profesionales del Servicio de S. M.</p> <p>Promover articulaciones con autoridades del Hospital correspondiente, inclusión en el presupuesto hospitalario para obras a tal fin.</p> <p>Con la correspondiente dotación para el adecuado funcionamiento de las mismas.</p> <p>Profesionales de la DSM</p> <p>Se coordinaran estas actividades con el Área de Capacitación en S.M. y otras instancias de formación publicas y privadas.</p> <p>Coordinación con Red Infante Juvenil D.S.M.</p> <p>Capacitación en técnicas de rehabilitación y resocialización.</p> <p>Capacitación en técnicas para la Tercera Edad, coordinación con Red de Atención Psicogerontologica D.S.M.</p> <p>Presupuestos Hospitalarios</p> <p>Red de Atención Psicogerontología D.S.M</p> <p>Organización, coordinación de la tarea por Asistentes Sociales y Terapistas Ocupacionales y profesionales interesados en el tema del</p>
---	---

<p>ambulatorios sin ocupación laboral; miembros de la comunidad adyacente al Servicio.</p> <p>17) Implementar equipos de S.M. En los CESAC para cubrir las necesidades de Atención Primaria en Salud Mental de la comunidad articulados con la coordinación del Area Programática.</p> <p>18) Implementación de una Red de contención, apoyo y seguimiento del paciente externado.</p> <p>19) Organizar un equipo de asistencia domiciliaria programada que incluya desde la atención de pacientes imposibilitados de concurrir a un servicio , hasta la internación domiciliaria.</p> <p>20) Capacitar equipos para realizar diagnósticos situacionales y proceder a la derivación correspondiente.</p> <p>21) Organización de equipos de Interconsulta y Psicoprofilaxis quirúrgica, obstetricia, etc., en todos los hospitales generales.-</p> <p>22) Programa asistencial en violencia y maltrato infantil.</p> <p>23) Realización de relevamientos epidemiológicos y de evaluación de los tratamientos realizados.</p> <p>24) Reformulación de los Hospitales Monovalentes Psiquiátricos Borda y Moyano.</p>	<p>Hospital o Servicio de S.M. Correspondiente.-</p> <p>Coordinación y capacitación Areas de Asistencia Prevención y A.P.S.M. y Capacitación D.S.M.</p> <p>Capacitación y supervisión del personal existente a coordinar con Area Capacitación en S.M.</p> <p>Convocar a profesionales de los Servicios de S.M.- Formación y supervisión en coordinación con el área de asistencia y capacitación D.S.M.-</p> <p>Coordinación y capacitación áreas de asistencia -prevención y A..P.S.M. Y Capacitación D.S.M.-</p> <p>Idem anterior</p> <p>Red de asistencia en Violencia y Maltrato - D.S.M.</p> <p>Equipo de Evaluación y Auditoria D.S.M.</p> <p>Todas las Areas de la DSM.</p>
---	---

(5) Etapas y Cronograma del Proyecto

PRIMER AÑO

1° ETAPA: (SEMESTRE MARZO-AGOSTO 2002).

Se procederá a realizar una amplia convocatoria al conjunto de los profesionales del Sistema de Salud Mental, para el relevamiento de datos y discusión de las presentes propuestas tendientes a la optimización de la Red de servicios de Salud Mental.

Reuniones mensuales con Directores y Jefes de Servicio de Salud Mental.

Diseño del perfil de los servicios de Salud Mental, reestructuración y designación, en cada uno, de tres coordinaciones (asistencia, prevención y capacitación).

Reordenamiento y reestructuración de los diferentes subprogramas y sub redes (Adicciones, Violencia y Maltrato, Psicogerontología, SIDA y Salud Mental, Asistencia Psiquiátrica Psicológica Programada, Infanto – Juvenil, Trastornos de la Alimentación).

Instalación del Programa de Salud Mental Desastres y Desarrollo.

Instalación del programa Red de Bibliotecas de S.M.

Inicio de reorganización de Equipos de S.M en Los CESAC y Area Prevención APSM.

Propuesta de Reformulación de los Hospitales Monovalentes Psiquiátricos Borda Moyano y su inclusión en la Red de servicios de Salud Mental.. Conformación de equipos de trabajo para el proyecto.

Desarrollo de la Propuesta a Nivel Intrahospitalario. Autoridades Hospital Borda Moyano - Sectores Gremiales Profesionales y No Profesionales.

Articulación con Desarrollo Social- Poder Judicial – PAMI.

Reglamentación Ley 448 S.M.

Conformación preliminar del COGESAM (Consejo General de Salud Mental - Art.6° Ley 448 S.M.).

Plan Salud Mental.

Presupuesto Anual S.M. (Año 2003).

Talleres de La Ciudad (Laborales-Recreativos-Reflexión, Etc.).

Dispositivo Telefónico Salud Mental Responde -SADA.

Capacitación Programas Residencia – Concurrencia – Enfermería: Programa en Salud Mental.

Distribución de Psicofármacos - Vademécum S.M.

Camas Salud Mental Hospital Piñero.

Emprendimientos Productivos de Salud Mental.

Participación en el Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica-Ministerio de Salud de la Nación.

Participación - Elaboración Plan Nacional de Salud Mental - Ministerio de Salud de la Nación.

Guía de Recursos y Derivación Actualizada.

2° ETAPA: Semestre (Setiembre-Febrero 2003)

Normatización de las relaciones intra e interinstitucionales proveyendo a los efectores de la información adecuada.

Conformación de una comisión y equipo en efectores para el dispositivo de Atención en Crisis.

Conformación del Programa de Atención Domiciliaria Programada en Salud Mental.

Red de urgencias y emergencias psiquiátricas-psicológicas - articulación con Hospitales y Servicios de Salud Mental.

Historia Clínica Única o Modelo de Ficha Clínico-Epidemiológica.

Continuación y afianzamiento de las actividades iniciadas en el primer semestre.

SEGUNDO AÑO

3° ETAPA: (10 Meses)

Redistribución y reconversión de los recursos humanos existentes, según las prioridades relevadas, en coordinación con el área de capacitación para implementar su formación.

Extensión de la cobertura de atención en emergencias a las poblaciones Infanto-Juvenil y gerontes.

Desarrollo de dispositivos para la atención de la población Infanto-Juvenil (hasta 12 años).

Habilitación de camas de observación e internación y ampliación del plazo de atención en crisis, en Guardias Psiquiátricas-Psicológicas y servicios de Salud Mental.

Formalización de convenios e intercambio, interjurisdiccionales con los Ministerios de Salud de la Nación y de la Provincia de Buenos Aires para la atención-derivación de la población asistida en el Sistema de Salud Mental en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, con establecimientos de sus jurisdicciones.

Habilitación de Hospitales de Día destinados a las poblaciones Infanto-Juvenil, Geronte y Adulta.

Casas de Medio Camino.

Promover equipos y dispositivos de atención para el grupo etéreo comprendido entre los 13 y 18 años.

4° ETAPA: (Bimestre)

Evaluación de los resultados alcanzados durante el primer año de implementación del proyecto.

TERCER AÑO

5° ETAPA:

Primer Semestre

Implementación experimental de emprendimientos productivos zonales.

Organización de talleres laborales y recreativos.

Segundo Semestre

Organización de equipos de contención y seguimiento de los pacientes externados.

Organización de los servicios de atención en crisis, con internación de corto plazo y equipos de atención e internación domiciliaria y acompañamiento terapéutico.

Implementación de los equipos de Salud mental en los CESAC.

Consolidar la reconversión y redistribución de los recursos humanos y físicos del sistema de Salud Mental en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, según áreas prioritarias de atención.

CUARTO AÑO

6° ETAPA: 1 Bimestre

Evaluación de los resultados alcanzados durante el tercer año, según los objetivos planteados.

Extensión de los emprendimientos productivos en los efectores adecuados
Mayor desarrollo y jerarquización de los servicios de Salud Mental existentes.

7° SEPTIMA ETAPA: 10 Meses

Propender a la creación de servicios de interacción de mediana complejidad, en el ámbito del Gobierno de la Ciudad para la población crónica y severa, según estimación de recursos financieros.

CUARTO Y QUINTO AÑO

Evaluación y diagnóstico de los resultados alcanzados y nuevas propuestas para la prosecución del plan.

Consolidación de los objetivos alcanzados.

C. I. II) AREA DE REHABILITACION - RESOCIALIZACION

(1) Fundamentos

Las actividades relativas a Rehabilitación y Resocialización del sistema de Salud Mental por sus características y complejidad imponen realizar un análisis de situación de las mismas.

Cabe destacar en el momento actual la presencia de la Ley 448/00 de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que legisla sobre el sistema; dicha Ley tiene expresados en su letra los principios que sustentan la reformulación del actual sistema de atención de Salud Mental. Este sistema que se caracteriza por ser fundamentalmente un modelo reduccionista y hospitalocéntrico debe dar lugar a un modelo de respuesta integral, desde la perspectiva bio-psicosocial, a las problemáticas de la Salud y la Enfermedad Mental.

A tal fin y como parte del proyecto, se impone la creación y desarrollo de diversidad de dispositivos de rehabilitación y resocialización, tal como están planteados en el Art.º: 14 de dicha Ley. Esos dispositivos deberán ser planteados y organizados como efectores de atención ambulatoria y comunitaria; integrándolos en la red que cubre la variada gama de actividades propias del proceso de atención; con programas específicos que permitan la articulación de los distintos integrantes (pacientes, equipos de Salud Mental, equipos técnicos propios de la tarea de cada efector, instituciones comunitarias y sociales, etc.).

Estos efectores permitirán establecer y llevar adelante una política de desinstitucionalización de personas internadas (o a ser internadas), priorizando formas de atención ambulatorias.

La Ciudad presenta un déficit en cuanto a un sistema organizado de redes y programas para cubrir estas tareas asistenciales específicas. Las escasas actividades existentes encuentran su germen en las experiencias que se dan en forma aislada dentro de los Hospitales Monovalentes de Salud Mental y ocasionalmente en algún grupo de profesionales que consustanciados con este espíritu han emprendido la tarea por propia iniciativa. Son reconocidos los efectos favorables que han producido estas acciones aún en la forma parcial e insuficiente en que se han venido desarrollando, permitiendo afirmar que con la creación y sistematización de estos efectores se logrará mayor eficacia en la resolución asistencial de la Salud Mental de esta población. Estas acciones deben integrarse y complementarse con el tratamiento psiquiátrico – psicológico de la persona asistida y su núcleo familiar y comunitario, que permitirá una solución más rápida y efectiva de los padecimientos de los pacientes contribuyendo, también, a producir un cambio cultural respecto a los principios sobre la enfermedad mental y sus consecuencias.

(2) Conceptualización

La rehabilitación y a la resocialización deben considerarse como parte de la tarea asistencial, al igual que el tratamiento psicológico y psiquiátrico de los pacientes que, como efecto de su padecimientos, ven disminuidas o alteradas sus capacidades.

Es esencia consisten en un conjunto de acciones encuadradas en diversos programas específicos que apuntan a que las personas puedan desarrollar el máximo de sus potencialidades, ayudándolas a superar o disminuir las discapacidades producidas.

El concepto de **Rehabilitación** refiere, fundamentalmente, a la esfera del quehacer práctico en la vida cotidiana; entendiendo por tal aquellos aspectos ligados al trabajo, al manejo de los objetos de uso, a los hábitos cotidianos, etc.

El concepto de **Resocialización** alude fundamentalmente a la esfera de los vínculos, socio – afectivos; de los lazos sociales que las personas tienen entre sí y con su medio ambiente comunitario – cultural.

El concepto de **Comunidad**, en este contexto se define como el medio socio-afectivo-ambiental-cultural al que pertenece el paciente y en el que desarrolla su vida. Se constituye en el enmarcado y continente fundamental para el nuevo modelo de atención de la Salud Mental. Es solo

en su medio donde el ser humano puede reconstituir sus capacidades sin sufrir aislamiento y cronificación. Por tanto los efectores deben estar ubicados en el seno de la comunidad y con una pertinente distribución geográfica. Todo esto implica dar cumplimiento a los preceptos de la Ley 448/00 de Salud Mental, que subsume lo mejor de la legislación y la experiencia internacional.

Estas acciones deben ser entendidas como un proceso complejo de articulación e integración, siendo imprescindible el abordaje interdisciplinario, en tanto que debe darse el trabajo conjunto en el plano terapéutico propiamente dicho y la tarea rehabilitatoria y resocializadora, siendo por tanto imprescindible la participación de la familia y la comunidad, es decir que este proceso debe cumplirse en íntima relación del paciente con su comunidad, como parte de un tratamiento ambulatorio.

A) Creación, organización y coordinación de los diferentes sub-programas y sub-redes destinadas a brindar prestaciones específicas en rehabilitación y resocialización del paciente con padecimiento mental.

(3) Objetivos Generales

- A). Promover la rehabilitación y resocialización del paciente con padecimiento mental.
- B). Promover la creación de dispositivos asistenciales en rehabilitación y resocialización en Salud Mental, integrados y articulados en Red dentro del sistema asistencial de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- C). Inclusión e integración de estos dispositivos en la Red de servicios de Salud Mental.

(4) Objetivos Específicos

- A). Creación, organización y coordinación de los diferentes sub-programas y sub-redes de Casas de Medio Camino, Hostales, Residencias Protegidas y de Hogares y Familias Sustitutas.
- B). Creación, organización y coordinación del sub-programa y sub-red de Talleres Protegidos.
- C). Creación, organización y coordinación del sub-programa y sub-red de Centros de Capacitación Socio-laboral Promocionales.
- D). Creación, organización y coordinación del sub-programa y sub-red de Emprendimientos Sociales.
- E). Creación, organización y coordinación del sub-programa y sub-red de Granjas Terapéuticas.
- F). Creación, organización y coordinación de un sub-programa y sub-red que incluya diversas actividades alternativas, que no son mencionadas explícitamente en el texto de la Ley N°: 448 y que puedan ser incluidas como actividades de rehabilitación y resocialización, como ser actividades deportivas, culturales, educativas, etc.

(5) Modelo Organizacional

Son principios rectores de las actividades concernientes a la Atención de la Salud, su organización a través de la constitución de programas y redes; así lo establecen las diferentes normas legales de la Ciudad en la materia., principios que recoge en su letra y su espíritu el presente Plan de Salud Mental para la Ciudad de Buenos Aires elaborado por la Dirección de Salud Mental.

Cada uno de los dispositivos mencionados en los Objetivos, tienen una especificidad propia que permite cubrir diferentes aspectos de la tarea asistencial rehabilitatoria y resocializadora. Esa especificidad esta dada por la actividad propia de cada uno, como por las características de cada efector; resultando una diversidad compleja que requiere un entramado sistematizador de cada uno de ellos y de la totalidad de los mismos.

La organización de un sub-programa y una sub-red para cada uno de los dispositivos va a permitir sistematizar la actividad específica, permitiendo un mayor nivel de eficiencia en la gestión y una forma de evaluación más directa y homogénea.

La reunión de cada uno de los sub-programas y sub-redes en el esquema más amplio propuesto en el presente Programa brinda la posibilidad de organizar el sub-sistema de rehabilitación y resocialización del Sistema Público de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. Esto adquiere suma importancia ya que estos son momentos fundacionales de la actividad específica, en donde si bien hay experiencias aisladas, tal como fue mencionado previamente, no existe una experiencia de conjunto, que trabaje con un grado de presencia mayor y sistemático en relación al resto del dispositivo asistencial.

Son escasos los elementos teórico - prácticos con que se cuenta en el momento actual como para tener parámetros valederos que permitan evaluar el impacto que producirán estos dispositivos en la reformulación del Sistema de Atención de la Salud Mental. En este sentido se parte del presupuesto de que existe una relación directa y progresiva entre la presencia de estas actividades y la disminución de los tiempos de internación, como del aumento de los tratamientos de características ambulatorias.

Desde el punto de vista de la evaluación de la gestión, desde su aspecto sanitario, a la vez que se realizará la experiencia del armado de los dispositivos y su organización, se irán constituyendo los elementos teórico - prácticos que permitan considerar, evaluar y rectificar de ser necesario diferentes aspectos allí donde se lo requiera. Este trabajo de elaboración debe realizarse con el conjunto de los trabajadores del sistema que estén afectados a la actividad, siendo su resultado un producto del conjunto, que reúna las diversas experiencias a partir del contacto directo con los pacientes y en la acción.

En este sentido deben considerarse las características propias de nuestra sociedad, de nuestra cultura y de nuestro contexto comunitario; ya que presentan peculiaridades que las hace diferentes del otras experiencias en otros ámbitos, sean éstos nacionales o internacionales, lo que necesariamente va a producir diferencias que pueden tornarse importantes, cuando no fundamentales.

El área programática establecida es la Ciudad de Buenos Aires. Su población es de cercana a los 3 millones de habitantes; sin embargo la realidad histórica en sus distintos aspectos de desarrollo económico, político, social, etc.; ha generado, en los últimos 60 años, una corriente migratoria que se ha asentado en lo que hoy denominamos el Cono Urbano Bonaerense, con una población cercana a los 10 millones de habitantes. Se forma así un conjunto íntimamente relacionado entre sí que reúne a sus habitantes en un agrupamiento que ronda los 13 millones de habitantes que viven, producen, estudian y realizan sus proyectos vitales dentro de ese territorio. Es tan importante el fenómeno descrito que en los últimos años se denomina a dicho territorio como Área Metropolitana y muchas de las políticas del Gobierno de la Ciudad, incluidas las de Salud, consideran y abarcan esta realidad.

El sistema sanitario de la Ciudad de Buenos Aires ha ido desarrollándose y tomando la envergadura actual en relación a este acontecer histórico, lo que ha llevado a que la atención de salud, y de salud mental en particular, esté dedicada en un porcentaje importante a la población bonaerense. Esta realidad debe ser tenida en cuenta, porque es escasa la articulación de acciones sanitarias entre las dos jurisdicciones que permita encontrar una racionalidad en la atención de las

poblaciones. Este proceso demandará un tiempo prolongado para su estabilización, debiéndose tener en cuenta los datos actuales para la creación y organización de los dispositivos y efectores en un sistema integrador.

La organización del Programa, considera especificidades y diferencias, por lo que es importante hacer hincapié en la relación dinámica de los distintos integrantes del mismo, teniendo en cuenta los puntos de encuentros que se producen o que se puedan producir, tanto en la definición como en la práctica de los diferentes dispositivos, lo que puede redundar en una mayor riqueza o en evitar duplicaciones de los mismos. A modo de ejemplo una Casa de Medio Camino puede ser pensada junto a un Emprendimiento Social; y como tal debe funcionar un Taller Protegido; lo mismo podría pensarse para los Centros de Capacitación Socio Laboral o una granja terapéutica.

El Emprendimiento Social esta pensado en el texto de la Ley N°: 448 como un efector más y se lo define habitualmente como una actividad productiva de fabricación o de servicio pero además con la característica que produce “ganancia” como punto de diferencia de esa actividad si a todos los otros dispositivos se los nomina como Emprendimientos Sociales; el hecho de ser esta “actividad rentable”, obliga a pensar desde otra dimensión la cuestión, por ejemplo los Talleres Protegidos funcionan con esas características productivas y comercializadoras aunque con una legislación que no han facilitado su promoción. Ello implicaría incorporar una concepción distinta a la sustentada hasta ahora.

La incorporación de actividad que produce una renta tiene por lo menos tres aspectos a tener en cuenta:

1) Tiene que ver con la posibilidad de ayudar al financiamiento del Sistema de Salud Mental, destinando parte del producido a su reinversión en el mismo efector o en la creación de otros. También podrían servir para un financiamiento indirecto, esto es con la producción de diversos elementos que puedan ser intercambiados con otros efectores y que apunten a cubrir las distintas necesidades.

2) Un segundo aspecto implicaría el pago al paciente – trabajador durante el tiempo que sea pasante en el dispositivo, lo que ayudaría al sostenimiento del mismo o al de su familia durante ese período, sabido es que la legislación laboral vigente en nuestro país es insuficiente cuando no inexistente para cubrir estas dificultades económicas que se producen en personas internadas por tiempos más o menos prolongados.

3) Tal vez el de mayor interés clínico es poder ir tendiendo hacia una concepción asistencial en donde el paciente a pesar de su padecimiento psíquico limitante transitoriamente no pierda su condición de trabajador.

El Dr. Sigmund Freud ha sostenido que el padecimiento o enfermedad mental implica esencialmente dos disminuciones y/o pérdidas de capacidades: la de amar y trabajar, así el proceso implica la restitución de ambas capacidades en la medida de las posibilidades de cada sujeto.

El padecimiento mental, en el caso de las psicosis y de otros trastornos narcisistas graves, implican la alienación de la persona y su extrañamiento de los lazos con el mundo y los objetos; es entonces clave tratar de disminuir al máximo posible los efectos alienantes, y en este sentido, que el paciente sienta que sigue participando del mundo productivo, dentro de sus posibilidades, se convierte en un hecho de muchísimo valor clínico, social y humano.

Justamente es en el proceso de rehabilitación y resocialización donde esos objetivos están específicamente definidos dentro de un marco terapéutico mayor que incluye el trabajo psicológico, psiquiátrico y social.

(6) DESCRIPCIÓN Y DEFINICIÓN DE EFECTORES (síntesis)

A). SUB – PROGRAMA DE CASAS DE MEDIO CAMINO, HOSTALES, RESIDENCIAS PROTEGIDAS Y DE HOGARES Y FAMILIAS SUSTITUTAS.

Se integran en este sub – programa los efectores detallados, atendiendo a las diferencias que presentan en relación a la acción específica de cada uno de ellos.

En principio se tomara como normas reglamentarias de funcionamiento las descriptas para cada uno de ellos, en especial las definidas por el Ministerio de Salud de la Nación – Instituto Nacional de Salud Mental y el trabajo de la Licenciada Marta Greco del Hospital de Salud Mental “José T. Borda”, “Programa Nacional de Promoción de Hogares y Granjas de Medio Camino y Pensionados”, año 1993. Será una de las funciones de la Sub – Red la de revisar la normativa mencionada y producir de ser necesarias las modificaciones, actualizaciones y su complementarización para el más adecuado funcionamiento.

“CASA DE MEDIO CAMINO”

Es una instancia terapéutica extrahospitalaria, intermedia y transitoria para la resocialización de pacientes internados de mediana o larga estadía en Hospitales Monovalentes de Salud Mental y en Salas de Internación de Salud Mental de Hospitales Generales del sistema de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Están destinadas a aquellos pacientes que por su evolución favorable han logrado mayor autonomía pudiendo integrarse a este dispositivo de rehabilitación y resocialización previas del alta definitiva hallándose en condiciones de realizar de manera autónoma las actividades de la vida cotidiana, y las concernientes al mantenimiento de la residencia, con menor asistencia y coordinación, y mayor grado de interacción grupal y comunitaria.

La asistencia terapéutica de los pacientes incluidos en este tipo de efector será realizada por los Equipos de Salud Mental de las instituciones derivadoras o de la Institución de Salud Mental del Area Programática donde este ubicada la Casa de Medio Camino.

“HOSTALES”

Es una instancia terapéutica extrahospitalaria, intermedia y transitoria para la resocialización de pacientes internados de mediana o larga estadía en Hospitales Monovalentes de Salud Mental y en Salas de Internación de Salud Mental de Hospitales Generales del sistema de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Este tipo de efector será destinado a aquellos pacientes que por el momento del proceso de rehabilitación y resocialización aún no están en posibilidad de realizar con autonomía las actividades propias de la vida cotidiana, por lo cual requieren la asistencia y coordinación por parte del Equipo de Salud Mental.

La asistencia terapéutica se llevará a cabo por el Equipo de Salud Mental del efector mismo.

“RESIDENCIAS PROTEGIDAS”

Es una instancia terapéutica extrahospitalaria, intermedia y transitoria para la resocialización de pacientes internados de mediana o larga estadía en Hospitales Monovalentes de Salud Mental y en Salas de Internación de Salud Mental de Hospitales Generales del sistema de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Este tipo de efector será destinado a aquellos pacientes que necesitan asistencia permanente para el desarrollo de las actividades de la vida cotidiana. De esta manera brinda a pacientes crónicos y / o gerontopsiquiátricos el pasaje desde la Institución: Hospital Monovalente de Salud Mental hacia establecimientos habitacionales comunitarios.

La asistencia terapéutica se llevará a cabo por el Equipo de Salud Mental del efector mismo.

“HOGARES Y FAMILIAS SUSTITUTAS”

Comprende a Instituciones y Familias que admitan el cuidado y atención de pacientes que por su situación de carencia de contención familiar y estando en posibilidad de ser externados requieran de cuidados y contención de un grupo social determinado.

Este es un dispositivo inexistente en la actualidad por lo que la Sub- Red deberá tener entre sus tareas el armado de las normativas para el funcionamiento de este dispositivo.

La asistencia terapéutica de los pacientes incluidos en este tipo de efector será realizada por los Equipos de Salud Mental de las instituciones derivadoras o de la Institución de Salud Mental del Area Programática donde este ubicado el Dispositivo.

B). SUB – PROGRAMA DE TALLERES PROTEGIDOS

Este tipo de efector, destinado a la rehabilitación y resocialización de pacientes internados de mediana o larga estadía en Hospitales Monovalentes de Salud Mental y en Salas de Internación de Salud Mental de Hospitales Generales del sistema de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, es el que mayor grado de desarrollo y sistematización ha adquirido por lo cual se partirá de la estructura y normativa ya vigente; será una de las funciones de la Sub – Red la revisión de las mismas, así como la de organización, reformulación y reorganización que produzcan una mayor optimización de la función que cumplen los Talleres en la Actualidad.

Todo este tipo de acciones, así como la creación de la Sub – Red, están contenidos en el marco de la Ley N°: 955 de la Ciudad de Buenos Aires: “Ratificanse e Impúlsanse las Acciones y Servicios de los Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica”, aprobada por la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el día 5 de Diciembre de 2002; y promulgada por el Señor Jefe de Gobierno, Dr. Anibal Ibarra a través del Decreto N°: 1.749 de fecha 27 de diciembre de 2002. Publicado en el Boletín Oficial N°: 1601 de fecha 3 de Enero de 2003.

“TALLER PROTEGIDO”

Este tipo de efector tiene como objetivo la rehabilitación y resocialización de los pacientes internados de mediana o larga estadía en Hospitales Monovalentes de Salud Mental, en Salas de Internación de Salud Mental de Hospitales Generales del sistema de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y en aquellos pacientes que bajo tratamiento ambulatorio requieran de esta modalidad de tratamiento.

Desarrolla sus acciones por medio del trabajo proporcionándoles orientación laboral, adiestramiento, capacitación, trabajo protegido en sus talleres.

Se utiliza la experiencia fabril, asemejándose al ambiente industrial en lo que respecta a equipos y métodos de trabajo, el Taller Protegido proporciona tareas tuteladas, supervisión profesional y retribución económica, que permiten, junto con otras acciones de resocialización, una rehabilitación integral. La actividad se realiza complementando la tarea asistencial propiamente dicha a través de un abordaje interdisciplinario a cargo de un Equipo de Salud Mental integrado por Médico Psiquiatra, Psicólogo, Trabajador Social, Terapeuta ocupacional y auxiliares en rehabilitación dedicados a la actividad específica que desarrolle cada Taller en particular.

En esta modalidad de tratamiento el trabajo es considerado una actividad terapéutica en sí misma que promueve modificaciones en distintos aspectos de la persona:

➤ Es estructurante del aparato psíquico, inmerso en diferentes grados de desorganización.

➤ Facilita la integración socio-afectiva, estimulando la ruptura del circuito de aislamiento que provoca la enfermedad mental.

Esta definición toma, en esencia, la planteada por la Dirección de Talleres Protegidos en un trabajo elevado a la Secretaría de Salud en el año 2001 y la que brindara la mencionada Dirección en su nota N° 615 TPRPS/2002 dirigida a la Dirección de Salud Mental con fecha 23/8/2002. Su contenido será tenido como antecedente y evaluado en función de la Ley N°: 448 de Salud Mental y la ya mencionada Ley N°: 955.

C). SUB – PROGRAMA DE CENTROS DE CAPACITACIÓN SOCIO - LABORAL PROMOCIONALES.

Este tipo de efector a ser creado, de acuerdo a lo establecido por la Ley N°: 448 de Salud Mental, debe reunir en sí las tareas rehabilitatorias y resocializadoras con las actividades educativas dirigidas a la formación en diferentes oficios y artes a pacientes adolescentes, jóvenes y adultos jóvenes que no tengan ningún tipo de capacitación laboral.

Para su diseño, la Sub- Red tomará como base las diferentes acciones y experiencias que se han ido desarrollando a lo largo de los años en diferentes efectores públicos, así también se tendrán en cuenta las diversas producciones que hubieren tanto en lo nacional como en lo internacional, incorporando las formas y contenidos que mejoren y optimicen lo ya hecho.

Igualmente deberá definir los criterios de admisión de pacientes así como las características y duración de la pasantía del paciente teniendo en cuenta la tarea terapéutica y educativa.

Se deberán iniciar los contactos necesarios con las diferentes áreas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires; como ser Educación, Desarrollo Social, Cultura, etc.; a los efectos de crear un espacio Intersectorial e Interinstitucional que permita el cumplimiento de los objetivos de este Sub – Programa y sus efectores.

D). SUB - PROGRAMA DE EMPRENDIMIENTOS SOCIALES.

Se entiende por Emprendimiento Social al dispositivo de estrategia comunitaria que tiene como fin la promoción de la salud y la integración sociolaboral de las personas utilizando como medio la producción, la capacitación en la tarea y la comercialización de bienes y / o servicios, resultados de su actividad.

Para su diseño, la Sub- Red tomará como base las diferentes acciones y experiencias que se han ido desarrollando a lo largo de los años en diferentes efectores públicos, así también se tendrán en cuenta las diversas producciones que hubieren tanto en lo nacional como en lo internacional, incorporando las formas y contenidos que mejoren y optimicen lo ya hecho.

Deberá definir los criterios de admisión de pacientes así como las características y duración de la pasantía de los pacientes teniendo en cuenta los objetivos terapéuticos y de capacitación laboral.

Se deberán iniciar los contactos necesarios con las diferentes áreas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires; como ser Educación, Desarrollo Social, Cultura, etc.; a los efectos de crear un espacio Intersectorial e Interinstitucional que permita el cumplimiento de los objetivos de este Sub – Programa y sus efectores.

E). SUB - PROGRAMA DE GRANJAS TERAPÉUTICAS

Este tipo de efector tiene como objetivo la rehabilitación y resocialización de los pacientes internados de mediana o larga estadía en Hospitales Monovalentes de Salud Mental, en Salas de Internación de Salud Mental Hospitales Generales del sistema de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y en aquellos pacientes que bajo tratamiento ambulatorio requieran de esta modalidad de tratamiento.

Para su diseño, la Sub- Red tomara como base las diferentes acciones y experiencias que se han ido desarrollando a lo largo de los años en diferentes efectores públicos, en forma especial la experiencia realizada en el Hospital “José T. Borda” que recoge una experiencia prolongada y sistemática de trabajo; así también se tendrán en cuenta las diversas producciones que hubieren tanto en lo nacional como en lo internacional, incorporando las formas y contenidos que mejoren y optimicen lo ya hecho.

Deberá definir los criterios de admisión de pacientes así como las características y duración de la pasantía de los pacientes, teniendo en cuenta los objetivos terapéuticos y de capacitación laboral.

Se deberán iniciar los contactos necesarios con las diferentes áreas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires; como ser Educación, Desarrollo Social, etc.; a los efectos de crear un espacio Intersectorial e Interinstitucional que permita el cumplimiento de los objetivos de este Sub – Programa y sus efectores.

F). SUB - PROGRAMA DE ACTIVIDADES ALTERNATIVAS

En este Sub-programa se incluirán todas aquellas actividades que sirvan a los fines de las actividades de Rehabilitación y Resocialización que no se encuentren comprendidas ni descritas en el texto de la Ley N°: 448, ni en los restantes sub-programas que integran el presente Programa de Rehabilitación y Resocialización para Pacientes del Sistema Público de Salud Mental.

Las actividades a ser incluidas en este sub-programa podrán reflejar un conjunto de actividades sistemáticas y asistemáticas (es falta de sistematización no si es permanente o no) que puedan desarrollarse desde algún efector o dispositivo del sistema público; desde una Organización No Gubernamental, u otros Organismos Oficiales. Tendrán su lugar natural en el ámbito comunitario fundamentalmente, no descartándose la posibilidad de su desarrollo en el ámbito hospitalario y estarán referidas a deportes, arte, cultura, etc.

Los lineamientos ha seguir se irán estableciendo en la medida que el crecimiento de las diferentes acciones lo vayan requiriendo, siendo constante el proceso de evaluación a realizar con la Sub – Red que se irá constituyendo en el proceso mismo.

COORDINACIÓN DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN Y RESOCIALIZACIÓN PARA PACIENTES DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL

La Dirección de Salud Mental designará un Coordinador que estará a cargo y que tendrá como función la creación, organización y funcionamiento del Programa, como así también de los de los diferentes Sub- Programas y Sub-Redes. Articulando sus acciones con la Red de servicios de Salud Mental, con las distintas Areas Subprogramas, Subredes, integrando su actividad al Plan de Salud Mental.

La Coordinación irá estableciendo y organizando el Equipo con el que desempeñe sus funciones. Toda acción y / o decisión que la Coordinación tome, será acorde al plan de Salud mental y contará con consenso y acuerdo de la máxima autoridad de Salud Mental de la Secretaria de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

ESTRUCTURA DEL PLAN

**C. II) PREVENCIÓN
Y
PROMOCIÓN**

EN SALUD MENTAL

C. II) PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD MENTAL

(1) Introducción

Este programa se ha diseñado considerando como fundamental la apertura de espacios y dispositivos de acción y reflexión individuales, familiares, institucionales y comunitarios, orientando la acción hacia el protagonismo y el ejercicio de la solidaridad y en consonancia con el espíritu y texto de la ley 448/2000 de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en sus artículos: 1º, inc. 10º a), b) – 12º inc. A) – 13º inc. C)

Fundamentación

La prevención debe ser entendida como una estrategia que va más allá de la adaptación, de la evitación de factores de riesgo e incluso de la promoción de la salud en su sentido tradicional. La prevención tiene que ver con la construcción de instrumentos en los que la participación de los diferentes actores sociales adquiere un **rol prioritario** por cuanto es la manera por la cual, en el campo de la salud puede lograrse una **nueva dinámica** que brinde mayores garantías de éxito en la atención y abordaje de las urgentes y complejas necesidades en salud mental de la comunidad.

Los índices de desempleo, situación alimentaria, tasas de mortalidad infantil, datos demográficos, incidencia de enfermedades infecciosas prevenibles, índices de escolarización, etc., revela las condiciones objetivas y la magnitud de la crisis social. Pero nada dice del impacto subjetivo en la población, que requiere una mirada cualitativa que abarque la intimidad de los componentes de la comunidad, que arroje luz sobre el modo de procesar la experiencia y de sucumbir a las condiciones adversas o de superarlas y aún salir fortalecidos de ellas. Esta última condición es conocida hoy con el nombre de resiliencia, capacidad humana que se produce en función de procesos sociales e intrapsíquicos. No se adquiere "naturalmente" naturalmente en el desarrollo: depende de ciertas cualidades del proceso interactivo del sujeto con los otros humanos, responsable de la construcción del sistema psíquico

Por lo tanto la población no habrá de considerarse como mera receptora y verificadora o transmisora de información para alimentar el proyecto. Deberá buscarse su integración mediante técnicas de sensibilización convenientes, desde el inicio de las acciones y deberán explorarse las fortalezas individuales y colectivas presentes para poder promoverlas y extenderlas. Esto se logra apelando a la capacidad multiplicadora de la comunidad y de sus organizaciones naturales.

Los proyectos deben tender a quedar en manos de la gente como único requisito para lograr una auténtica compenetración con el profesional facilitando la resolución de los problemas en el contexto en el que surgen y por parte de sus actores. También deberán contar con la suficiente apertura para incluir las consecuencias inmediatas de las acciones entre quienes deberán desarrollarlo y de la población a la que va dirigido.

Esto obligará de continuo a la realización de ajustes con criterio realista si, sobre todo, se pretende garantizar cierto tipo de éxito con la asunción de compromisos prácticos que puedan surgir y que no se hayan previsto en las intenciones iniciales.

Será útil tomar recaudo en cuanto a no generalizar las conclusiones que se extraigan de una zona, dado que las determinaciones de los procesos que tienen lugar en un campo tienen incontables dimensiones, muchas de ellas difíciles de medir.

Las actividades de Prevención y Promoción de la Salud Mental son llevadas a cabo por los Equipos de Salud Mental de los Centros de Salud y Acción Comunitaria y también los Servicios de Salud Mental de los Hospitales Generales de Agudos y Especializados. Sin embargo, son los Equipos de los CESAC los que tienen como prioridad el trabajo comunitario.

Descripción de la Situación Actual

La situación actual es de emergencia sanitaria y social, y atraviesa a todos los estratos sociales y en particular a los sectores más vulnerables.

Se observan situaciones tales como: disgregación de grupos, aislamiento, escepticismo, indefensión socio – económica, marginalidad , pobreza creciente y altos niveles de exclusión.

Producto de esta situación se observa altos niveles de descreimiento de la sociedad en su conjunto hacia las instituciones públicas, como también a sus dirigentes que propicia un malestar generalizado que no favorece la participación.

En lo referente al Sistema de Salud, los recursos y estructuras disponibles resultan inadecuados.

La superposición de tareas, la poca sistematización y continuidad en acciones y en tiempo, en esta situación de emergencia hace que las políticas y planes en general de las diferentes áreas no logren todos los objetivos programados.

Los recursos humanos del sistema sanitario se han visto muy afectados por esta situación. Se observa desmotivación y desgaste generalizado en todos los equipos, más aun en aquellos en contacto permanente con la comunidad.

Las acciones que llevan adelante los trabajadores de la salud mental de los niveles preventivos comunitarios no están suficientemente valorados y reconocidos por el resto del sistema.

(2) Objetivos Generales

- La subjetividad de los sectores más afectados por las adversidades sociales es una subjetividad herida que se escinde entre una parte que porta la herida y otra que hurgando en sus registros vitales positivos y entretejiéndose en una mínima trama social de rescate le permite continuar su vida.
 - Por eso es fundamental impulsar actividades que contemplen la participación y el protagonismo, fuentes seguras del desarrollo de las capacidades resilientes.
 - Fortalecer y promover los organismos y grupos intermedios (formales e informales) involucrados en la concreción de objetivos de promoción y prevención de la salud.
 - Realizar todas las acciones privilegiando un enfoque de redes y desde una conceptualización de *salud integral* variando el foco de la atención del polo de la enfermedad al polo de la salud, desde una perspectiva comunitaria.
 - Plasmear la concreción de un lugar en el campo de la Salud Mental para todos los sectores y más para aquellos grupos vulnerables, favoreciendo la recuperación de su historia, su identidad y su cultura.
 - Incorporar modelos teóricos acordes con la realidad de nuestro país y según las necesidades y particularidades de cada zona. Integrar esos conocimientos para que se articulen en una practica concreta anclada en la realidad, evitando la escisión entre los niveles asistencial y preventivo, tomando a la salud como un derecho humano y social fundamental.
- Fortalecer una política de interrelación conceptual y en las prácticas entre Salud Mental y las distintas áreas locales y nacionales cuyas acciones tienden a la promoción y prevención de la salud (Educación, Trabajo, Cultura, etc.).

(3) Objetivos Específicos

- Promover en los trabajadores de la salud y en la comunidad en general la apropiación del concepto de *prevención integral* basado en una *mirada*, una *actitud*, y una *acción* preventiva.
- Construir conjuntamente con la comunidad, los espacios y dispositivos para que la misma realice un diagnóstico amplio y participativo de sus fortalezas y debilidades, y aquellos factores que puedan incidir en desmedro de su salud mental.
- Abrir canales de participación para la integración de los recursos no convencionales ya existentes en la comunidad propiciando la búsqueda de alternativas en la resolución de los problemas.
- Implementar acciones preventivas y de contención de los equipos en el ámbito intrainstitucional con todos los trabajadores de salud mental.
- Conformar equipos de trabajo interdisciplinario, inter e intrainstitucionales.
- Desarrollar pautas de intercambio y solidaridad entre todos los sectores que participan en el programa.
- Integrar con las estructuras institucionales de características asistencialistas, las acciones de promoción y prevención de la Salud Mental.
- Capacitar los recursos humanos para el desarrollo de acciones preventivas tanto intra como extra murales (dentro del efector de salud o en el seno de la comunidad) dentro de un marco de prevención integral.
- Investigar, en la acción misma, todo aquello que promueva o dificulte la apropiación de un modelo de participación comunitaria.

(4) ACTIVIDADES

· GENERALES

El objetivo de la tarea preventiva consiste en implementar un instrumento idóneo que posibilite la multiplicación de acciones de salud por la comunidad. En función de esto se prevé la conformación de *equipos interdisciplinarios*.

El marco de las actividades preventivas supone el desarrollo de las mismas de acuerdo a las siguientes etapas que se darán en una dinámica donde la exploración, la ejecución y la evaluación no se separan, ni se aíslan; sino que interactúan e integran permanentemente.

Fase Exploración

- Sensibilización y motivación en la propia institución del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Conformación de equipos de trabajo interdisciplinario.
- Desarrollo de acuerdos conceptuales o consenso del marco teórico, (visión y misión compartida).
- Diagnóstico y Relevamiento participativo *en, con y por* la comunidad de sus demandas, necesidades y prioridades.

Fase Ejecutora

- Puesta en marcha de proyectos comunitarios que respondan a la selección de prioridades establecidas consensuadamente y como intento práctico para validar técnicas e instrumentos metodológicos. Evaluación.

- Ampliación de las actividades comunitarias en el ámbito de las organizaciones intermedias, dentro de las áreas programáticas correspondientes a cada efector, tendiendo a resolver problemas que obstaculicen el desarrollo de metas y objetivos comunitarios.
- Resolución de los conflictos en el contexto en el que se producen por parte de sus protagonistas y con el auxilio de herramientas y métodos de la salud mental para aplicar en ámbitos familiares, grupales, institucionales y comunitarios.

Fase de Evaluación

• Será llevada a cabo por todos los sectores institucionales y comunitarios involucrados en el programa, respetando la evaluación de cada sector o Area Programática y realizando un trabajo de síntesis desde el área de coordinación.

• **ESPECIFICAS**

De acuerdo a lo explicado en los fundamentos del programa, si bien el destinatario de todas las acciones es siempre el colectivo comunitario, las actividades específicas en materia de prevención en la salud mental y a los fines metodológicos y operativos, se desarrollaran en las siguientes áreas: *institucional, comunitario- barrial, educación y trabajo*.

➤ **Área Institucional**

Junto con la comunidad, son las instituciones de Salud Mental con todo su potencial nuestra herramienta de trabajo mas importante. Se cuenta aquí con un sector organizado, con una dinámica propia, y que ya ha establecido una relación particular con la comunidad que lo rodea.

Es necesario, entonces, además de las realizadas en el ámbito comunitario, implementar acciones sistemáticas de prevención para quienes se desempeñan en esta área en base a un programa discutido y evaluado por los integrantes de cada institución, rescatando las características y la historia de cada una de ellas.

Acciones:

- Entrevistas con todo el personal de la institución en forma gradual comenzando por su Dirección, hasta incluir a todos los sectores involucrados en la atención de la población, con el objetivo de delimitar las necesidades y demandas más urgentes.
- Implementación de grupos de reflexión sobre la tarea para evaluar las exigencias de la misma y producir las modificaciones necesarias. La propuesta se puede extender, en el caso de los hospitales, a todos los servicios implementando el funcionamiento de *grupos Balint*.
- Intentamos así recuperar el valor social del trabajo y el valor que tiene en el marco de la vida de un sujeto, considerándolo como uno de los espacios primordiales para la realización y satisfacción de sus necesidades.
- Conformación, en todos los servicios hospitalarios, de acuerdo a las prioridades, de equipos interdisciplinarios que permitan un abordaje integral de la problemática del paciente.

➤ **Área Comunitario Barrial**

Tal como se ha dicho en párrafos anteriores, la Salud Mental se sustenta en un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, por lo que la formulación y planificación de políticas en esta materia, estarán orientadas al reforzamiento y restitución de las *redes sociales* y los *lazos sociales solidarios* con que cuenta la comunidad, implementando además una modalidad para atender a la misma , que garantice su participación en la promoción de la Salud Mental, y siendo su propio agente de salud a través de actividades preventivas eficaces y oportunas, privilegiando las

ejercidas sobre los grupos y las familias, promoviendo la reinsersión social y garantizando la proximidad geográfica de los efectores de salud a la población.

Estas políticas, tendientes a la articulación operativa con las instituciones, las organizaciones no gubernamentales, y otros recursos existentes en el seno comunitario, contemplan además la coordinación intersectorial e interinstitucional con áreas y sectores de promoción social, trabajo, educación, poder judicial, religiosas, voluntariado y otras.

Se conformarán equipos interdisciplinarios de Salud Mental proyectados hacia la comunidad y actuando en red.

Se considerarán especialmente las redes sociales existentes en la comunidad.

En un contexto comisario existen dos tipos de redes: redes de servicios y redes sociales; reconocerlas en sus diferencias y en sus dinámicas resulta imprescindible para que funcionalmente puedan interactuar finalmente para la atención y contención de los problemas que se generen en la comunidad.

Entendemos a la *red de servicios* como un instrumento de organización y gestión. Es una estrategia vinculatoria entre los diferentes actores participantes en el proceso de la salud (profesionales, instituciones, etc.) abarcando los distintos niveles de atención tanto en lo asistencial como preventivo, promocional, rehabilitatorio y socializador.

Las *redes sociales* son sistemas que se generan espontáneamente en el seno de la comunidad, abiertos, interactivos en relación con su medio, potencian la autonomía de cada individuo y la toma de responsabilidades personales. Cada cual interactúa en una red de relaciones entre personas, grupos, organizaciones, comunidades; son diseños organizacionales palpables surgidos y organizados en niveles múltiples, sin centros fijos y con responsabilidades coparticipadas.

Acciones:

- Formulación, planificación, realización y evaluación de actividades correspondientes a políticas de salud mental que estarán orientadas al reforzamiento y restitución de las redes sociales y lazos sociales solidarios.
- Promoción y sensibilización de la Comunidad para que asuma el rol de agente de salud a través de prácticas comunitarias.
- Promoción de coordinaciones interinstitucionales e intersectoriales.
- Conformación de equipos interdisciplinarios de salud mental, proyectados hacia la comunidad, que actuarán en red entre sí y con redes sociales.
- Realización de actividades de acuerdo a los diferentes grupos étnicos.

✓ **La Población Adolescente**

Constituye éste grupo étnico, una de las mayores preocupaciones de la actualidad.

La dinámica de la organización social actual brinda pocos espacios para que los jóvenes puedan desarrollar sus aptitudes. Además este período en la evolución del ser humano, está marcado por la ambivalencia, la intensa labilidad en cuanto a los objetos y a los intereses.

Los adolescentes tienen su propio tiempo y su código. Ponen toda su energía en diseñar un perfil propio que los diferencie de los mayores. Tiende a rebelarse a todo lo instituido y las normas con frecuencia y facilidad.

A estas características propias de la evolución humana se le debe sumar como otro factor la situación actual de profunda crisis económica, social y cultural que favorece situaciones de segregación y exclusión de los jóvenes. Aparecen entonces, como alternativas posibles, la violencia y la droga, las cuales están firmemente instaladas en el tejido social.

La tarea preventiva se propone promover el encuentro de los jóvenes con su propio rol protagónico hacia la concreción de sus proyectos.

Se realizarán encuentros en los que el trabajo sea el articulador social.

Se establecerán espacios institucionales en los efectores del sector salud y en las entidades intermedias que participen de la red, que permitan organizar pequeñas unidades de producción.

Lo que antecede esta pensado como una alternativa por la cual el adolescente puede producir bienes de su propia creatividad; por ejemplo: huerta, chacras, actividades artesanales, artísticas (teatro, música y literatura).

Además, se promoverá la realización de actividades que contemplen la utilización saludable y solidaria del ocio y el tiempo libre.

También se podrán organizar actividades solidarias para colaborar con hospitales y escuelas.

✓ **Población Adulta en condiciones de subocupación o desocupación**

En estrecha relación con las entidades intermedias de cada barrio abrir espacios y dispositivos que operen sobre la situación de falta de trabajo y los efectos que causa sobre las personas. El objetivo de esta tarea no deberá ser sólo la búsqueda de trabajo sino la recuperación de habilidades olvidadas, de recursos con los que las personas cuentan y no registran plenamente, y que le permitirán orientar mejor su búsqueda de trabajo.

Además de la situación económica que concretamente afecta a las personas con problemas laborales y a sus familias, pueden suscitarse: alteraciones en las conductas, baja autoestima, abulia, apatía, agresiones, violencia, alcoholismo. En el marco del trabajo grupal se pueden desplegar estas problemáticas, tratando de rescatar todas las posibilidades del sujeto para no recurrir a las salidas mágicas.

✓ **Población Próxima a Jubilarse**

Se propone los siguientes objetivos.

- Contemplando el momento particular del pasaje de la vida activa a la pasiva, con sus pérdidas consecuentes, un programa básico debe apuntar a recuperar, en el marco de una tarea grupal todas las potencialidades individuales que permitan sobrellevar ese momento de transición en la forma menos conflictiva posible, y a su vez generar nuevas propuestas para la vida pasiva.
- Se estimularán la creación de cursos breves de desarrollo de aptitudes laborales y se fomentarán las actividades que el mismo grupo produzca, buscando continuidad en el tiempo y estrechamiento de los lazos sociales.
- Se considera a los programas de educación de adultos como un recurso fundamental para la promoción y prevención en Salud Mental.

✓ **Población de Tercera Edad**

Es fundamental trabajar para que la misma recupere su inserción en el medio social en el que vive, generando actividades que la relacionen con los otros grupos generacionales. Una tarea posible es el acompañamiento de niños cuyos padres trabajan. Otra tarea es la implementación de actividades orales, escritas, etc., por las cuales esta generación pueda recuperar y difundir, con su vasta memoria, la historia del barrio como parte del patrimonio cultural del mismo, participando de su ampliación y sostenimiento.

✓ **Talleres de la Ciudad**

DEFINICION

El taller es una técnica de abordaje de distintas temáticas, con un espacio de intercambio donde se ponen de manifiesto dificultades sobre las mismas y posibilidades de resolución, creando una instancia de producción colectiva facilitadora de las transformaciones individuales, siendo la metodología participativa, “un aprender haciendo”.

FUNDAMENTACION

Se sostiene en una concepción del hombre como un sujeto biológico, psicológico y social en un marco de libertad contextualizada, con capacidad de protagonismo en relación a sus propias necesidades.

Basadas en una concepción dinámica, solidaria, facilitadora de cambios subjetivos en un contexto grupal de economía de esfuerzos y recursos.

Es aplicable a cualquier temática, trabajo, educación, familia, sexualidad, parejas, tercera edad, nutrición, etc.

MODALIDAD

Grupal, un número mínimo de cinco personas y un número limitado como máximo, teniendo en cuenta que cada grupo podrá tener hasta 25 participantes en cada espacio físico.

Heterogéneo en su composición sexo, edad, etc.

Homogéneo en la especificidad padres, tercera edad, diabetes, etc.

COORDINACION

Un profesional o persona capacitada en el manejo de las técnicas grupales y de animación específicamente formada en la temática a abordar en el taller.

CRITERIOS DE APLICACIÓN

La misma se implementa fundamentalmente en actividades de prevención y promoción de la salud, constituyéndose en una técnica importante en la capacitación.

Para desarrollar hábitos de vida saludable, talleres de expresión corporal, de arte, de reflexión, de yoga, etc.

En situaciones de crisis vitales: embarazo, separaciones, divorcios, duelos, pérdidas de trabajo, orientación vocacional, grupo de padres, grupos de adolescentes, tercera edad, etc.

Frente a patologías que requieren acciones de autocuidado, diabetes, adicciones, tabaquismo, pacientes con riesgos cardiovasculares, alcoholismo, etc.

BENEFICIOS

La interacción social y la actividad grupal ayudan al desarrollo de la personalidad y mejoran las condiciones de vida en términos generales y de salud de las personas.

Realizar actividades de promoción y prevención de la salud de alto impacto y bajo costo, economía de recursos y llegada a un número importante de la población.

METAS

Mejorar la calidad de vida de la población, promocionar la salud y los hábitos de vida saludables, prevenir el desarrollo de enfermedades, brindar atención eficiente y eficaz en el primer nivel de atención.

Insertar las actividades de promoción y prevención de la salud como actividades prioritarias, relacionadas con la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

DESCRIPCION

PROMOCION DE LA SALUD

Actividades grupales, espacios de participación, reflexión, recreativos y lúdicos, formativos e informativos.

PREVENCION DE LA SALUD

Talleres y actividades grupales dirigidos a grupos en riesgo tabaquismo, adicciones, violencia, HIV, trastornos de la alimentación, hipertensión, depresión y otros.

ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

Diagnóstico precoz, atención y seguimiento personalizado con programas de tratamiento individualizados.

RECURSOS Y EQUIPAMIENTO

El recurso humano requerido es mínimo y se limita a un coordinador o coordinadores grupales tantos como sean necesarios en función a las actividades a desarrollar, el equipamiento que se requiere está vinculado con elementos técnicos como retroproyector y otros elementos similares.

Los espacios físicos pueden ser aulas o salas de uso múltiple que son utilizados en tiempo parcial de acuerdo a la programación de las actividades.

Requiere como soporte externo actividades de difusión y divulgación.

PROCEDIMIENTOS

Todos los grupos son abiertos, funcionan en días y horarios fijos a los que se puede acceder por indicación profesional o por voluntad y decisión de la persona.

Las charlas son abiertas y de libre participación, los temas se van programando de acuerdo a las necesidades que se evalúan como apropiadas a las características de cada población.

Los grupos de reflexión son espacios donde libremente se comparte un tiempo y un lugar físico para el ejercicio del dialogar, pensar y participar.

Lo convocante es el deseo de participar, de informar e informarse, de entender que el apoyo mutuo y la solidaridad entre las personas siempre es gratificante y ayuda al desarrollo personal y social.

REQUISITOS

El único requisito es el deseo de participar en alguno de los grupos. Los beneficios son el producto de la solidaridad y el apoyo mutuo.

➤ Área Trabajo

La población adulta urbana, en una Ciudad de complejidad creciente como Buenos Aires, implica gran cantidad de gente con inserción laboral. En este caso la propuesta de prevención deberá articularse con las organizaciones sindicales, en forma de programa de salud de los trabajadores. Los sindicatos suelen tener, en su área gremial, un departamento de higiene y seguridad del trabajo. Si bien las acciones que de allí surgen no suelen contemplar lo específico de la salud mental, se puede proponer una tarea conjunta para cubrir los sectores de mayor riesgo, que, debido a la crisis reinante son cada vez más amplios.

En este ámbito los grupos de reflexión sobre la tarea pueden transformarse en verdaderos instrumentos de una política de investigación-acción sobre condiciones de trabajo. Esta tarea debe llevarse a cabo incorporando al programa a los dirigentes, delegados y trabajadores que articulen su tarea con los profesionales de salud mental, con el objetivo de lograr acciones de transformación que tiendan a una mejor calidad de vida laboral.

Los programas que surjan deberán contar con la participación y el protagonismo de todos los integrantes de la institución, y se crearan dispositivos para garantizar dicha participación y para el diseño de una fase de autoevaluación.

Las propuestas de trabajo se organizarán en varias etapas, que tomando por ejemplo **la problemática del alcoholismo**, se realizarían en el siguiente orden:

- Reuniones con delegados gremiales y directivos de la empresa con el objeto de conocer la situación. Conocer sus opiniones, intereses y preocupación por el tema
- Organización de encuentros en grupos relativamente pequeños del personal de la empresa con el objeto de discutir el tema del alcoholismo.
- Generar condiciones para la contención de la problemática dentro de la misma institución y con los propios recursos humanos, apoyados por personal de su obra social
- Convocar a los familiares del personal a participar de encuentros con el fin de encontrar formas de cooperación mutuas para la solución de problemas compartidos, muchos derivados del alcoholismo, como violencia familiar, deterioro de los vínculos, peligro de pérdida del trabajo.

➤ **Área Educación:**

En esta área se articularan las actividades con los programas de la Secretaria de Educación que por sus características estén en relación con los programas de salud mental.

En el trabajo conjunto con los docentes se buscará su participación e integración en la planificación y ejecución de las propuestas, y de ser necesario, en forma compartida con sus organizaciones gremiales.

Se abordará, a través de técnicas adecuadas, la reflexión sobre las modalidades de la práctica docente, en cuyo interior, las relaciones de autoridad llegan a cobrar una particular relevancia.

Se implementarán grupos de reflexión de docentes, de alumnos, de padres, para operar sobre las dificultades de la institución desde la función de prevención y promoción de las condiciones de salud.

Se tratará con especial énfasis el tema de marginalidad y rendimiento escolar, buscando y estimulando el compromiso de toda la comunidad escolar, mejorando su comprensión y su tratamiento en el contexto en que se da, brindando adecuados niveles de contención que eviten excesivas derivaciones de “presuntos pacientes” con lo que se pierde la posibilidad de encarar el problema en su conjunto e integralmente.

Conformación de equipos que trabajen sobre la orientación vocacional como ámbito privilegiado desde el cual se puede intervenir con un encuadre preventivo.

➤ **Servicios Telefónicos de Información y Orientación en Temas Vinculados a la Salud Mental - Dispositivos primarios de escucha y orientación**

Fundamentación

El Sistema de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, está constituido por distintos efectores articulados y organizados en Red de servicios, participan en la atención integral de la Salud Mental de la población. Las modalidades prestacionales son múltiples y de diferentes complejidades, promover la información y el acceso a la disponibilidad de los recursos es considerado de fundamental importancia para la utilización de los mismos.

En tal sentido la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, a través de la Dirección de Salud Mental publica la Guía de Recursos y Derivaciones de la Red de

servicios en Salud Mental, cuya periódica edición, prevista cada dos años se constituye en un valioso elemento de consulta para profesionales e instituciones públicas y privadas, al dar cuenta de los recursos existentes y disponibles, convirtiéndose en un instrumento indispensable para el trabajo en Red y que debe complementarse con dispositivos de información telefónica que permite, en este caso al usuario, acceder rápida y fácilmente a la oferta del sistema.

Objetivo

Facilitar la información, contener y orientar en Salud Mental a las personas que lo soliciten a través de un Servicio de Atención Telefónica.

Instalar en el sistema, para la comunidad, una fuente de información de recursos institucionales, fijando una vía de acceso eficaz y eficiente, mediante la adecuada orientación y la precisa información de las alternativas disponibles, prestando escucha capacitada y considerada a las demandas de atención.

Dispositivos de Atención Telefónica

Salud Mental Responde - (SMR) - Tel. 4863 -8888

Es un servicio de contención telefónica, de orientación psicológica e información de actividades de la salud mental dirigido a profesionales, organizaciones y público en general que ofrece:

1. Respuesta a aquellas personas que requieran algún tipo de información relacionada con la salud mental.

Abarca los recursos que posee el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires a través de: Hospitales Monovalentes Psiquiátricos, los servicios de Salud Mental en los Hospitales Generales de Agudos, servicios de Salud Mental de Hosp.. Especializados, Centros de Salud Mental, Centros de Salud y Acción Comunitaria y actividades de prevención de la salud mental que se realizan en distintas sedes.

También aporta a la Dirección de Salud Mental el procesamiento de datos que obtiene de las llamadas, información de los consultantes y las problemáticas que enuncian.

2. Una escucha especializada para aquellas personas en situaciones de angustia, depresión etc., que requieren comunicarse y hablar con alguien.

3. Interviene en el dispositivo de Atención Domiciliaria Psiquiátrica Psicológica Programada en Situación de Crisis, recepcionando el pedido por parte del profesional médico

solicitante de la prestación, registrando los datos establecidos para ello y retransmitiendo al Coordinador de esta actividad la demanda formulada.

4. Informar sobre las actividades en materia científica y de capacitación que se organizan y realizan en los distintos sectores que integran la Red de servicios en Salud Mental.

SERVICIO DE AYUDA TELEFÓNICA EN DROGAS Y ALCOHOL (SADA) – 4861-5586

Servicio telefónico de contención, orientación e información específica, dirigido a toda aquella persona que necesite consultar problemas relacionados con el consumo de drogas y alcohol.

Dirigido a consumidores, familiares amigos y toda persona que requiera información sobre recursos asistenciales especializados, modos de tratamiento, orientación para actuar frente a situaciones de consumo incipiente o habitual, o encauzar hacia una alternativa que conduzca a la pronta atención de la situación.

Mediante el procesamiento de los datos que se adquieren de las comunicaciones establecidas, se elabora información específica acerca de la situación manifestada por los consultantes, frente a la problemática de las drogas y el alcohol.

Los Servicios telefónicos se constituyen en un nexo entre la población y el sistema de salud, recepcionando la demanda y orientándola hacia el recurso adecuado y más próximo de quien lo requiere. Dichos servicios se consideran un recurso más dentro de las múltiples propuestas preventivas que ofrece el Sistema de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Posibilita un primer acercamiento a los servicios de Salud Mental en forma fácil y directa, ahorrándole al vecino de la Ciudad tiempo y esfuerzo , intentando reducir la inequidad y ampliar la accesibilidad a los servicios preventivos y asistenciales.

Modalidad Operativa

Se destaca que no es una modalidad asistencial sino un sistema de comunicación de fácil acceso y pronta respuesta, donde pueden acudir profesionales, instituciones y vecinos para recibir orientación e información, acerca de cuál es el servicio más adecuado a su demanda.

Las líneas telefónicas son atendidas por operadores experimentados y capacitados para ofrecer contención y orientación a aquellas personas que atraviesan momentos de angustia o depresión, ya sea que sólo requieren ser escuchados, o bien que necesiten la información sobre un servicio específico.

Funciona de lunes a viernes de 8 a 20 horas; la atención telefónica, que es realizada en forma personal, posee un carácter anónimo y confidencial para quienes consultan.

Sin abandonar las premisas mencionadas, los operadores realizan un relevamiento de cada llamada, registrando datos que permiten elaborar un perfil de quienes consultan y sus necesidades, datos que se vierten en anualmente en un Boletín Informativo.

En el caso de Salud Mental Responde se requieren datos tales como: edad, sexo, motivo y desencadenante que origina la llamada, residencia, tratamientos anteriores / actuales, medicación, vínculo de quien realiza la llamada, fecha, estado civil y ocupación, complementando la información con el registro de la conclusión de esta comunicación, da duración de esta y si hubo o no derivación hacia un efector del sistema.

En el caso del Servicio de Ayuda Telefónica en Drogas y Alcohol, se consigna la fecha, fuente de la información sobre el servicio, vinculo de quien realiza la llamada, situación que provoca el llamado. Se registran los datos referidos a quien esta involucrado en la problemática, lugar de residencia, edad y sexo , ocupación, estado civil, situación familiar (con quien vive, si tiene hijos /hermanos) que sustancia consume y como la consume, tiempo de consumo, frecuencia, si realizó o no tratamiento psicológico, relación con la Justicia, antecedentes familiares en relación con adicciones, registrando finalmente si hubo o no derivación, lugar de derivación informado y duración de la comunicación.

Esta actividad establece una doble canalización de la información, dirigida a la comunidad y a la organización simultáneamente:

1. **A LA COMUNIDAD** – Brindando información y asesoramiento sobre la oferta de servicios de la Red de Servicios en Adicciones.

2. **A LA RED** – Recabando y procesando datos de la situación de los usuarios en la materia.

(5) Productos

Consolidación de instrumentos idóneos que posibiliten el desarrollo de acciones en materia de prevención.

Se deberá evaluar la adecuación de los resultados observados con los objetivos programados, lo cual está contemplado en la fase de evaluación. Estos resultados deben expresarse en **indicadores** que permitan comparar la situación existente al comienzo del proyecto (diagnóstico de situación) con la finalización de las etapas del mismo.

La evaluación de las actividades realizadas considerará tanto la eficacia como la eficiencia, la cobertura que realizó la actividad y los efectos del programa en relación a los objetivos y las metas propuestas, también se evaluarán los efectos colaterales e imprevistos de la actividad, las influencias extra e intrainstitucionales que favorecieron o perturbaron el desarrollo y los resultados del programa.

Se debe tener en cuenta la cantidad de población afectada a las acciones preventivas e intentado evaluar la significación que éstas tienen para la población y se seleccionarán indicadores que brinden información explícita y objetiva sobre el momento en que las metas son alcanzadas. Se debe tener en cuenta que los indicadores deben ser válidos (correspondencia entre la definición y la realidad) y confiables (variar en forma acorde con los logros del programa), es decir, que su interpretación dependa lo menos posible de quien los utilice.

De lo planificado se espera contar con instrumentos capaces de monitorear la evolución de los contextos apropiados para el desarrollo personal y comunitario de individuos, familias, instituciones. Todos estos con posibilidades de promover las actividades de grupos y personas para la solución de sus propios problemas, rescatando experiencias concretas y aprovechando al máximo sus propios recursos.

Otros efectos buscados radican en la descentralización de responsabilidades directas en lo asistencial, mediante la multiplicación y afianzamiento de respuestas de salud de la propia comunidad, en la investigación y capacitación de recursos humanos en programas de investigación-acción y la reforma de modalidades institucionales de trabajo, mejorando la utilización de los recursos disponibles.

Finalmente, los resultados buscados habrán de influir sobre las planificaciones en curso dentro de una concepción horizontal y descentralizada.

(6) Actividades – Recursos (Cuadro síntesis)

ACTIVIDADES	RECURSOS
<p><u>Area Institucional.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilización y motivación de los diferentes sectores y estamentos de los niveles centrales • Desarrollo de acuerdos conceptuales y consenso del marco teórico: visión y misión compartida • Conformación de equipos de trabajo interdisciplinarios • Relevamiento de todos los efectores y los equipos de prevención y de las actividades que realizan (perfil de los equipos) • Idem. de fortalezas y debilidades para la tarea y grado de desgaste (burn out) de los mismos • Implementación de grupos de reflexión sobre la tarea • Diseño de programas de capacitación sistemática y constante: <p><u>Area comunitario barrial.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y relevamiento participativo de demandas necesidades y prioridades • Realización de proyectos consensuados prioritarios • Ampliación de actividades comunitarias en cada área programática de los efectores de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo de la DSM - Salud, Educación, Desarrollo Social, Cultura, etc. • Area de prevención de la DSM -Diferentes sectores del área de Salud que desarrollen actividades de <i>prevención</i> • TSM (equipos de salud mental) de los efectores y otros profesionales que se desempeñen en tareas preventivas • Area de prevención de DSM y equipos interdisciplinarios de prevención (CESAC, C. S. Mental, etc.) • Area de prevención de DSM y equipos • Area de prevención DSM, profesionales invitados, equipos • Area de prevención DSM y Capacitación, profesionales del área de salud e invitados • TSM de los efectores – ámbito comunitario • Instituciones, grupos y referentes comunitarios sensibilizados

<ul style="list-style-type: none"> • Prevención y resolución de diferentes problemáticas en el contexto en que se producen • Aplicación de métodos, herramientas y dispositivos de salud mental para atención individual, grupal, familiar y comunitaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Instituciones y organizaciones comunitarias de todo tipo, gubernamentales, ONG, grupos informales, etc. • Equipos de prevención + comunidad
<p><u>Area trabajo.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reuniones con delegados gremiales, directivos de las empresas : diagnóstico de situación laboral • Organización de encuentros y grupos de reflexión de pequeños grupos de personal : actuar sobre las diferentes problemáticas detectadas • Elaborar estrategias y dispositivos de contención de las problemáticas dentro de la institución y con sus recursos humanos • Convocatoria a familiares de los trabajadores y personal afectados por diferentes trastornos (ej. alcoholismo, adicciones, violencia etc.): encuentros grupales y solución de problemas compartidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambitos familiares, grupales, institucionales y comunitarios • Equipo de prevención de área programática y/o CESAC correspondientes – diversos representantes de instituciones laborales • Idem anterior • Equipos de prevención de CESAC + personal y equipos de salud/obra-social de la institución
<p><u>Area Educación</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Articulación de actividades y programas con la Secretaria de Educación • Elaboración de actividades y programas en conjunto con la comunidad docente • Grupos de reflexión sobre la tarea docente • Grupos de reflexión con docentes, alumnos, padres, cooperadores : operar sobre las dificultades de la institución para prevención y promoción de las condiciones de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección de Salud Mental, Dirección de APS, directivos y TSM de A. Prog. Y CESAC y diferentes niveles del Area educativa de GCBA. • Idem anterior • Equipo de prevención CESAC+ area equivalente de educación (E.O.E.)+ docentes

<ul style="list-style-type: none"> • Promoción y realización de actividades y programas basadas en la temática de la marginalidad y la exclusión/inclusión de los jóvenes en el sistema educativo. • Promover adecuados niveles de contención en la institución escolar : evitar excesivas derivaciones y presuntos “pacientes” • Conformación de equipos de trabajo sobre orientación ocupacional-vocacional como dispositivo promocional-preventivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem. anterior • Idem anterior + padres y alumnos • (TSM) equipo de prevención de CESAC + E.O.E. • Equipo de prevención de CESAC + EOE (equipo de orientación del escolar)
--	---

(7) RECURSOS

➤ **Financieros**

Incorporación de personal necesario en el caso de resultar insuficientes los recursos actuales.

➤ **Físicos**

El programa no tiene requerimientos edilicios ya que se desarrollara en las instalaciones disponibles actualmente.

➤ **Humanos**

Se trabajara con equipos interdisciplinarios abarcando como radio de operación las respectivas Areas Programáticas de los efectores de origen de los que tendrán dependencia administrativa. En este caso se priorizan las áreas de acuerdo con los estudios epidemiológicos existentes en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, iniciando el programa con cuatro equipos como mínimo.

Se dictaran seminarios de capacitación para los profesionales que integren estos equipos, lo que dará mayor puntaje para la carrera profesional.

Estas unidades operativas tendrán dependencia **normativa** de la oficina de coordinación del sub-programa de Prevención, la que, a su vez, dependerá del Director del Programa de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

La selección de los recursos humanos se practicará priorizando al personal profesional dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Se podrá incorporar el personal que fuera necesario.

(8) Plan de Trabajo y Cronograma

1er. Año – Marzo-Diciembre de 2002.

1era. Etapa.

- Reunión con la Dirección de APS y de Salud Comunitaria para acordar acciones conjuntas. Convocatoria a los profesionales de Salud Mental que se desempeñan en el sector.
- Reuniones periódicas con frecuencia mensual con los profesionales de Salud Mental de todos aquellos efectores que desempeñan actividades de prevención (A. Programáticas, CESAC, UNASAD, equipos de prevención de Centros de Salud Mental, Hospitales Monovalentes y Servicios de S.M. de los Hospitales Generales y Especializados).
- Distribución de material teórico sobre la temática para la discusión.
- Inicio de recorrido y relevamiento de distintos efectores y de sus Equipos de Salud Mental y de las diferentes actividades que realizan los Trabajadores de Salud Mental.
- Reorganización de los Equipos de Salud Mental en los CESAC.
- Promoción en cada Centro o efector de la realización de un diagnóstico de situación de los equipos, actividades realizadas y relación con la comunidad a la que atienden: diagnóstico demográfico, situacional (geográfico), epidemiológico y social. Perfil de los diferentes equipos.
- Realización de diferentes dispositivos (talleres, grupos de reflexión) con los diferentes equipos sobre el “rol” del TSM en los CESAC y demás efectores en relación con la comunidad.
- Evaluación del grado de desgaste (“burn out”) de los profesionales de los diferentes equipos de cada uno de los efectores
- Idem. con las fortalezas y debilidades de los mismos para el desarrollo de la tarea
- Información y actualización a todos los equipos sobre la Ley 448 de Salud Mental, su reglamentación en curso y la fundamentación en la misma de la importancia de las actividades de prevención y de desarrollo comunitario como eje del modelo de salud propuesto.
- Idem Plan de Salud Mental, haciendo hincapié en la planificación propuesta en el Área de Prevención y Atención Primaria de la Salud Mental.
- Promoción de la participación en el Consejo General de Salud Mental de tres (3) representantes de los Equipos de Salud Mental de los CESAC.

2do. Año

2da. Etapa. Enero-marzo 2003

- Evaluación de los programas que se están desarrollando en los CESAC, Areas Programáticas y especialmente aquellos en la comunidad (escuelas, asociaciones, grupos formales e informales, etc.)
- Continuación de las reuniones periódicas mensuales con todos los representantes de los equipos
- Recorrido y relevamiento constante de todos los efectores del área
- Jornadas de presentaciones de trabajos de los diferentes equipos.
- Diseño de diferentes actividades de capacitación para el año.

3era. Etapa.

9 meses Marzo – Diciembre 2003

- Institucionalización de espacios periódicos de intercambio, reflexión, supervisión de la tarea en los equipos de salud de todos los efectores, (grupos Balint u otras modalidades) atendiendo a la salud mental y la prevención del desgaste (burn out) de los equipos.
- Propuesta de trabajo a desarrollar por los Equipos de Salud Mental acorde a lo planificado en el Plan de Salud Mental , en las distintas áreas: Comunidad Barrial, Instituciones, Educación, Trabajo, de los distintos grupos etéreos y situaciones de crisis vitales
- Diseño de programas de capacitación constante y en servicio de los equipos de salud/ salud mental, utilizando recursos docentes propios y/o invitando a otros profesionales, docentes e instituciones.
- Articulación con diferentes Cátedras de la Facultad de Psicología en temáticas de Prevención, Atención Primaria de la Salud Mental y Grupos.
- Promoción , articulación y derivación entre los CESAC y los Servicios de SM del Hospital de base, generando mecanismos de referencia y contrarreferencia con los coordinadores de Prevención de los Servicios , propiciando la existencia de un referente. Confección de una ficha de derivación.
- Rotación por los CESAC de Residentes y Concurrentes de SM.
- Rotación de Médicos Psiquiatras de los Hospitales Monovalentes (Borda- Moyano) por los CESAC, participando en las acciones comunitarias.
- Promover actividades y encuentros de articulación intersectorial con la Secretaria de Salud y sus instancias y equipos de trabajo, EOE (equipos de orientación escolar)
- Idem. con la Secretaria de Promoción Social, Cultura, Deportes, y toda otra instancia gubernamental que lleve adelante actividades en la comunidad.
- Continuación con los programas, acciones y actividades que se estaban desarrollando en la comunidad y diseño de otros nuevos en conjunto con ella, tendiendo a que la

comunidad no sea solo la *destinataria* de las acciones y procesos sino la *protagonista* de los mismos.

- Espacio singular para los TSM que trabajan en zonas de riesgo.
- Diseño e implementación de estrategias de epidemiología comunitaria (Centros de estudios locales -CEL- o ventanas epidemiológicas) : elaboración de “indicadores” para la realización de programas de actividades en la comunidad que sean acotados y evaluables.

3er. Año.

4to. Etapa – enero - marzo

- Evaluación de la etapa anterior.
- Evaluación de los equipos de salud mental
- Evaluación de las actividades de capacitación
- Evaluación de los programas comunitarios (evaluación interna (equipo) y de la misma comunidad)
- Programación de acciones a realizar para el nuevo año

5ta. Etapa. 9 meses. Marzo – Diciembre 2004

- Continuación de las actividades propuestas en el Plan de Salud Mental en las distintas áreas y otras que vayan surgiendo.
- Continuación con todas las actividades intra-equipo de salud.
- Idem con el recorrido y relevamiento constante y en el terreno de todos los efectores del área.
- Idem con las reuniones periódicas mensuales ya instituidas.
- Idem con las capacitaciones y diseño de otras, teniendo en cuenta la mayor o menor experiencia en terreno de los diferentes equipos.
- Promover la presentación de trabajos de los diferentes equipos basados en las actividades que se están realizando
- Elaboración de diferentes proyectos y programas de trabajo por parte de la comunidad en conjunto con los integrantes de los equipos.

4to. Año.

6ta. Etapa.- Enero a marzo

- Evaluación de lo realizado en todas las áreas.
- Presentación de trabajos que den cuenta de lo realizado tanto en los equipos de salud/salud mental, como en capacitación y en el desarrollo de programas comunitarios.

7ma. Etapa. 9 meses. Marzo – Diciembre 2005

- Continuación con todo lo realizado (en los equipos, capacitaciones y comunidad).
- Realización de ateneos y jornadas de trabajo de los equipos donde se pueda dar cuenta de lo realizado a través de presentaciones de trabajos por parte de cada Area Programática , CESAC o Región Sanitaria.
- En base a los datos relevados, sistematización de los mismos y realización de tareas de investigación en acción.
- Relevar el grado de impacto alcanzado por las acciones comunitarias. Resultados positivos: autonomía individual y colectiva de las personas y de los grupos y por lo tanto autonomía alcanzada por la comunidad.
- Idem. la capacidad de creatividad y autogestión comunitaria.
- Elaboración proyectos de capacitación de mediadores comunitarios.
- Capacitación de mediadores comunitarios.
- Confeccionar con la comunidad Ficheros comunitarios locales.

5to. Año.

8va. Etapa – enero-marzo

- Evaluación general de lo realizado en todas las áreas.
- Programación de acciones a realizar en el nuevo año.
- Del grado de afianzamiento en la tarea de los equipos.
- Del grado de capacitación de los mismos.
- Del grado de inserción en la comunidad y de su impacto.
- Fortalezas y debilidades relevadas en todos los ítems mencionados

9ª. Etapa – 9 meses

- Continuación con lo programado o modificado según la evaluación realizada en cada una de las áreas, teniendo en cuenta:
 - a) El grado de adaptación o desgaste de los equipos en la tarea,
 - b) El grado de capacitación y/o conocimiento del terreno, y
 - c) del resultado de sus acciones en la comunidad
- Monitoreo *en y con* la comunidad de todas las actividades y programas que se están llevando a cabo en la misma, teniendo en cuenta su sostenimiento y/o mejoramiento y la posibilidad de ampliación a otros grupos poblacionales
- Capacitaciones de mediadores comunitarios.
- En base a la experiencia y conocimiento previo tanto de los equipos como en la comunidad, diseño y desarrollo de nuevas actividades y programas.
- Monitoreo y evaluación final de todo lo realizado.

ESTRUCTURA DEL PLAN

**CAPACITACION DEL
RECURSO HUMANO
E
INVESTIGACION
EN SALUD MENTAL**

C. III) CAPACITACIÓN DEL RECURSO HUMANO E INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL

(1) Introducción

La presente propuesta, acorde a la Ley de Salud Mental, parte de la necesidad de una formación integral del recurso humano que desarrolle su accionar en el campo de la salud mental donde se integren y articulen las principales corrientes del pensamiento actual en psicología, psicoanálisis, psiquiatría, sociología, antropología y filosofía, intentando superar las tendencias dogmáticas y los posicionamientos teóricos que obstaculizan el avance del conocimiento científico.

La posibilidad de integración de los distintos “saberes” supone un pensamiento abierto que permita incorporar nuevos aportes y una adecuada articulación entre teorías y prácticas que redunde en beneficio de una mayor flexibilidad de los abordajes terapéuticos y, por ende, de una mayor eficacia en sus resultados. Es imprescindible la existencia de espacios de encuentro de los profesionales que se desempeñan en el ámbito de la salud mental que permita evaluar que se piensa, que se hace y que resultados se obtienen en la práctica clínica y constatar que distancia existe entre la lectura teórica de una situación o conflicto determinado, respecto de la intervención o forma de operar sobre los mismos.

De igual modo, la capacitación en investigación requiere que los resultados de los estudios realizados apunten a una transformación de la realidad actual, donde los aportes provengan de inserciones concretas en el campo de la salud mental, superando así la disociación entre investigadores y “empíricos”.

La investigación deberá centrar su eje en las patologías prevalentes y la problemática social de las poblaciones en riesgo, desarrollando estudios epidemiológicos, evaluación y comparación de resultados terapéuticos, etc., a fin de dar respuesta efectiva a las necesidades más inmediatas, estableciendo prioridades, flexibilizando y adecuando los abordajes terapéuticos.

Un nuevo perfil epidemiológico, con irrupción de las llamadas “nuevas patologías”, como las adicciones, las distintas formas de violencia, los trastornos de la alimentación entre otras, obligan a analizar las sucesivas readecuaciones de la práctica clínica y diseñar instrumentos efectivos para abordar estas problemáticas.

Las diferentes situaciones que los trabajadores del área de salud mental deben resolver en su práctica cotidiana exigen también un nuevo perfil profesional.

(2) Diagnostico de la Situación

La Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires (N° 448/00) asigna a la Dirección de Salud Mental, autoridad de aplicación, la misión de promover la docencia y la investigación en los efectores del área así como **adecuar el perfil del recurso humano para el desarrollo de un nuevo modelo de atención de la salud mental de la población**, que permita cumplir con las políticas fijadas.

Si bien en los últimos años se han realizado avances en la capacitación y actualización del recurso humano del área, especialmente en lo referente a las nuevas patologías mencionadas (adicciones, violencia familiar, Sida, trastornos alimentarios, etc.), todavía se observan ciertas carencias o distorsiones en la formación de los profesionales y en el bagaje de recursos teórico-técnicos de los que disponen para abordar las distintas problemáticas.

Analizando la producción de los servicios de salud mental y el tipo de actividades que en ellos se realiza, se puede delinear el siguiente perfil:

- Una orientación dirigida a los tratamientos individuales en detrimento de los grupales o familiares.
- Dificultad para planificar los tratamientos y delimitar objetivos, tendiendo éstos a prolongarse en el tiempo.
- Poca experiencia para intervenir en situaciones de crisis

- Exclusión de ciertos grupos etáreos, (como los mayores de 60 años y el grupo de 12 a 16 años) y de las patologías más graves o cronicadas
- No hay evaluación de los tratamientos realizados ni seguimiento de los pacientes egresados
- Pocas acciones en el campo de la prevención y promoción de la salud mental así como en el de la rehabilitación
- Desconocimiento de la epidemiología de los trastornos mentales y del comportamiento en la población de la ciudad
- Escasa formación para los abordajes de las problemáticas comunitarias
- Muy limitada actividad en el área de investigación.
- La docencia está centrada predominantemente en la formación clínica con orientación psicoanalítica.

(3) Propuestas para el nuevo perfil del trabajador de salud mental

A partir de estas observaciones, se considera que para permitir el cumplimiento de lo establecido tanto en la Ley 448/00 como en el Plan de Salud Mental para la Ciudad de Buenos Aires, los profesionales de la salud mental deberían estar en condiciones de:

- Abordar los procesos de salud y enfermedad desde una dimensión amplia y abarcativa que integre los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales.
- Diagnosticar alteraciones de la salud mental en individuos, familias y grupos.
- Realizar diagnósticos situacionales y planificar la estrategia más adecuada para modificar el problema que origina la consulta
- Intervenir terapéuticamente en las alteraciones antes mencionadas.
- Identificar situaciones que puedan originar trastornos mentales y/o del comportamiento en individuos, familias y grupos y actuar preventivamente.
- Diagnosticar e intervenir en los problemas de salud mental de todos los grupos etáreos y etapas de la vida.
- Desarrollar cuidados de la salud mental en todos los niveles de atención con la finalidad de promover, proteger, recuperar y rehabilitar la salud mental de la población.
- Adecuar su accionar profesional al perfil dinámico de la población y la emergencia de nuevas patologías, como consecuencia de cambios demográficos, crisis económicas, etc.
- Conocer los modos de acceder a la comunidad para realizar las actividades de promoción y prevención.
- Conducir tratamientos individuales, familiares y grupales estableciendo criterios de finalización de los mismos
- Resolver las interconsultas solicitadas por profesionales de otras especialidades, contemplando las variables individuales, familiares e institucionales
- Intervenir en crisis y en situaciones de urgencias y/o emergencias en pacientes con patología aguda o episodios agudos en pacientes crónicos, incluyendo atención domiciliaria
- Participar en los procesos de rehabilitación y resocialización de los pacientes
- Asesorar y supervisar instituciones con alto riesgo de originar trastornos mentales y del comportamiento (residencias geriátricas, cárceles, reformatorios, escuelas diferenciales, etc.)
- Conocer la realidad sanitaria nacional y de la ciudad, incluyendo planes y programas nacionales y locales, la epidemiología de los trastornos mentales y del comportamiento, las necesidades de la población y recursos disponibles en el área de salud mental (sector público, privado y de la seguridad social
- Conocer los aspectos legales de la actividad profesional así como las leyes vigentes: Ley Básica de Salud (N° 153) y Ley de Salud Mental (N° 448) de la Ciudad de Buenos Aires
- Utilizar las Clasificaciones Diagnósticas recientemente unificadas a nivel internacional (CIE-10 y DSM IV)

- Administrar adecuadamente los recursos farmacológicos de acuerdo a las últimas actualizaciones (médicos psiquiatras)
- Proyectar y desarrollar trabajos de investigación clínica y epidemiológica.
- Integrar equipos interdisciplinarios para el abordaje de las distintas problemáticas ya sea en la asistencia, la docencia y/o la investigación
- Comparar las principales escuelas y teorías existentes en el campo de la psicopatología y la salud mental así como evaluar los resultados obtenidos con las diferentes técnicas y abordajes terapéuticos
- Articular su accionar con otros sectores como desarrollo social, educación, justicia, etc.

(4) Objetivos Generales

- Lograr la adecuación o reconversión del recurso humano que se desempeña en los distintos efectores de salud mental de la Ciudad, **apuntando al perfil establecido anteriormente.**
- Promover una adecuada articulación entre teoría y práctica, mayor flexibilidad en los abordajes terapéuticos y eficiencia en los resultados.
- Facilitar espacios de encuentro que permitan el intercambio y la reflexión acerca de las diversas prácticas clínicas y la emergencia de nuevas patologías.
- Estimular la investigación aplicada a los Servicios de Salud que permita conocer y dar respuesta efectiva a las necesidades de la población demandante.

(5) Objetivos Específicos

- Intervenir en la capacitación continua de los profesionales del área así como en la programación y evaluación de los sistemas de residencias y concurrencias en salud mental.
- Relevar y difundir la información referente a las actividades docentes y de investigación que se desarrollan en los distintos hospitales y otras instituciones de la especialidad.
- Organizar e implementar una red de capacitación e investigación estimulando la integración y complementación entre los efectores y la optimización de los recursos docentes.
- Proponer, organizar y ejecutar acciones docentes e investigaciones en las áreas consideradas prioritarias y no cubiertas por los efectores de salud mental.
- Jerarquizar y reformular los sistemas de capacitación de post-grado (residencias y concurrencias) conjuntamente con la Dirección de Capacitación de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Mantener conexiones y establecer convenios con organismos públicos y/o privados dedicados a la investigación y capacitación del recurso humano en salud mental.
- Incentivar y desarrollar trabajos de investigación epidemiológica, clínica y social vinculados a las problemáticas de salud mental y al sistema de atención (abordajes terapéuticos, resultados) con el fin de establecer prioridades y adecuar la respuesta de los efectores a las necesidades de la población.

(6) Acciones a Desarrollar

- **Cronograma**

Primera Etapa (12 Meses)

- Relevamiento de todas las actividades docentes y de investigación que desarrollan los distintos efectores.
- Desarrollo de acciones docentes (cursos, seminarios, jornadas) sobre las temáticas no cubiertas y consideradas prioritarias.
- Reuniones periódicas con los coordinadores de docencia e investigación de los diferentes efectores a los fines de unificar criterios sobre las acciones a implementar.
- Reuniones periódicas con la Dirección de Capacitación a los fines de coordinar acciones con respecto a los sistemas de residencias y concurrencias en el área de salud mental.
- Aprobación de los programas para las Residencias y Concurrencias en los servicios de salud mental y hospitales de la especialidad, en conjunto con la Dirección de Capacitación
- Visitas periódicas a los efectores que integran el sistema y reuniones con los Instructores de Residentes y Concurrentes con el objeto de supervisar el desarrollo de las acciones programadas
- Organización de encuentros dirigidos a todos los trabajadores del área para la difusión de la Ley 448

Segunda Etapa (12 Meses)

- Determinación de los criterios de acreditación de los Servicios de Salud Mental para desarrollar programas de formación de concurrentes y/o residentes, de acuerdo a los lineamientos y normativas establecidos
- Supervisión y evaluación de los sistemas de Residencias y Concurrencias en Salud Mental, en conjunto con la Dirección de Capacitación
- Reuniones con los coordinadores de docencia e investigación de cada efector con el fin de consolidar la red de capacitación.
- Organización de encuentros dirigidos a todos los trabajadores del área para la difusión del Plan de Salud Mental
- Articulación e intercambio con otros organismos vinculados a la capacitación del recurso humano y la investigación en salud mental (universidades, instituciones o sociedades científicas).
- Diseño del proyecto y desarrollo de una investigación y sistema de información epidemiológica en salud mental que involucre a todos los efectores del sistema.
- Diseño e implementación de una ficha clínico-epidemiológica para ser utilizada por todos los efectores de salud mental con el fin de facilitar estudios ulteriores.
- Reuniones con los responsables del área epidemiológica de cada efector participante
- Organización y desarrollo de cursos de capacitación en salud mental para el personal de enfermería y trabajo social
- Promoción e implementación de acciones docentes y de investigación para todos los trabajadores del área de salud mental, de acuerdo a las políticas establecidas, sobre las siguientes temáticas:
 - Admisión y diagnóstico de situación.
 - Atención en crisis.
 - Abordajes grupales y familiares.

- Terapias de objetivos limitados.
- Internación y asistencia domiciliaria.
- Urgencias y emergencias
- Atención de adultos mayores.
- Epidemiología y Salud Pública
- Prevención y abordajes comunitarios.
- Impacto de los desastres
- Psicología institucional y organizacional
- Rehabilitación y resocialización.
- Bioética en Salud Mental
- Clasificaciones diagnósticas (CIE-10 y DSM-IV)

Tercera Etapa (12 Meses)

- Continuación de las visitas a los efectores de salud mental y reuniones periódicas con: Coordinadores de Docencia e Investigación, Responsables de Epidemiología, Instructores de Residencias y Concurrencias, Dirección de Capacitación, a los fines de monitorear el desarrollo de las tareas.

Cuarta etapa (24 meses)

- Evaluación de los resultados alcanzados en las dos primeras etapas.
- Consolidación de los objetivos propuestos o corrección y ajuste de los mismos.
- Propuesta de nuevos objetivos para la prosecución del plan.

(7) Lineamientos Generales Para Los Sistemas de Formación de Postgrado en el Área de Salud Mental

➤ Residencias

Se define a la residencia como un sistema remunerado de capacitación de post-grado a tiempo completo, con actividad asistencial programada y supervisada, que permita a profesionales de reciente graduación adquirir la competencia adecuada para su accionar futuro en el campo de la psicopatología y la salud mental.

Este sistema de capacitación de post-grado se caracteriza por los siguientes principios: capacitación en servicio, supervisión del proceso enseñanza-aprendizaje y delegación creciente de responsabilidades profesionales.

Toda tarea asistencial asignada se instrumentará con un criterio formativo, no debiendo los residentes cubrir carencias de la institución. A partir de la formación teórica irán operando sobre la problemática para la cual se capaciten, articulando la teoría con la práctica e integrándose al equipo interdisciplinario.

La supervisión debe ser periódica y regular, garantizando además un espacio para la reflexión grupal sobre la tarea y la inserción institucional. Asimismo, se incluirán presentaciones en ateneos clínicos y reuniones bibliográficas.

Es conveniente que el aprendizaje se inicie por el estudio de los cuadros agudos y/o los motivos de consulta más frecuentes, en lugar de los pacientes crónicos con mayor deterioro; por lo tanto, las primeras experiencias deberían ser hechas en los consultorios externos con pacientes ambulatorios.

En el curso de su formación los residentes cumplirán rotaciones por efectores de distintas modalidades de atención (hospitales monovalentes psiquiátricos, hospitales generales de agudos y centros de salud y acción comunitaria) y por los diferentes sectores como consultorios externos, hospital de día, guardias psiquiátricas y generales, salas de internación psiquiátrica o de otras especialidades).

Las diferentes rotaciones y su secuencia serán planificadas de acuerdo al efector por el cual se produzca el ingreso del residente: hospital psiquiátrico, hospital general de agudos y hospital especializado de niños. Los profesionales que ingresen a residencias pertenecientes a Servicios que no tengan internación y/o guardia psiquiátrica deberán contemplar la rotación por algún hospital que cuente con estas modalidades de atención. Aquellos que ingresen a un hospital psiquiátrico deberán rotar por un hospital general para la formación en interconsulta con otras especialidades.

La secuencia de los cursos y rotaciones podrá variar siempre que se respeten los lineamientos generales establecidos en cuanto a la progresión del aprendizaje. Si bien la residencia actualmente está dividida en especializaciones en adultos y niños, es conveniente que los profesionales conozcan la problemática y características de los distintos grupos etáreos, recibiendo formación teórico-práctica en las áreas Infanto-Juvenil y Geriátrica. Asimismo, se brindará un panorama amplio y no excluyente de la diversidad de escuelas, teorías y abordajes técnicos existentes actualmente en el campo de la psicopatología y la salud mental.

En cuanto a los docentes y supervisores, ya sean profesionales de la institución o invitados deberán estar compenetrados con los objetivos y la orientación de la formación del residente. Se aplicarán técnicas pedagógicas actualizadas y otros recursos que faciliten la enseñanza (grupos de discusión o reflexión, talleres, cámara Gesell, videos, observación directa de entrevistas diagnósticas familiares o grupales, coterapias, etc.)

Asimismo, deberá realizarse una acreditación de los efectores de psicopatología y salud mental con la finalidad de establecer las condiciones que deben reunir para poder garantizar la adecuada formación de profesionales residentes.

Por otra parte, es conveniente que el sistema de selección de postulantes a la residencia (actualmente regido por la Ordenanza N° 40997/85), ya sean médicos, psicólogos, psicopedagogos, musicoterapeutas, terapistas ocupacionales, etc., contemple, en un futuro, la posibilidad de ser entrevistados por los jefes de servicio y/o coordinadores del área de docencia de la institución a la cual serán destinados, a los fines de evaluar las condiciones del candidato y prever futuros

conflictos interpersonales que den origen a deserciones. Se buscará promover la integración de los profesionales residentes a los Servicios de Salud Mental a través de su participación en las supervisiones, ateneos clínicos, reuniones de equipo y otras actividades habituales de los mismos.

En lo que respecta a la evaluación del Sistema de Residencias deberán diseñarse los instrumentos (exámenes, coloquios, cuestionarios, monografías, etc.) que permitan evaluar tanto el aprendizaje como la enseñanza, juzgando la calidad de los recursos humanos capacitados, la efectividad de los programas para lograr los objetivos propuestos, así como el desempeño de los docentes. Esta evaluación deberá ser periódica para modificar lo que sea necesario, desde los contenidos de los programas hasta los objetivos de los mismos y se hará en forma conjunta con la Dirección de Capacitación a los fines de proponer modificaciones que faciliten la operatividad de los dispositivos de capacitación y de asistencia.

Los sistemas de formación de post-grado deben contemplar un nuevo marco histórico de referencia, la ley de Salud Mental (448/00) y el Plan de Salud Mental para la Ciudad de Buenos Aires, por lo cual las reformulaciones posibles deberán ser aprobadas por la Dirección de Salud Mental y articuladas con la Dirección de Capacitación, atento a la responsabilidad que la ley le asigna a la primera, como autoridad de aplicación, en lo referente al tema de la capacitación en el sistema.

Dada la particularidad de las residencias en los efectores de Salud Mental, donde se capacita simultáneamente a profesionales con muy diferente formación previa como médicos, psicólogos, psicopedagogos, terapeutas ocupacionales, musicoterapeutas, etc., los programas respectivos tendrán contenidos generales, compartidos por todos los profesionales, y contenidos específicos para cada disciplina. Asimismo, es conveniente que algunas actividades de la residencia sean desarrolladas en forma conjunta con los profesionales de planta del servicio (ateneos, supervisiones), con el objeto de posibilitar su integración progresiva a la institución.

Los objetivos propuestos para los programas de formación de residentes en el área de salud mental podrán lograrse en tanto exista consenso para su cumplimiento y se encuentren comprometidas en esta tarea todas las instancias involucradas en el mismo: residentes, jefes e instructores de residentes, docentes, Comités de docencia e investigación de los hospitales, Dirección de Capacitación y Dirección de Salud Mental.

➤ **Concurrencias**

Si bien los lineamientos generales establecidos para la formación de los Residentes en Salud Mental pueden ser extendidos a los profesionales que acceden a las Concurrencias en necesario considerar que existen diferencias considerables entre ambos sistemas, en lo que se refiere a la remuneración y la carga horaria.

La concurrencia es un sistema no remunerado de capacitación profesional de post-grado de 5 años de duración, **a tiempo parcial**, desarrollado bajo condiciones de programación y supervisión, con el objetivo de formar profesionales capacitados para su accionar futuro y en beneficio de la comunidad.

La necesidad de ajustar la formación de los profesionales Concurrentes a programas elaborados a partir de los lineamientos del Plan de Salud Mental y el diagnóstico de situación del sistema actual de concurrencias apunta a lograr los siguientes objetivos:

- Jerarquización del sistema de concurrencias, definiéndolo como un sistema no remunerado de capacitación profesional de post-grado.
- Evitar que los profesionales concurrentes cubran déficit y carencias del servicio.
- Establecer criterios de acreditación de los efectores de salud mental para estar en condiciones de ejercer una tarea docente de esta magnitud.

Se considera que un programa de capacitación integral debe contemplar la articulación de la formación teórica con la clínica, la práctica institucional y la demanda de la población, en una secuencia de complejidad creciente que atraviese los cinco años de formación.

Asimismo toda tarea asignada debería instrumentarse con un criterio formativo, asegurando la supervisión, no debiendo los profesionales concurrentes cubrir carencias de la institución en lo referente a la atención de la demanda.

Debe tenerse presente que el concurrente ingresa a un Servicio, no a un equipo o sector dentro de éste, y los programas deben contemplar su rotación por diferentes áreas durante los 5 años de duración en una secuencia de complejidad creciente y garantizando las condiciones necesarias para su formación.

Los Concurrentes que ingresen a Servicios que no tengan internación y/o guardia psiquiátrica deberán contemplar la rotación por algún hospital que cuente con estas modalidades de atención. Aquellos que ingresen a hospitales psiquiátricos deberán rotar por un hospital general para la formación en interconsulta con otras especialidades. En ambos casos se incluirá la rotación por un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CESAC)

La rotación por los CESAC debe dirigirse a los programas comunitarios de promoción y prevención en salud mental que se realicen y no a lo asistencial que replica la atención de consultorio externo hospitalario.

Es función de los Instructores de Concurrentes la elaboración de los programas, dentro de los lineamientos establecidos en el Plan de Salud Mental. Los programas deberán incluir, para cada año de la Concurrencia, los objetivos docentes, los cursos teóricos adjuntando el programa analítico, la descripción de las actividades a desarrollar, el cronograma con distribución horaria así como la metodología de evaluación de los concurrentes para su promoción al año siguiente.

En cuanto a los contenidos teóricos del programa, además del eje clínico sobre el que se basa la formación actual, deberán incorporarse algunas temáticas como: técnicas grupales, terapias breves o focalizadas, epidemiología y salud pública, psicología institucional, atención primaria de la salud y metodología del abordaje comunitario.

Los programas tendrán una parte general, común a todos los profesionales, y una parte específica para cada disciplina (médicos, psicólogos, psicopedagogos, etc.)

Los aspirantes a Concurrentes podrán consultar los programas de cada Servicio, aprobados por las Direcciones de Salud Mental y Capacitación, a fin de informarse sobre la orientación y funcionamiento de cada efector.

ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS:

- Lineamientos para los Programas Docentes de las Residencias en Salud Mental; Bonino, Luis y Roca, Ana; Buenos Aires, 1987.
- Una propuesta de reconversión del recurso humana en el área de Salud Mental de los hospitales de la Ciudad; Gola, Carmen y Roca, Ana; Buenos Aires, 1994.
- Recomendaciones acerca de los programas de Residencias en Psiquiatría y Psicología Clínica (Comisión de Evaluación de Programas de Residencias en Salud Mental); Del Olmo Nieto, Chamó, Fahrer, Lazo, Pintos, Roca, Soriano; Buenos Aires, 1996.

ESTRUCTURA DEL PLAN

C. IV) EVALUACION Y AUDITORIA EN SALUD MENTAL

C. IV) Evaluación y Auditoría en Salud Mental

(1) Introducción

Tal como se expresa en la Introducción General de este Plan, se promueve el abordaje de las problemáticas de Salud Mental de manera amplia e integral, incluyendo en las prácticas profesionales una diversidad de enfoques y teorías, de métodos y técnicas de probada eficacia. Asimismo se propone, desde el punto de vista sanitario-asistencial, un sistema de servicios organizado en red "...que contemple todos los niveles de atención en sus aspectos preventivos, asistenciales y rehabilitatorios, de calidad y accesibles a toda la población" (Introducción General, Cap. I).

En el presente Capítulo se despliegan las herramientas de evaluación y auditoría que se implementan actualmente y que arrojan un perfil de la productividad y rendimiento de los diferentes sectores del sistema, entendiéndose por esto el "grado de eficiencia". También se incluyen los instrumentos que permiten evaluar la efectividad de las "unidades de producción de servicios" (Servicios de Salud Mental, Equipo de Salud Mental, Equipo interdisciplinario, etc..)

Todo el proceso de evaluación considera la organización de estas unidades, el modo de operatividad y las funciones para las que fueron diseñadas, como así también la relación lograda entre la demanda de la población y su satisfacción.

En el presente Capítulo se pone énfasis en las herramientas para la evaluación de los efectores que integran la Red de Salud Mental. Los distintos programas propuestos en el Plan contemplarán sus indicadores específicos para evaluar su desarrollo y resultados.

(2) Calidad de la Atención

Para poder evaluar la calidad de atención de la salud mental de la población es necesario establecer los objetivos a lograr y los medios más adecuados para alcanzarlos.

El objetivo es, básicamente, mantener, restaurar y promover la salud mental de la población. Los medios son un conjunto de intervenciones que se evalúan por su efectividad, su costo y el grado de aprobación del usuario en particular y la población en general.

En el área de la Salud Mental garantizar un nivel dado de calidad es de una complejidad tal, por los contenidos subjetivos del proceso, que no siempre resulta posible, pero sí se puede aspirar a conservar y mejorar la calidad de la atención que se brinda.

Se puede definir la calidad como el grado de capacidad de una organización para satisfacer las necesidades o demandas de la población destinataria de los servicios.

La garantía de calidad, en un sentido amplio, está compuesta por dos elementos:

- **El diseño del sistema o modelo de gestión**
- **El monitoreo del desempeño**

El **diseño del sistema** incluye todas aquellas características que se considera que contribuyen a la calidad de atención de la salud mental de la población.

Una de esas características es la modalidad de selección o incorporación del recurso humano, la formación de post-grado y el entrenamiento en servicio, así como la necesidad de mantener el desempeño de los profesionales bajo revisión permanente.

Otra de las características es el proceso de acreditación de los efectores de Salud Mental de acuerdo a estándares previamente establecidos por comisiones de expertos, que les permite a los Hospitales o Servicios calificar como sitios de educación básica o entrenamiento de especialidad.

En un sentido aún más amplio, **el diseño del sistema** incluye las características que actúan sobre el comportamiento y satisfacción de los destinatarios reales o potenciales de la atención, es decir los usuarios del sistema. Esto incluye la capacidad, cantidad y localización de los efectores de salud mental que permiten la accesibilidad de la población a los servicios tanto en sus aspectos económicos como culturales.

Sin embargo, para hacer una evaluación más precisa que se acompañe de las modificaciones correspondientes, es necesario incorporar otro componente: **el monitoreo del desempeño**.

El monitoreo del desempeño del sistema comprende dos aspectos fundamentales:

- Evaluar la calidad del desempeño
- Adoptar las medidas para corregir las desviaciones en relación con los estándares de calidad establecidos

Es importante señalar que **el diseño del sistema y el monitoreo del desempeño** son componentes inseparables que se influyen mutuamente. No es probable que el monitoreo resulte efectivo en un sistema perverso, del mismo modo que sin monitoreo no se puede conocer el desempeño del sistema ni como mantenerlo dentro de un determinado curso cuando aparezcan las desviaciones previsibles.

(3) **Objetivo General**

Evaluar periódicamente la estructura, los procedimientos y los resultados de los Servicios y Programas de Salud Mental y producir las modificaciones necesarias en el funcionamiento y organización de los efectores del sistema y los programas en desarrollo con la finalidad de lograr un mayor impacto en los indicadores de salud mental de la población.

(4) **Objetivos Específicos**

- Elaborar y/o actualizar los instrumentos e indicadores de evaluación de los efectores de Salud Mental y de los programas en desarrollo.
- Establecer, con la participación de los efectores involucrados, las normas necesarias que permitan mejorar el funcionamiento de los distintos Servicios, su auditoría y la evaluación de los programas desarrollados.
- Verificar el cumplimiento de las normas establecidas.
- Evaluar periódicamente la estructura de los recursos humanos y materiales, de los procedimientos implementados y de los resultados obtenidos en los distintos efectores de la Red de Salud Mental.
- Proponer y/o implementar estudios para evaluar la calidad de la atención que incluyan la satisfacción del usuario.
- Monitorear el desarrollo de los programas en curso, evaluando periódicamente sus resultados e impacto en la salud mental de la población.
- Determinar las modificaciones necesarias a partir de la evaluación de los efectores y programas y sus indicadores de rendimiento y calidad.
- Mantener actualizada la información cuanti-cualitativa sobre los recursos humanos y materiales en el área de Salud Mental.
- Releva y sistematizar la información epidemiológica y estadística referente a las prestaciones del área de Salud Mental, diseñando los instrumentos de registro, procesando los datos y estableciendo indicadores de rendimiento y parámetros de calidad de la atención.

(5) Diseño del Sistema

El diseño del sistema o modelo de gestión debe incluir los objetivos buscados, los dispositivos técnico-operativos y los resultados esperados.

La efectividad del sistema propuesto se observará si el mismo produce los beneficios esperados por la población. La eficiencia depende de la comparación entre los costos de la prestación y los beneficios logrados.

Se puede hablar también de “eficiencia en la producción”, cuando se miden los bienes y servicios que un sector pone a disposición de los profesionales que trabajan en él. Pero esto se debe articular con el concepto de “eficacia clínica” que juzga el grado en que se prescribe o proporciona atención innecesaria o excesivamente costosa.

La gestión clínica es la actividad realizada por los profesionales, dirigida a optimizar los resultados de la práctica clínica y para ello deben participar en la organización de los efectores de salud buscando la mejor utilización de los recursos disponibles y convirtiéndose en verdaderos gestores de los servicios prestados.

(6) Monitoreo del Desempeño

El monitoreo es un procedimiento analítico que tiene por fin producir información sobre las acciones programadas y sus consecuencias o resultados.

Las herramientas evaluativas que componen este apartado han sido diseñadas para medir magnitud y frecuencia de las prácticas profesionales como así también establecer un perfil de la demanda y del costo de la atención. También se han establecido las condiciones que deben reunir los efectores de salud mental, a través de estándares previamente establecidos, para poder funcionar en forma adecuada y eficiente brindando a la población una atención de calidad aceptable.

La auditoría o evaluación de la calidad debe incluir el gasto pero no agotarse en él limitándose a una fiscalización del mismo, sino incorporando aspectos fundamentales, como el análisis de la accesibilidad a los servicios de salud mental, la oportunidad de la atención que se brinda y la satisfacción del usuario, entre otros.

Las herramientas diseñadas, que forman parte del presente capítulo, son las siguientes:

- Normatización de actividades y organización
- Sistema Estadístico en Salud Mental
- Guías de Evaluación y Acreditación de Servicios
- Historia Clínica Unica
- Nomenclador en Salud Mental

Cabe señalar que, además de los instrumentos elaborados en la Dirección de Salud Mental, se utilizarán para la evaluación otros medios o pautas como:

- 1) La Serie de Instrumentos para evaluar la calidad de la atención en Salud Mental, según recomendaciones del grupo de expertos reunidos en Ginebra en 1990, adaptadas por OPS para su utilización en América Latina
- 2) Las pautas establecidas para la habilitación y acreditación de establecimientos de salud por la Dirección Gral. de Regulación y Fiscalización de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

(7) Fuentes de Información

Toda la actividad de monitoreo y evaluación del funcionamiento de un sistema depende de la disponibilidad de la información precisa y actualizada. Para esto la Dirección de Salud Mental cuenta con herramientas de recolección de datos actualizadas en su diseño. Las modalidades de implementación de estas herramientas suelen presentar diferentes grados de dificultad, en particular en lo que respecta al registro estadístico de las prestaciones y al relevamiento de los datos demográficos y clínico-epidemiológicos.

Las historias clínicas, que deberían ser la fuente más frecuente de información para evaluar la efectividad de las intervenciones realizadas, suelen ser deficientes, incompletas y poco precisas. Por lo tanto, las visitas a los efectores y la observación directa del funcionamiento de los mismos constituyen un aporte de inestimable valor para la evaluación del sistema.

Recientemente, una Comisión de expertos ha reformulado el sistema de registro estadístico de prestaciones para los Consultorios Externos de Salud Mental, estableciendo definiciones operativas para cada una de las prestaciones, lo que constituye un hecho histórico al incorporar las actividades realizadas por todos los profesionales que integran el equipo interdisciplinario

A partir del año 2000 las prestaciones realizadas por todos los integrantes del equipo en los Consultorios Externos de Salud Mental de los hospitales del Gobierno de la Ciudad se publican por separado del resto de las consultas médicas, implicando un reconocimiento de la especificidad de la tarea y del trabajo interdisciplinario en el área de salud mental.

(8) Normatización de Actividades y Organización para los Consultorios Externos de Salud Mental

Las siguientes normas han sido acordadas en las reuniones mensuales mantenidas con los Directores de Hospitales Monovalentes de Salud Mental y Jefes de Servicios de Salud Mental de Hospitales Generales de Agudos durante el año 2002.

Admisión: el servicio contará con un equipo o un sistema de admisión. El flujograma debe establecer cómo ingresa el paciente a un plan de tratamiento, la modalidad del mismo (individual, grupal, familiar) y su seguimiento, en el caso que corresponda. La admisión estará a cargo de un equipo, preferentemente interdisciplinario, integrado por los profesionales de mayor experiencia en la especialidad. Las personas que consultan por primera vez serán atendidas en el momento, evitando la formación de listas de espera para la admisión.

El diagnóstico abarcará, en todos los casos los aspectos clínicos individuales, familiares y sociales.

Circulación de pacientes dentro de la Red de Salud Mental: las derivaciones entre Servicios, desde los Cesac y desde los SOE (*) hacia los Servicios, se hará en forma personalizada por el jefe, o a través del profesional que designe, a fin de que los pacientes sean recibidos por un profesional específico, con resumen del estado actual y diagnóstico presuntivo. (Ficha de derivación)

(*) Servicio de Observación y Evaluación de pacientes derivados por el Poder Judicial.

Duración de las entrevistas y tratamientos ambulatorios:

La duración de las entrevistas de admisión, diagnósticas y/o terapéuticas deberá ajustarse a lo establecido en las definiciones operativas de cada prestación incluida en el Sistema de Registro Estadístico de Salud Mental.

La duración establecida para los tratamientos es la siguiente:

- Psicoterapia individual: el plazo máximo será de 6 meses (30 sesiones aproximadamente), con adecuada supervisión. Este plazo será renovable por igual periodo, con acuerdo clínico del Jefe de Servicio o Equipo, siendo ésta la excepción y no la norma.
- Psicoterapia familiar: el plazo máximo será de 6 meses, con renovación en iguales condiciones que la psicoterapia individual.
- Psicoterapia grupal: el plazo máximo será de 1 año.

En patología crónica: deberán establecerse dispositivos que permitan el seguimiento y control de acuerdo a la evolución del paciente.

Los tratamientos en curso deberán ser supervisados periódicamente.

Funciones de la jefatura: planificar actividades, coordinar y supervisar la admisión, el tratamiento, la evolución y el seguimiento de los pacientes, en las diferentes modalidades de abordaje, a fin de controlar déficit o excesos. También es función del Jefe del Servicio la administración y organización de los recursos humanos, la evaluación periódica de las Historias Clínicas y verificar el cumplimiento de las normas establecidas. El Jefe de Servicio o Sector podrá dedicar el 50% de las horas semanales que tenga asignadas a tareas clínicas.

Horarios de atención y distribución del recurso humano:

El personal de planta se distribuirá de forma tal de cubrir el horario de atención, guardando equilibrio entre los diferentes turnos.

Las consultas externas y/o ambulatorias se atenderán en el horario de 8 a 16 horas, como mínimo. De ser posible, se extenderá el horario de atención hasta las 20 horas.

Organización interna:

Cada Servicio podrá darse la organización interna que le resulte más conveniente y adecuada, de acuerdo a las características de la demanda y a la especialización de los recursos profesionales y técnicos con que cuenta. Podrán integrarse equipos de atención siguiendo diferentes criterios: grupo etáreo (Niños, Adultos, etc) técnica terapéutica utilizada (terapia individual, grupal, etc.) y otros. Los equipos dependerán en forma directa del Jefe del Servicio y estarán coordinados por profesionales pertenecientes a la planta permanente de la institución. En ningún caso se crearán equipos o programas a cargo de personal que no reviste en la planta permanente del establecimiento.

Sistemas de Capacitación en Servicio: los profesionales de planta podrán dedicar el 20% de las horas semanales que tengan asignadas, a tareas docentes, de actualización y/o perfeccionamiento, debiendo asistir a los ateneos y supervisiones.

Concurrencias: se considera en tal situación a los profesionales que hayan ingresado de acuerdo al sistema vigente, cumpliendo con los requisitos establecidos por la Dirección de Capacitación.

Solamente podrán solicitar profesionales concurrentes aquellos servicios que acrediten estar en condiciones de recibirlos, tanto en lo que respecta a la planta física disponible como a los profesionales de planta que estarán encargados de su formación y supervisión. El personal concurrente, no podrá exceder en ningún caso el 50% del total del personal de planta del Servicio ni deberá cubrir eventuales falencias de organización o déficit de recursos humanos.

Las vacantes serán establecidas anualmente por los Servicios con el acuerdo de las Direcciones de Salud Mental y Capacitación, las que se reservan el derecho de no asignar concurrentes en el caso que no se hubieran cumplimentado los requisitos establecidos anteriormente. Una vez cumplidos los 5 años de formación establecidos por el sistema de Concurrencias, la permanencia de los profesionales será exclusiva responsabilidad de los Jefes de Servicio.

Registro en la Historia Clínica:

Cada profesional deberá registrar diariamente en la respectiva Historia Clínica las prestaciones realizadas, consignando la fecha y tipo de prestación. así como aquellas entrevistas a las que el paciente no concurra. Este registro irá acompañado de firma, aclaración de la misma y número de matrícula profesional. Deberá consignarse el diagnóstico presuntivo en la fecha de ingreso del paciente, así como la fecha de egreso y la condición (alta médica, voluntaria, derivación, etc.)

Registro estadístico de prestaciones: los profesionales deberán completar la planilla de Registro Diario que luego será volcada a la planilla de Registro Mensual que se remitirá a la Dirección de Salud Mental, de acuerdo a los formularios vigentes.

**(9) SISTEMA ESTADISTICO EN SALUD
MENTAL**

**PROPUESTA DE REFORMULACION DEL
REGISTRO DE PRESTACIONES DE
CONSULTORIOS EXTERNOS DE SALUD
MENTAL**

DICIEMBRE 1998

ANTECEDENTES:

En el año 1982, ante la necesidad de contar con un sistema de registro estadístico que permitiera tener un panorama discriminado de las diferentes prestaciones que se desarrollaban en los entonces servicios de Psicopatología, el entonces Departamento de Salud Mental elaboró las Normas de Actividades y Prestaciones para los efectores del área e implementó los primeros formularios de registro para los sectores de Consultorios Externos, Hospital de Día e Internación. Este sistema de registro, cuyos datos eran centralizados y consolidados en el Departamento de Salud Mental, fue utilizado hasta el año 1991, cuando una Comisión integrada por representantes de los distintos efectores elaboró, a partir del documento anterior, la nueva Normatización de Actividades de los Servicios de Psicopatología y los correspondientes formularios de registro.

Sin embargo, a partir de la iniciativa del Departamento de Salud Mental de llevar su propio registro discriminado de acuerdo a sus necesidades, coexistieron durante muchos años los dos sistemas: el que lleva tradicionalmente la Dirección de Estadísticas de la Secretaría de Salud, que solamente incluía las consultas médicas, con el que fuera implementado desde Salud Mental abarcando a todos los prestadores del área.

Fundamentación:

En el año 1998, ante el pedido formulado por la Dirección de Estadísticas para la Salud sobre la conformación de una Comisión de especialistas del área de Salud Mental con el objeto de reformular el sistema de registro de prestaciones, la Dirección de Salud Mental convocó a un integrante de cada tipo de efector de modo que estuvieran representadas todas las modalidades de atención existentes. En consecuencia la Comisión se conformó con profesionales y/o técnicos que desempeñan sus tareas en un Centro de Salud Mental, un Servicio de Salud Mental de un Hospital General y de un Hospital Especializado materno-infantil, un Hospital de Emergencias Psiquiátricas y Hospitales Psiquiátricos (de adultos e infanto-juvenil).

Es una inquietud de larga data en el ámbito de los hospitales y servicios de la especialidad la ausencia de las consultas realizadas por los profesionales no médicos en el informe sobre Movimiento Hospitalario, dado que dicha publicación solamente incluye las consultas realizadas por los profesionales médicos, de acuerdo a las definiciones establecidas en el Programa Nacional de Estadísticas de Salud.

Desde la creación, en la década del 60, de los Servicios de Psicopatología y Salud Mental en los hospitales generales y con la aparición de diferentes profesiones universitarias vinculadas al campo de la salud mental, se han ido incorporando progresivamente, a lo largo de más de 30 años, una amplia gama de prestaciones y conformando un verdadero equipo interdisciplinario.

En la actualidad, el peso de las consultas médicas ha disminuído notablemente, en especial en el sector de Consultorios Externos, constituyendo los médicos psiquiatras apenas la tercera parte del total de profesionales del sistema. Es por esto que, al computarse exclusivamente las consultas efectuadas por médicos, se deja de lado el mayor volúmen de prestaciones que brindan los Servicios y Hospitales de la especialidad, lo cual impide tener una visión amplia y objetiva de la realidad actual de estos efectores.

Con la finalidad de aportar a la tarea de reformulación de los registros actuales, esta comisión ha definido en forma operativa las consultas y prestaciones que brindan los diferentes profesionales que se desempeñan en los Consultorios Externos de Psicopatología y Salud Mental, los cuales han sido reconocidos e incluídos en la Carrera de Profesionales de la Salud. Asimismo,

se especifica la duración de cada una de estas actividades dado que, por sus características particulares, la mayor parte de ellas excede los tiempos de la consulta médica tradicional.

Si bien fuera aprobada por Resoluciones N° 117/SS/91 y 811/SS/91 la Normatización de actividades de los Servicios de Psicopatología y Salud Mental y los correspondientes formularios de registro, a partir de 1996 se puso en práctica un modelo simplificado ante el pedido de la mayor parte de los efectores y la falta de cumplimiento en término, lo que impedía a la Dirección de Salud Mental contar con los datos necesarios en tiempo y forma.

Asimismo, se han agregado algunas prestaciones y suprimido otras de acuerdo a la experiencia recogida en los 3 años de aplicación del sistema de registro en los diferentes Servicios y Hospitales de la especialidad.

Por último, se propone un modelo de formulario de registro mensual y otro de uso diario similares a los que se utilizan actualmente, con la finalidad de no complejizar en exceso el volcado de los datos para los efectores del área, ya que la mayoría de ellos carece de personal técnico y/o administrativo que pueda hacerse cargo de esta tarea. Este formulario deberá ser remitido mensualmente tanto a la Dirección de Estadísticas para la Salud como a la Dirección de Salud Mental, tal como ocurre en la actualidad.

Es sugerencia de esta Comisión que, de no ser posible discriminar las múltiples prestaciones incorporadas en el formato actual del informe sobre Movimiento Hospitalario, se publiquen en un anexo separado correspondiente al área de Salud Mental.

La Comisión responsable de la elaboración de la propuesta que se adjunta está integrada por los siguientes profesionales y técnicos:

*Dr. Guillermo Gadea	Médico Psiquiatra	Hospital Alvear
*Sra. Mirta Aguilar	Técnica en Estadística	Hospital Alvear
*Lic. Mercedes Baraibar	Psicóloga	Centro Ameghino
*Lic. Viviana Cribari	Psicóloga	Centro Ameghino
*Lic. José Luis Corral	Psicólogo	Hospital Borda
*Dr. Juan M. Carrega	Médico Psiquiatra	Hospital Elizalde
*Lic. Gabriela Tortosa	Socióloga	Hospital Sardá
*Dra. María C. Fernandez	Médica y Psicóloga	Hospital Tobar García
*Sra. Luisa Clarens	Técnica en Estadística	Hospital Tobar García
*Lic. Inés Gutierrez	Psicóloga	Hospital Zubizarreta
*Lic. Ana Roca	Psicóloga	Dirección Salud Mental (Coordinadora)

DEFINICIONES OPERATIVAS DE LAS ADMISIONES Y PRESTACIONES DE CONSULTORIOS EXTERNOS DE PSICOPATOLOGIA Y SALUD MENTAL

ADMISIONES

Se denomina Admisión a la entrevista con la persona que concurre por primera vez a los Consultorios Externos y tiene por finalidad completar la Historia Clínica, establecer un diagnóstico presuntivo y una estrategia terapéutica.

Cuando después de la primera entrevista se deriva al paciente a otro equipo (por ejemplo, Familia y Pareja, Psicopedagogía, etc.) las entrevistas serán consignadas como ulteriores.

Si se requiere más de una entrevista para completar la evaluación diagnóstica, se consignará como Psicoterapia Individual o Familiar , según el caso.

Cuando se realiza la Admisión de una pareja o grupo familiar, se consignará a cada integrante del grupo familiar, que concurre a la consulta, de acuerdo a su edad y sexo. En los casos de Admisiones de niños que siempre concurren acompañados por los padres o adultos responsables, solo será registrado como Admisión el menor que dio origen a la consulta, excepto cuando los padres sean derivados también para su tratamiento.

Para ser computada como tal, la entrevista de Admisión deberá tener una duración mínima de 40 minutos y estar a cargo de un profesional médico y/o psicólogo. Si la entrevista es realizada por dos profesionales en forma conjunta será consignada como una sola Admisión.

Los profesionales Psicopedagogos podrán realizar Admisiones cuando se trate de personas que consultan por problemáticas vinculadas al aprendizaje.

PRESTACIONES:

Psicoterapia Individual:

Son las entrevistas con fines terapéuticos realizadas en forma exclusiva con un paciente, que están a cargo de un profesional médico o psicólogo y tengan una duración mínima de 40 minutos.

Psicoterapia Grupal:

Son las entrevistas con fines terapéuticos realizadas en forma simultánea con varios pacientes (no integrantes de un grupo familiar) que estén a cargo de profesionales médicos y/o psicólogos y tengan una duración mínima de 90 minutos.

Psicoterapia Familiar:

Son las entrevistas con fines diagnósticos y/o terapéuticos realizadas con los miembros de una familia o de una pareja en forma simultánea. La duración mínima será de 60 minutos y estará a cargo de profesionales médicos y/o psicólogos. Incluye las terapias vinculares, por ejemplo: binomio madre-hijo.

Psicoprofilaxis Individual:

Son las entrevistas con fines preventivos realizadas con el consultante en forma individual, ya sean ambulatorias o con pacientes internados (por ejemplo, psicoprofilaxis quirúrgica, obstétrica, etc.) a cargo de profesionales médicos y/o psicólogos que tengan una duración mínima de 40 minutos. Incluye las entrevistas de Orientación Vocacional a cargo de psicólogos o psicopedagogos.

Psicoprofilaxis Grupal:

Idem anterior, en forma grupal. Por ejemplo: grupos de Orientación Vocacional, Orientación a padres, etc. Incluye los Grupos de Reflexión, es decir, las reuniones realizadas con personal profesional y/o técnico de otros Servicios con la finalidad de reflexionar sobre la tarea y remover obstáculos (por ejemplo: Terapia Intensiva, etc.) Están a cargo de profesionales médicos y/o psicólogos y tienen una duración mínima de 90 minutos.

Psicoprofilaxis familiar:

Idem, con los miembros de un grupo familiar. Por ejemplo: entrevistas con familias en los casos de adopción. Están a cargo de profesionales médicos y/o psicólogos y tienen una duración mínima de 60 minutos.

Psicodiagnóstico:

Son las entrevistas con fines diagnósticos en las que se utilizan técnicas psicométricas y/o proyectivas. En el caso de niños podrán incluirse técnicas lúdicas. Pueden estar a cargo de profesionales psicólogos o psicopedagogos y la duración mínima es de 60 minutos.

Certificado de Salud Mental:

Son las entrevistas diagnósticas que tienen por finalidad extender un certificado de salud mental, solicitado por autoridad competente de pacientes que ya han pasado por la Admisión. Deberán tener una duración mínima de 30 minutos y estar a cargo de un profesional médico o psicólogo.

Incluye las entrevistas para responder a oficios judiciales. Si es necesario utilizar técnicas psicométricas y/o proyectivas se registrará como psicodiagnóstico.

Psiquiatría:

Son las entrevistas a cargo de un médico psiquiatra con fines diagnósticos y/o de tratamiento psicofarmacológico que tengan una duración mínima de 30 minutos.

Psicopedagogía individual:

Son las entrevistas con fines diagnósticos y/o terapéuticos en el área de los trastornos del aprendizaje, realizadas en forma exclusiva con un paciente, a cargo de un profesional psicopedagogo y con una duración mínima de 40 minutos.

Psicopedagogía grupal:

Idem anterior, en forma grupal. Duración mínima: 90 minutos.

Terapia Ocupacional Individual:

Son las entrevistas con fines diagnósticos y/o terapéuticos en el área del desempeño ocupacional, realizadas en forma exclusiva con un paciente, que estén a cargo de un Terapeuta Ocupacional y tengan una duración mínima de 40 minutos.

Terapia Ocupacional Grupal:

Idem anterior, en forma grupal. Duración mínima: 90 minutos.

Musicoterapia Individual:

Son las entrevistas con fines diagnósticos y/o terapéuticos a través de la producción sonora y musical, realizadas en forma exclusiva con el paciente, que estén a cargo de un musicoterapeuta y tengan una duración mínima de 40 minutos.

Musicoterapia Grupal:

Idem anterior, en forma grupal. Duración mínima: 90 minutos.

Taller grupal comunitario:

Son las reuniones grupales realizadas con miembros de la comunidad o instituciones intermedias (escuelas, clubes, parroquias, etc.) con fines preventivos y/o de promoción de la salud mental que estén a cargo de profesionales médicos, psicólogos, psicopedagogos, asistentes sociales, musicoterapeutas y/o terapeutas ocupacionales y tengan una duración mínima de 90 minutos.

Interconsulta:

Son las entrevistas diagnósticas y/o terapéuticas que se realizan con pacientes atendidos en otros Servicios del hospital y/o con los miembros del equipo tratante, a solicitud de los mismos. En las instituciones monovalentes incluye las interconsultas realizadas entre distintas especialidades de una misma profesión (por ejemplo: entre un psicólogo especializado en la atención de niños y otro que se dedica a la atención de familias y parejas). En estos casos se registrará como una sola prestación. Para ser computada la entrevista deberá tener una duración mínima de 30 minutos y estar a cargo de profesionales médicos y/o psicólogos.

Supervisiones:

Son las entrevistas de consulta que realiza el profesional que tiene a su cargo una psicoterapia (individual, grupal o familiar) con otro profesional de la misma especialidad, que puede pertenecer o no a la institución pero que no está involucrado en la situación clínica. No corresponde estrictamente a lo que se registra como interconsulta y tampoco debe confundirse con el Ateneo Clínico, ya que son diferentes tanto en su objetivo como en su dinámica. Si bien no constituye una prestación directa al paciente, la supervisión incide directamente en la calidad de la atención ya que permite ratificar o rectificar una estrategia terapéutica y también contribuye a resguardar la salud mental de los profesionales del área. Cuando la supervisión se realiza con otro profesional de la institución se registrará como una sola entrevista. Para ser computada, la supervisión deberá tener una duración mínima de 40 minutos.

Instructivo para Completar la Planilla de Registro Diario

Se consignará:

- Nombre del Hospital y Servicio o Sector del que se trate
- Nombre y Apellido del paciente

Se marcará en el casillero correspondiente:

- Edad y Sexo: la cifra que corresponda a la edad en la columna F o M, según el sexo del paciente.
- El número de Historia Clínica correspondiente.
- Nombre y Apellido del o los profesionales intervinientes. En el caso que intervenga más de uno, se consignarán los nombres de los profesionales pero no se duplicará la prestación.
- La abreviatura correspondiente a la profesión:

MP: médico psiquiatra

MT: musicoterapeuta

P: psicólogo

S: sociólogo

PP: psicopedagogo

AS: asistente social

TO: terapeuta ocupacional

Para completar las columnas que se mencionan a continuación, se deberá tener en cuenta las definiciones operativas de cada prestación según Instructivo.

La unidad de medida la constituye la Entrevista (o Reunión en el caso de actividades grupales)

Psicodiagnóstico: marcar en el casillero cada entrevista realizada.

Tratamientos:

Individual: marcar en el casillero cada entrevista realizada.

Grupal: marcar en la columna Prestación la reunión realizada y en la columna N° de pacientes consignar el número de integrantes que estuvieron presentes en la misma. Cuando se trate de actividades grupales se consignarán los nombres de todos los pacientes presentes, pero se computará una (1) sola entrevista o prestación. Asimismo, cuando intervenga más de un profesional, se consignarán los nombres de ambos pero **no se duplicará la prestación.** *

Psicoprofilaxis:

Individual: igual procedimiento que tratamiento individual.

Grupal: igual procedimiento que tratamiento grupal.

Psiquiatría: marcar en el casillero la entrevista realizada.

Interconsulta: marcar en el casillero la entrevista realizada, ya sea con el paciente o con el profesional o equipo tratante.

Supervisiones: marcar en el casillero la reunión realizada. En la columna Nombre y apellido del paciente se consignará el de aquel que dio motivo a la supervisión. En caso de tratarse de una supervisión grupal no es necesario consignar el nombre de todos los profesionales participantes pero debe computarse como una sola prestación o actividad, independientemente del número de profesionales que participen.

Certificado de Salud Mental: marcar en el casillero cada entrevista realizada con este fin.

Admisiones: marcar en el casillero la **primera** entrevista realizada con el paciente. Si interviene más de un (1) profesional se registrarán los nombres de ambos pero **no se duplicará la prestación.** *

Taller Grupal: marcar en el casillero la entrevista o reunión realizada. Se computará una (1) prestación independientemente del número de personas o pacientes que participen.

- En caso de utilizar una planilla de Registro Diario por cada profesional, el responsable de la confección de la planilla de Registro Mensual deberá tomar los recaudos necesarios para evitar duplicar las prestaciones en las que intervenga más de un (1) profesional.

CONSULTORIOS EXTERNOS DE SALUD MENTAL (G.C.B.A.)
PLANILLA DE REGISTRO MENSUAL

Hospital:

Mes:

Año:

ADMISIONES (Consultas 1ª. Vez)	Varón	Mujer	TOTAL
0 a 9 años			
10 a 19 años			
20 a 39 años			
40 a 59 años			
60 a 79 años			
80 y más			
TOTAL			

PRESTACIONES (Ulteriores)	Número de entrevistas	Número de integrantes
Psicoterapia individual		
Psicoterapia grupal		
Psicoterapia pareja/flía.		
Psicoprofilaxis individual		
Psicoprofilaxis grupal		
Psicoprofilaxis familiar		
Psicodiagnóstico		
Certificado Salud Mental		
Psiquiatría		
Psicopedagogía individual		
Psicopedagogía grupal		
Terapia Ocupacional individual		
Terapia Ocupacional grupal		
Musicoterapia individual		
Musicoterapia grupal		
Taller grupal comunitario		
Interconsulta		
Supervisiones		

Instructivo para completar la Planilla de Registro Mensual de Prestaciones

Para la confección de la misma se utilizarán los datos de la planilla de Registro Diario.

En el cuadro Admisiones se consignarán los totales de pacientes que consultaron por primera vez durante el mes anterior, discriminados por sexo y grupos de edad. Se solicita respetar los grupos propuestos a los efectos de permitir comparar la información.

En el cuadro Prestaciones se consignará:

- Columna Número de Entrevistas: la suma de todas las entrevistas o reuniones realizadas para cada tipo de prestación definida en el Instructivo.

-

- Columna Número de Integrantes: para las actividades grupales se consignará el total de integrantes que hayan estado presentes a lo largo del mes.

Se solicita respetar la nómina de prestaciones definidas y en caso de dudas acerca de alguna actividad que no haya sido contemplada o incluida, consultar a la Dirección de Salud Mental (Area Estadística).

Asimismo, se solicita respetar el diseño del formulario de Registro Mensual y completarlo en forma clara y legible, en lo posible no manual.

El mismo debe ser elevado, firmado por el Jefe o responsable del Servicio, por la vía correspondiente, sin perjuicio de su anticipación por fax, a los fines de agilizar la elaboración de los datos.

(10) GUIAS DE EVALUACION Y ACREDITACION DE SERVICIOS

FICHA TECNICA:

Capítulos: Planta Física 20%; Equipamiento 10%; Recursos Humanos 30%; Procedimientos 35%; Actividades Programadas 5%; para cada uno de los tres sectores (Consultorio Externo, Hospital de Día e Internación).

Número de rubros: Consultorio Externo 82, Hospital de Día 79 e Internación 97.

Puntaje Total: 1000 puntos cada Guía.

Observaciones: son tres guías independientes que permiten la evaluación de cada sector en forma separada y la comparación entre sectores cuando se evalúan en forma simultánea.

Producción: 1985.

Revisión y Actualización: 2001

Primera implementación institucional: Servicios de Psicopatología y Salud Mental de hospitales dependientes de la Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.

Autora de las Guías de Evaluación: Lic. Ana Maria Roca, Psicóloga y Diplomada en Salud Pública, integrante de la Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, con la colaboración de la Dra. Aurora Pérez y la Lic. Alicia Torres.

Participaron en la implementación y revisión de las Guías, los siguientes Jefes de Psicopatología y Salud Mental:

- Dr. Carlos Coquet (Hospital Argerich)
- Dr. Luis Barrera (Hospital Elizalde)
- Lic. Beatriz Frascotto (Hospital Sardá)
- Dra. Susana Jordán (Hospital Rocca)
- Dra. Lola Luna (Hospital Fernandez)
- Dra. Olga Onofrio (Hospital Tornú)
- Dra. Maria Luisa Weiss (Hospital Santojanni)

**GUIAS PARA SECTORES DE:
CONSULTORIOS EXTERNOS
HOSPITAL DE DIA
INTERNACIÓN**

Introducción:

Las guías de eficiencia tienen un objetivo paralelo al de la evaluación, el cual consiste en proporcionar un modelo de organización y funcionamiento óptimo al que debe tenderse.

Las guías constituyen un esquema referencial a través del cual se jerarquiza un determinado modelo de atención en salud mental que promueve una visión interdisciplinaria de la problemática del paciente, que prioriza la atención ambulatoria evitando la segregación del mismo, la inclusión de la familia en las estrategias terapéuticas y los nuevos abordajes que dinamicen la atención: favorece la reinserción familiar, laboral y social del paciente y finalmente estimula la capacitación continua del personal, la investigación y la educación para la salud.

Se ha confeccionado una guía para cada Sector en que puede dividirse un Servicio de Psicopatología de acuerdo a las distintas modalidades de atención: Consultorios Externos, Hospital de día e Internación.

A su vez, cada Guía ha sido dividida en cinco rubros principales: planta física, equipamiento, recursos humanos, procedimientos y actividades programadas, acerca de los cuales se realiza una serie de preguntas para evaluar las condiciones de eficiencia del Servicio.

A cada guía se adjunta un instructivo, donde se hace referencia a puntos que necesitan aclaración y se proporcionan algunas definiciones operativas.

Sin embargo, estos instructivos seguramente no agotarán las posibles dudas que surgieran en el manejo de las guías, por lo que se considera conveniente tomar la orientación conceptual de los mismos, de la cual se desprenden las ideas centrales que han orientado la elaboración de los presentes instrumentos de evaluación.

**SALUD MENTAL. CONSULTORIOS EXTERNOS
MODELO NORMATIVO**

	Subcapítulos	Capítulos
PLANTA FISICA		200
A) Ambientes para atención del paciente ambulatorio.	100	
B) Ambientes para actividades específicas.	50	
C) Sanitarios, limpieza y confort.	50	
EQUIPAMIENTO		100
RECURSOS HUMANOS		300
A) Personal jerarquizado.	110	
B) Personal de planta	190	
PROCEDIMIENTOS		350
A) Profesionales y técnicos	325	
B) Administrativos	25	
ACTIVIDADES PROGRAMADAS		50
TOTAL		1000

GUIA DE EVALUACION DE SALUD MENTAL

CONSULTORIOS EXTERNOS

PLANTA FISICA – 200	PUNTAJE
A) Ambiente para la atención del paciente ambulatorio - 100	
1. El Consultorio Externo está ubicado en lugar accesible del hospital	20
2. Los consultorios son: <ul style="list-style-type: none"> • Individuales • Generales separados por boxes 	20 (15)
3. Existe sala de espera	10
4. Existe un ambiente siempre disponible para consultorio de admisiones	10
5. Existe un ambiente adecuado para psicoterapias familiares y grupales	10
6. Existe una cámara de Gesell	10
7. Cada profesional dispone de un consultorio <ul style="list-style-type: none"> • En forma exclusiva • Compartido entre 2 o 3 	15 (10)
8. La circulación de profesionales es independiente de la del público	5
B) Ambientes para actividades específicas - 50	
9. Existe un ambiente disponible para actividades docentes	10
10. Existe una oficina de recepción en el Servicio	10
11. Hay una oficina administrativa y/o secretaría	10
12. Existe un ambiente para archivo de Historias Clínicas	5
13. Hay una biblioteca en el Servicio	5
14. Hay una sala de estar para el personal profesional	5
15. Existe un despacho para el Jefe de Servicio	5
C) Sanitarios, limpieza y confort – 50	
16. Los pisos y paredes del consultorio son lavables hasta los 2 mts. de altura	4
17. Existe un baño en el Sector por cada 20 miembros del personal	10
18. Hay un baño en sala de espera para el público	6
19. Existe un vestuario con guardarropas para el personal	4
20. Hay un sistema de calefacción que no vicie el ambiente	10
21. Hay un sistema de ventilación artificial o refrigeración	10
22. Durante el día no es necesario el uso de iluminación artificial para actividades corrientes.	6
RECURSO LIMITANTE: Rubro 2: que carezca de ambientes privados para la atención del paciente. Limita los 100 puntos de A) Ambientes para la atención del paciente ambulatorio.	
EQUIPAMIENTO –100	
23. Cada consultorio individual está provisto de 1 escritorio y 2 sillas como mínimo	15
24. Los consultorios grupales están equipados con 1 escritorio y 10 sillas	15
25. Hay una camilla en alguno de los consultorios	8
26. Hay un stock permanente de medicación específica	15
27. Se dispone de un lugar para almacenar la medicación bajo llave	15
28. El material de psicodiagnóstico incluye:	

<ul style="list-style-type: none"> • 2 juegos de tarjetas de Bender • 1 test de Wechsler – Bellevue • 1 test de Apercepción Temática (T.A.T) de Murray • 1 juego de láminas de Rorschach por cada 2 consultorios 	12
29. Existe un lugar con llave en cada consultorio para guardar material de psicodiagnóstico	10
30. Se dispone de otro material necesario para el diagnóstico en cantidad suficiente <ul style="list-style-type: none"> • Resmas de hojas blancas lisas tamaño carta • Lápices negros • Goma de borrar 	5
31. Hay ficheros para archivos de Historias Clínicas	5
RECURSO LIMITANTE: Rubro 27: La falta de un lugar con llave para almacenar la medicación, anula 50 puntos sobre el total del puntaje obtenido para el Capítulo Equipamiento.	
RECURSOS HUMANOS – 300	
A) Personal jerarquizado – 110	
32. El jefe de Servicio es: <ul style="list-style-type: none"> • Titular por concurso • Interino por nombramiento • Profesional a cargo 	20 (10) (5)
33. Ha realizado cursos de Administración y Organización de Servicios: <ul style="list-style-type: none"> • De más de 500 horas • Entre 500 y 200 horas • Menos de 200 horas 	15 (10) (5)
34. Es profesional de la salud mental con más de 15 años en la especialidad <ul style="list-style-type: none"> • Entre 15 y 10 años 	15 (10)
35. Con dedicación diaria al Servicio de: <ul style="list-style-type: none"> • 8 horas • 6 horas 	20 (15)
36. La jefatura que ocupa se concursa periódicamente	5
37. Existe un Jefe del Sector Consultorio Externos: <ul style="list-style-type: none"> • Titular por concurso • Interino por nombramiento • Profesional a cargo 	15 (10) (5)
38. Ha realizado Cursos de Administración y Organización	5
39. Tiene más de 10 años en la especialidad	5
40. Dedicar diariamente al Sector <ul style="list-style-type: none"> • 8 horas • 6 horas 	10 (5)
B) Personal de planta – 190	
41. Hay 4 horas médicas por <ul style="list-style-type: none"> • Cada 4 a 6 consultas • Cada 3 consultas • Menos de 3 consultas 	15 (10) (5)
42. Todos los médicos tienen más de 5 años en la especialidad o residencia completa en psiquiatría	15

<ul style="list-style-type: none"> • Solo el 50 % 	(10)
43. Hay 4 horas psicólogo por <ul style="list-style-type: none"> • Cada 4 a 6 consultas • Cada 3 consultas • Menos de 3 consultas 	15 (10) 5
44. Todos los psicólogos tienen más de 5 años en la especialidad <ul style="list-style-type: none"> • Solo el 50 % 	15 (10)
45. Hay 4 horas de psicopedagogía <ul style="list-style-type: none"> • Cada 4 a 6 consultas • Cada 3 consultas • Menos de 3 consultas 	15 (10) (5)
46. Todos los Psicopedagogos tienen mas de 5 años en la especialidad <ul style="list-style-type: none"> • Solo el 50 % 	15 (10)
47. Hay personal de Servicio Social asignado al Sector en forma exclusiva <ul style="list-style-type: none"> • Disponible pero no exclusivo 	15 (10)
48. Se cuenta con un Asistente Social por cada 10 pacientes de primera vez atendidos en promedio por día	15
49. Hay una enfermera para el Consultorio Externo <ul style="list-style-type: none"> • Capacitada en Salud Mental • No capacitada 	10 (5)
50. El personal concurrente no supera el 50 % del número total de personal de planta	15
51. El personal concurrente tiene una dedicación mínima de 15 horas semanales	10
52. Hay personal administrativo asignado al Sector en forma exclusiva <ul style="list-style-type: none"> • Compartido con otros sectores del Servicio 	15 (5)
53. El personal administrativo tiene <ul style="list-style-type: none"> • Nivel secundario y cursos de auxiliar de estadísticas • Nivel secundario solamente 	10 (5)
54. Hay una mucama para el Sector <ul style="list-style-type: none"> • Exclusiva • Compartida 	10 (5)
PROCEDIMIENTOS – 350	
A) Profesionales y técnicos – 325	
55. El jefe del sector dedica el 50 % de su horario a la atención de pacientes	20
56. Existen normas escritas y actualizadas para la admisión, egreso y derivación de pacientes	25
57. Existen normas escritas y actualizadas para el diagnóstico y tratamiento de los principales trastornos mentales y del comportamiento	25
58. La admisión se realiza en el momento en que el paciente consulta	25
59. En la primera consulta el paciente es atendido por un equipo interdisciplinario con más de 5 años en la especialidad	25
60. La primera entrevista no dura menos de 30 minutos	15
61. Se realizan en todos los casos los diagnósticos psiquiátrico, dinámico, familiar y social	25
62. Se implementan técnicas de abordaje que permitan operar desde la primera entrevista	25
63. Se priorizan las terapias grupales sobre las individuales, siempre que el caso la permita	15

64. Esta sistematizado el seguimiento de los pacientes egresados o que desertan durante el diagnóstico o tratamiento	10
65. Todas las prestaciones realizadas constan en Historia Clínica	10
66. Se consigna el diagnóstico presuntivo en la fecha de ingreso del paciente	5
67. Antes de los 30 días de ingresado el paciente se consigna el diagnóstico definitivo en la historia	10
68. Hay normas escritas sobre confección y registro en la H. C. y se realiza evaluación periódica de las mismas	10
69. En cada historia clínica se escribe un resumen o epicrisis al dar el alta	5
70. Se discuten en ateneo los casos de Consultorios Externos	10
71. Hay reuniones semanales de los integrantes del sector para organización y evaluación de las tareas	10
72. Hay supervisiones sistemáticas de los casos clínicos	10
73. La atención se realiza en horarios de mañana y de tarde	25
74. De las horas de cada profesional se dedica a actividades organizativas y/o docentes no más del 20 % y no menos del 15 %	20
B) Administrativos – 25	
75. En el Consultorio Externo se inicia Historia Clínica única	5
76. Existen normas escritas para registro estadístico de prestaciones y diagnósticos	10
77. Existe información actualizada de recursos disponibles para derivación de pacientes	5
78. Hay un cronograma de actividades semanales del Sector	5
ACTIVIDADES PROGRAMADAS – 50	
79. Hay programas sistemáticos de investigación	12
80. Se realizan actividades de capacitación continua para el personal de planta	13
81. Hay programas escritos de educación para la salud	15
82. Hay programas sistemáticos y centralizados para la formación del personal concurrente y residente	10

INSTRUCTIVO

PLANTA FISICA

En este capítulo se analizan las dependencias destinadas a la atención del paciente ambulatorio, las que sirven al equipo de salud mental para cumplir funciones complementarias de dicha atención (actividades específicas) y finalmente las condiciones de higiene, sanitarios y confort que complementan los aspectos antes mencionados.

El Consultorio Externo de un Servicio de Psicopatología debe estar ubicado en un lugar de fácil acceso. Puede formar parte de un bloque de consultorios externos no debiendo estar aislado en un sitio cuyo acceso recorra patios, escaleras o pasillos descubiertos, incrementando así la resistencia a la consulta que con frecuencia se observa en esta especialidad.

Los consultorios deben ser habitaciones individuales o ambientes más amplios boxeados por medio de tabiques que aseguren la privacidad. Se anularán los 100 puntos del Subcapítulo Ambientes para la atención del paciente ambulatorio cuando no se cuente con espacios privados para la misma (por ejemplo, la existencia de mesas distribuidas en un ambiente general).

La sala de espera (rubro 3) debe ser una habitación destinada a ese solo efecto y no un pasillo o un lugar de paso con múltiples utilidades.

En el rubro 5 se entiende por ambiente adecuado para psicoterapias grupales al que tenga las dimensiones necesarias para ubicar 10 personas simultáneamente.

Con respecto al rubro 7, cada profesional debería tener un consultorio disponible durante las horas que dedica a la asistencia de pacientes. Por consultorio compartido debe entenderse el que es utilizado por 2 o más profesionales durante un mismo turno (mañana o tarde).

Circulación de profesionales independiente de la del público (rubro 8) se considera cuando por algún pasillo interior los profesionales pueden consultarse entre sí, sin tener que salir a la sala de espera general.

El resto de las instalaciones requeridas deben constatarse visualmente y comprobar su funcionamiento real. Por ejemplo, no basta que haya un consultorio de admisión sino que debe usarse como tal.

En lo referente a los ambientes para actividades específicas se enumeran aquellas fundamentales con que debe contar el Sector. El evaluador debe constatar si estas dependencias existen y si en efecto están destinadas exclusivamente para la finalidad explicitada.

Podría aceptarse un ambiente común solamente en el caso de oficina administrativa y oficina de recepción (rubros 10 y 11).

EQUIPAMIENTO

Este capítulo se refiere a la dotación de elementos materiales correspondientes al sector y es en su mayoría de comprobación visual.

Con respecto al rubro 29 lo ideal es que haya un armario o cajón con llave en cada consultorio de modo que cuando se necesite utilizar o guardar el material de Psicodiagnóstico no se interfiera con las actividades de los demás profesionales.

RECURSOS HUMANOS

En este capítulo se analizan los diferentes grupos profesionales, técnicos, administrativos y de maestranza, necesarios para un buen funcionamiento del sector.

En lo que se refiere a la designación del Jefe del Servicio interesa que haya un nombramiento formal en esa jefatura y se pone énfasis en la capacidad para administrar y organizar servicios así como en la dedicación horaria al mismo (rubro 32, 33 y 34).

Los diferentes puntajes asignados al Jefe de Consultorios Externos (rubro 38, 39 y 40) se suman únicamente en caso de obtener respuesta positiva al rubro 37.

Con respecto al personal jerarquizado, ya sea el Jefe del Servicio o el Sector, si lo hubiere, el evaluador debe tratar de constatar el horario que realmente está obligado a dedicar al Servicio o el que sistemáticamente cumple en caso que sea mayor que el establecido.

Los rubros 40, 41, 43 y 45 establecen los niveles mínimos de cobertura de la atención para cada especialidad, es decir; horas mínimas de personal en relación a cantidad de consultas. Este cálculo se realiza tomando como base la consulta de 40 minutos de duración. La existencia de valores menores a los mencionados indica la anulación del puntaje del rubro correspondiente.

Por antigüedad en la especialidad se entiende en el ejercicio de la misma: para el personal de planta, el mínimo ideal es de 5 años (rubro 39, 42 y 44), para el Jefe del Servicio, de 10 años.

Cuando hay una Asistente Social compartida (rubro 47) con otro Servicio, lo importante es su disponibilidad y su número respecto a los pacientes de primera vez.

En lo referente al rubro 49, se entiende por enfermera especializada o capacitada a la que haya realizado el curso de enfermería psiquiátrica de 1 año de duración o tenga 3 años de capacitación en Servicio.

Con respecto al personal concurrente (rubro 50) se considera que éste nunca debe superar al 50 % del número total del personal de planta. Esto incluye tanto al sistema de concurrencias oficiales como a aquel personal honorario cuya concurrencia solo está autorizada por el Jefe de Servicio y/o el Director del Hospital.

PROCEDIMIENTOS

Este capítulo se refiere a todas las pautas normativas a que debe ajustarse el quehacer del equipo de salud mental. Con respecto a los rubros 56 y 57 se verificará que realmente existan normas escritas y se comprobará el grado de conocimiento y comprensión que el personal tenga de ellas.

Para el rubro 58, deberá constatar que no exista lista de espera, ya que se considera muy importante que el paciente sea admitido en el momento en que llega a la consulta, evitando demoras innecesarias.

El rubro 59 apunta a que sean los profesionales de mayor experiencia los que tengan a su cargo las entrevistas de admisión y la elección de las posibles estrategias terapéuticas. Por equipo interdisciplinario se entiende aquel integrado por médico y/o psicólogo y asistente social.

El rubro 61, en caso de obtenerse una respuesta afirmativa, deberá ser verificado mediante observación directa de la Historia Clínica.

En lo que se refiere al rubro 62, debe entenderse que ya en la admisión del paciente se realiza una devolución operativa a través de señalamientos que apunten a orientar al paciente de acuerdo al diagnóstico situacional realizado y etapa del ciclo vital por la que atraviesa.

El rubro 63 podrá ser verificado mediante la observación del registro estadístico de prestaciones.

Con respecto al seguimiento (rubro 64) de los pacientes egresados ya sea por alta o abandono del tratamiento, es necesario comprobar a través del registro en la respectiva historia clínica que este seguimiento se efectúe y que no sea un acontecimiento esporádico.

Todos los rubros sobre registro en la Historia Clínica (65, 66, 67, 68 y 69) deben ser constados a través de la observación directa de las mismas.

En lo que se refiere a la existencia de normas para el registro estadístico de prestaciones y diagnóstico (rubro 76) se solicitará la presentación de las mismas y se comprobará el grado de conocimiento y comprensión que el personal tenga de ellas.

El rubro 77 se verificará por medio de la observación directa.

El rubro 78 se verificará solicitando la presentación del cronograma escrito donde deben constar los horarios de admisión, supervisiones, ateneos, reuniones de equipo y tareas asistenciales.

ACTIVIDADES PROGRAMADAS

En lo que se refiere a los rubros de este apartado, en caso que las respuestas sean afirmativas, el evaluador deberá verificarlo solicitando la presentación de los programas escritos de capacitación, educación para la salud y/o diseños de investigación.

SALUD MENTAL HOSPITAL DE DIA

MODELO NORMATIVO

	Subcapítulos	Capítulos
PLANTA FISICA		200
A) Ambientes para atención del paciente ambulatorio.	130	
B) Ambientes para actividades específicas.	30	
C) Sanitarios, limpieza y confort.	40	
EQUIPAMIENTO		100
RECURSOS HUMANOS		300
A) Personal jerarquizado.	85	
B) Médicos	30	
C) Psicólogos	30	
D) Terapistas Ocupacionales	30	
E) Personal de Servicio Social	30	
F) Musicoterapeutas	15	
G) Enfermeras	15	
H) Concurrentes	25	
I) Personal administrativo	25	
J) Personal de limpieza	15	
PROCEDIMIENTOS		350
A) Profesionales y técnicos	315	
B) Administrativos	35	
ACTIVIDADES PROGRAMADAS		50
TOTAL		1000

PLANTA FISICA - 200	PUNTAJE
A) Ambientes para la atención del paciente ambulatorio - 130	
1. El hospital de día está ubicado en lugar accesible del hospital	20
2. Tiene una capacidad mínima de 30 plazas <ul style="list-style-type: none"> • Entre 20 y 29 plazas 	20 (15)
3. Hay un consultorio disponible para la admisión del paciente y su familia	15
4. Hay un ambiente adecuado para las psicoterapias familiares y grupales	15
5. Existe un ambiente adecuado para las reuniones multifamiliares	10
6. Hay sala de espera <ul style="list-style-type: none"> • Exclusiva para el sector • Compartida con otros sectores del servicio 	10 (6)
7. Existe un ambiente adecuado para las tareas de terapia ocupacional	15
8. Se cuenta con un lugar al aire libre para las actividades de recreación	15
9. Hay un ambiente destinado a comedor para pacientes	10
B) Ambientes para actividades específicas – 30	
10. Existe un ambiente disponible para actividades docentes	7

11.	Hay una oficina administrativa y de recepción <ul style="list-style-type: none"> Exclusiva para el sector Compartida con el resto del servicio 	5 (3)
12.	Se cuenta con una sala de estar para el personal profesional <ul style="list-style-type: none"> Exclusiva para el sector Compartida con el resto del servicio 	6 (3)
13.	Existe un despacho para el jefe del sector	4
14.	La cocina es exclusiva para el sector y puede ser utilizada para terapia ocupacional	8
C) Sanitarios, limpieza y confort - 40		
15.	Los pisos y paredes de los ambientes son lavables hasta los 2 mts. de altura	3
16.	Hay un baño en el sector por cada 20 miembros del personal	6
17.	hay un baño para los pacientes hombres y uno para mujeres cada 8 plazas	6
18.	Durante el día no es necesario el uso de iluminación artificial para actividades corrientes	7
19.	Hay un sistema de calefacción que no vicie el ambiente	7
20.	Hay un sistema de refrigeración o ventilación artificial	7
21.	Existe un vestuario con guardarropas para el personal <ul style="list-style-type: none"> Exclusivo para el sector Compartido con otros sectores del servicio 	4 (2)
EQUIPAMIENTOS – 100		
22.	Cada consultorio individual está provisto de 1 escritorio y 3 sillas	10
23.	Los consultorios grupales están equipados con 1 escritorio y 10 sillas	10
24.	Hay una camilla en alguno de los consultorios	8
25.	Se cuenta con un stock permanente de medicación específica	12
26.	Se dispone de un lugar para almacenar la medicación bajo llave	12
27.	El material de Psicodiagnóstico incluye como mínimo: <ul style="list-style-type: none"> 2 juegos de tarjetas de Bender 1 Test de Wechsler – Bellevue 1 Test de Relaciones Objetales (Phillipson) 1 Test de Apercepción Temática (Murray) 1 juego de laminas de Rorschach 	12
28.	El taller de terapia ocupacional está equipado con: <ul style="list-style-type: none"> Un armario con cajones y estantes Una pileta con mesada Dotación de equipos, herramientas y materiales de uso y consumo indispensables para actividades de carpintería, cerámica, cueros y metales, telar y costura, etc. 	10
29.	El comedor está equipado con: <ul style="list-style-type: none"> Mesas para 4 personas De 4 a 8 personas 	8 (4)
30.	La cocina cuenta con los elementos indispensables	8
31.	Se cuenta con los instrumentos musicales necesarios para las actividades de musicoterapia: piano vertical, teclado, órgano de mesa, guitarra, flauta dulce, armónica, bongó, panderetas, triángulos, maracas, etc.	10
RECURSOS LIMITANTES:		
Rubro 26: la falta de un lugar con llave para guardar la medicación anula 15 puntos sobre el puntaje total obtenido para el capítulo Equipamiento.		

RECURSOS HUMANOS – 300		
A) Personal jerarquizado – 85		
32. Existe un Jefe del sector Hospital de Día		
<ul style="list-style-type: none"> • Titular por concurso • Interino por nombramiento • Coordinador a cargo 		30 (15) (10)
33. Ha realizado cursos de Administración y Organización de Servicios de:		
<ul style="list-style-type: none"> • Más de 500 horas • Entre 500 y 200 horas • Menos de 200 horas 		15 (10) (5)
34. Es profesional de la Salud Mental con más de 10 años en la especialidad		15
35. Con dedicación diaria al sector de:		
<ul style="list-style-type: none"> • 8 horas • 6 horas 		25 (20)
B) Médicos – 30		
36. Hay 4 horas médicas cada 10 plazas por turno		15
37. Todos los médicos tienen más de 5 años en la especialidad o han completado una residencia en psiquiatría		15 (10)
<ul style="list-style-type: none"> • Solo el 50 % 		
C) Psicólogos – 30		
38. Hay 4 horas de psicología cada 10 plazas por turno		15
39. Todos los psicólogos tienen más de 5 años en la especialidad		15 (10)
<ul style="list-style-type: none"> • Solo el 50 % 		
D) Terapia Ocupacional – 30		
40. Hay 4 horas de terapia ocupacional cada 10 plazas por turno		15
41. Todos los Terapistas tienen más de 5 años en la especialidad		15 (10)
<ul style="list-style-type: none"> • Solo el 50 % 		
E) Personal de Servicio Social – 30		
42. Hay personal de Servicio Social asignado al sector en forma exclusiva		15 (10)
<ul style="list-style-type: none"> • Disponible pero no exclusivo 		
43. Se cuenta con 6 horas de asistencia social cada 10 plazas		15
F) Musicoterapeuta – 15		
44. Hay 4 horas de musicoterapia cada 10 plazas		15
G) Enfermeras – 15		
45. Hay 4 enfermeras como mínimo para 30 plazas		
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitadas en Salud Mental • No capacitadas en Salud Mental 		15 (10)
H) Concurrentes – 25		
46. El personal concurrente del sector no supera el 50 % del número total del personal de planta		15
47. Tiene una dedicación mínima de 15 horas semanales		10
I) Personal administrativo – 25		
48. Hay personal asignado al sector en forma exclusiva		15 (10)
<ul style="list-style-type: none"> • Compartido con otros sectores del servicio 		
49. El personal administrativo tiene:		
<ul style="list-style-type: none"> • Nivel secundario y curso de auxiliar de estadística • Nivel secundario solamente 		10 (5)
J) Personal de limpieza – 15		
50. Existe una mucama para el sector por cada turno		15
PROCEDIMIENTOS – 350		
A) Profesionales y técnicos – 315		
51. El jefe del sector dedica el 50 % de su horario a la atención de pacientes		15

52. Existen normas escritas y actualizadas para la admisión, egreso y derivación de pacientes	25
53. Existen normas escritas y actualizadas para el diagnóstico y tratamiento de los principales trastornos mentales y del comportamiento	25
54. Está normatizada la conexión del paciente egresado con otras instituciones laborales o recreativas (talleres y clubes protegidos, etc.)	10
55. En la primera consulta el paciente es atendido por un equipo interdisciplinario con más de 5 años en la especialidad	25
56. Se realizan en todos los casos los diagnósticos psiquiátrico, dinámico, familiar y social	15
57. Se evalúa en cada caso la posibilidad de integración grupal	10
58. El programa terapéutico incluye las siguientes actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapia individual • Psicoterapia grupal • Psicoterapia del grupo familiar • Grupos de terapia ocupacional • Grupos de musicoterapia • Grupos de recreación 	25
59. Los grupos funcionan con un máximo de 15 pacientes	10
60. Las tareas de recreación incluyen salidas al aire libre y actividades culturales	10
61. El plazo máximo de permanencia del paciente en el sector no es mayor de 1 año	10
62. Esta sistematizado el seguimiento de los pacientes egresados	15
63. Se realiza el seguimiento de los pacientes que desertan en la etapa diagnóstica o de tratamiento	10
64. Hay supervisiones sistemáticas de los casos clínicos	10
65. Se discuten en ateneo los casos de Hospital de Día	10
66. Hay reuniones semanales de los integrantes del sector para organización y evaluación de las tareas	10
67. Hay normas escritas sobre confección y registro en la H. C. y se realiza evaluación periódica de las mismas	15
68. Todas las prestaciones realizadas constan en la historia clínica	10
69. Se consigna el diagnostico presuntivo en la fecha de ingreso del paciente	10
70. La atención se realiza en horarios de mañana y de tarde	25
71. De las horas de cada profesional se dedica a actividades docentes y organizativas no más del 20 % y no menos del 15 %	10
72. En cada historia clínica se escribe un resumen o epicrisis al dar el alta	10
B) Administrativos – 35	
73. Hay normas escritas para el registro estadístico de prestaciones y diagnósticos	15
74. Hay un fichero actualizado de recursos disponibles para derivación de pacientes	10
75. Las historias clínicas se actualizan diariamente	5
76. Hay un cronograma de actividades semanales del sector	5
RECURSOS LIMITANTES Rubro 77: que la atención se realice solamente en un turno. Limita los 350 puntos de Procedimientos.	

ACTIVIDADES PROGRAMADAS – 50	
77. Hay programas sistemáticos de investigación	20
78. Se realizan actividades de capacitación continua para el personal de planta	20
79. Hay programas sistemáticos y centralizados para la formación de concurrentes y residentes	10

INSTRUCTIVO

PLANTA FISICA

En este capítulo se analizan las dependencias destinadas a la atención del paciente con internación parcial, las que utiliza el equipo de salud para cumplir funciones complementarias de dicha atención (actividades específicas) y por último las condiciones de higiene, sanitarios y confort que complementan los aspectos antes mencionados.

Con respecto al acceso (rubro 1) el Hospital de Día debe reunir las mismas condiciones que las señaladas para el Consultorio Externo ya que el paciente concurre diariamente.

Para el rubro 3, no basta la existencia de un consultorio para admisión, sino que debe estar exclusivamente destinado para el fin explicitado y el evaluador debe comprobar la real disponibilidad del mismo.

Con respecto a los rubros 4 y 5, se debe tratar de espacios cuyas dimensiones permitan la reunión simultánea de hasta 10 personas en un caso y de varias familias y el equipo terapéutico en el otro. Para el rubro 5 (reuniones multifamiliares) puede aceptarse un ambiente común con el comedor para pacientes (rubro 9) siempre que no interfiera una actividad con la otra.

El resto de las instalaciones requeridas deben constatar visualmente y comprobar su funcionamiento real.

En lo que se refiere a los ambientes para actividades específicas se enumeran aquellas fundamentales con que debe contar el sector.

El evaluador debe constatar si estas dependencias existen y si en efecto están destinadas exclusivamente para la finalidad explicitada.

EQUIPAMIENTO

Este capítulo se refiere a la dotación de elementos materiales correspondiente al sector y es, en su mayoría, de comprobación visual.

RECURSOS HUMANOS

En este capítulo se analizan los diferentes grupos profesionales, técnicos, administrativos y de maestría, necesarios para un buen funcionamiento del sector.

En cuanto a la designación del Jefe del Sector interesa que haya un nombramiento formal en esa jefatura y se pone énfasis en la dedicación horaria al sector.

En lo que respecta al personal jerarquizado el evaluador debe tratar de constatar el horario que realmente está obligado a dedicar al sector o el que sistemáticamente cumple en caso que sea mayor que el establecido.

Se señalan los niveles mínimos de cobertura de la atención para cada especialidad, es decir: horas mínimas de personal en relación a cantidad de plazas. La presencia de valores menores a los mencionados indica la anulación del puntaje del rubro correspondiente (rubros 36, 38, 40, 44 y 45).

Por antigüedad en la especialidad se entiende en el ejercicio de la misma: para el personal de planta el mínimo ideal es de 5 años, para el Jefe del Sector de 10 años (rubros 34, 37, 39 y 41).

Cuando el Asistente Social es compartido con otro sector (rubro 42), lo importante es su disponibilidad y la relación entre el número de horas que dedica al sector y cantidad de plazas (rubro 43).

Se entiende por enfermera especializada o capacitada a la que haya realizado el curso de enfermería psiquiátrica de 1 año de duración o tenga 3 años de capacitación en Servicio.

Con respecto al personal concurrente se considera que éste nunca debe superar el 50 % del número total del personal de planta (rubro 46). Esto incluye tanto al sistema de concurrencia oficial como al personal honorario cuya concurrencia está autorizada por el jefe del Servicio y/o la Dirección del hospital.

PROCEDIMIENTOS

Con respecto a los rubros 52, 53 y 54 se debe verificar que realmente existan normas escritas y que sean conocidas por el personal profesional. No basta la presentación del conjunto de normas sino que es necesario comprobar el grado de conocimiento y comprensión que el personal tenga de ellas.

El rubro 55 apunta a que sean los profesionales de mayor experiencia los que tengan a su cargo las entrevistas de admisión y la elección de la estrategia terapéutica. Por equipo interdisciplinario se entiende aquel integrado por médico, psicólogo, asistente social, terapeuta ocupacional, musicoterapeuta y enfermero psiquiátrico.

El rubro 56, en caso de obtenerse respuesta afirmativa, deberá verificarse mediante observación en la historia clínica.

Con respecto al programa terapéutico solo corresponderá otorgar puntaje en caso de incluir todas las actividades mencionadas (rubro 58).

En lo referente a las tareas de recreación (rubro 60), se entiende por actividades culturales la concurrencia a cines, teatro, conferencias, exposiciones de arte, etc.

Con respecto al seguimiento (rubros 62 y 63) de los pacientes egresados, ya sea por alta o abandono del tratamiento, es necesario constatar a través del registro en las respectivas historias clínicas que este seguimiento realmente se efectúe.

Todos los rubros de registro en la Historia Clínica (68, 69 y 72) deben ser verificados por la observación directa de las mismas.

En lo que se refiere a la existencia de normas para el registro estadístico de prestaciones (rubro 73) se solicitará la presentación de las mismas y se comprobará el grado de conocimiento y comprensión que el personal tiene de ellas.

El rubro 75 se verificará solicitando la presentación de las historias clínicas correspondientes a los pacientes atendidos o citados para el día anterior al que se realiza la evaluación

Para el rubro 76 se solicitará la presentación del cronograma escrito donde deben constar los horarios de admisión, supervisiones, ateneos, reuniones de equipo y el programa terapéutico diario.

ACTIVIDADES PROGRAMADAS

En lo que se refiere a los rubros de este apartado, en caso de obtener respuestas afirmativas, el evaluador deberá verificarlo solicitando la presentación de los programas escritos de capacitación, educación para la salud y/o diseños de investigación.

SALUD MENTAL. INTERNACION

MODELO NORMATIVO

	Subcapítulos	Capítulos
PLANTA FISICA		200
A) Ambientes para atención del paciente internado.	100	
B) Ambientes para actividades específicas.	40	
C) Sanitarios, limpieza y confort.	60	
EQUIPAMIENTO		100
RECURSOS HUMANOS		300
• Personal jerarquizado.	45	
• Médicos	50	
• Psicólogos	30	
• Terapistas Ocupacionales	25	
• Personal de Servicio Social	30	
• Musicoterapeutas	15	
• Enfermeras	40	
• Concurrentes	25	
• Personal administrativo	25	
• Personal de limpieza	15	
PROCEDIMIENTOS		350
A) Del equipo interdisciplinario	268	
B) De enfermería	52	
C) Administrativos	30	
ACTIVIDADES PROGRAMADAS		50
TOTAL		1000

GUIA DE EVALUACION DE SALUD MENTAL

INTERNACION

PLANTA FISICA - 200	PUNTAJE
A). Ambiente para la atención del paciente internado - 100	
1. La sala de internación esta: <ul style="list-style-type: none"> • Ubicada en planta baja e integrada al resto del Servicio • Ubicada en planta baja pero en pabellón aislado • No ubicada en planta baja 	15 (10) (5)
2. Tiene una capacidad mínima de 30 camas <ul style="list-style-type: none"> • Entre 20 y 29 camas 	10 (6)
3. Existen ambientes para <ul style="list-style-type: none"> • 2 a 4 camas • 5 a 10 camas • Más de 10 camas 	15 (10) (5)
4. Hay ambientes divididos en boxes individuales para aislamiento	10
5. Cada cama tiene asignados 4 m2 como mínimo	10
6. Existe un ambiente separado para la admisión del paciente y su familia	10
7. Hay un consultorio como mínimo para psicoterapia del grupo familiar	8
8. Hay 3 consultorios como mínimo para las psicoterapias individuales	8
9. Existe sala de espera para las visitas y familiares	4
10. Hay 1 m2 de espacio al aire libre por cada cama	10
B). Ambiente para actividades específicas - 40	
18. Hay un ambiente especial para comedor de los pacientes	7
19. Se cuenta con una sala de estar para los pacientes	7
20. Hay una sala de estar para el personal profesional	5
21. Hay una oficina para enfermería	4
22. Existe un ambiente para secretaría y archivo	6
23. Hay un ambiente disponible para actividades docentes	7
24. Hay un despacho para el jefe del sector	4
C). Sanitarios, limpieza y confort - 60	
18. Los pisos y paredes de los ambientes son lavables hasta los 2 mts. de altura	5
19. Existe un baño completo para pacientes cada 4 camas	8
20. Hay un baño para acompañantes cada 20 camas	7
21. Se cuenta con un baño en el sector por cada 20 miembros del personal	7
22. Hay un vestuario con guardarropas para el personal <ul style="list-style-type: none"> • Exclusivo para el sector • Compartido con otros sectores del servicio 	3 (2)
23. Durante el día no es necesario el uso de iluminación artificial para actividades corrientes	8
24. Existe luz individual o cada 2 camas	6
25. Hay un sistema de calefacción que no vicie el ambiente	8
26. Hay un sistema de refrigeración o ventilación artificial	8
EQUIPAMIENTO – 100	
27. Se cuenta con un stock permanente de medicación específica almacenado bajo llave	18
28. La sala de internación cuenta con <ul style="list-style-type: none"> • Provisión de oxígeno • Máscara o careta tipo Cornell 	

<ul style="list-style-type: none"> • Conexión con válvula aspiratoria • Bolsa respiratoria de 2 litros de capacidad • Tubos de Mayo • Sondas endotraqueales y nasogástricas • Caja para paro cardíaco • Caja para traqueotomía • Tensiómetro y estetoscopio • Jeringas y agujas 	8
29. Las ventanas tienen protección adecuada	8
30. Cada paciente es provisto de vestimenta y calzado apropiado	5
31. Cada paciente dispone de una cama debidamente equipada	5
32. Cada cama dispone de un mueble para guardar efectos personales	5
33. Los colchones y almohadas son de material lavable	5
34. Hay una camilla para traslado de pacientes	7
35. Hay una silla de ruedas disponible para el traslado de pacientes	7
36. Hay una silla por cada cama para el acompañante o visita	5
37. El comedor está equipado con: <ul style="list-style-type: none"> • Mesas para 4 personas • 4 a 8 personas • Más de 8 personas 	8 (4) (2)
38. Hay carros térmicos o viandas disponibles para el traslado de alimentos	6
39. La sala de estar para pacientes cuenta como mínimo con: <ul style="list-style-type: none"> • Televisor • Radiograbador • Material de lectura 	8
40. Se dispone de una heladera para el sector	5
RECURSOS HUMANOS - 300	
A). Personal jerarquizado - 45	
41. Existe un Jefe del Sector Internación <ul style="list-style-type: none"> • Titular por concurso • Interino por nombramiento • Coordinador a cargo 	15 (10) (5)
42. Ha realizado cursos de Administración y Organización de Servicios: <ul style="list-style-type: none"> • De más de 500 horas • Entre 500 y 200 horas • Menos de 200 horas 	10 (6) (3)
43. Es profesional de la Salud Mental con más de 10 años en la especialidad	10
44. Con dedicación diaria al sector de: <ul style="list-style-type: none"> • 8 horas • 6 horas 	10 (5)
B). Médicos - 50	
45. Hay 4 horas médicas cada 10 camas por turno	15
46. Todos los médicos tienen más de 5 años en la especialidad o han completado una residencia en psiquiatría <ul style="list-style-type: none"> • Sólo el 50 % 	15 (10)
47. Hay psiquiatra de guardia las 24 horas	20
C). Psicólogos - 30	
48. Hay 4 horas de psicología cada 10 camas por turno	15
49. Todos los psicólogos tienen más de 5 años en la especialidad <ul style="list-style-type: none"> • Sólo el 50 % 	15 (10)

D). Terapeuta ocupacional - 25	
50. Hay 4 horas de terapia ocupacional cada 10 camas por turno	15
51. Todos los Terapeutas tienen más de 5 años en la especialidad <ul style="list-style-type: none"> Sólo el 50 % 	10 (5)
E). Personal de Servicio Social - 30	
52. Hay personal de Servicio Social asignado al sector en forma exclusiva <ul style="list-style-type: none"> Disponible pero no exclusivo 	15 (10)
53. Se cuenta con 6 horas de asistencia social cada 10 camas	15
F). Musicoterapeuta - 15	
54. Hay 4 horas de musicoterapia cada 10 camas	15
G). Enfermeras - 40	
55. Hay como mínimo 2 horas enfermera por paciente día	15
56. El 50 % de las enfermeras que se desempeñan en el sector son especializadas o capacitadas en Salud Mental <ul style="list-style-type: none"> Menos de 50 % 	15 (10)
57. Existe enfermera supervisora a cargo del personal	10
H). Concurrentes - 25	
60. El personal concurrente del sector no supera el 50 % del número total del personal de planta	15
61. El personal concurrente tiene una dedicación mínima de 15 horas semanales	10
I). Personal administrativo - 25	
60. Hay personal administrativo asignado al sector en forma exclusiva <ul style="list-style-type: none"> Compartidos con otros sectores del servicio 	15 (5)
61. Con nivel secundario y curso de auxiliar de estadística <ul style="list-style-type: none"> Con nivel secundario solamente 	10 (5)
J). Personal de limpieza - 15	
62. Existe una mucama cada 15 camas por turno	15
RECURSO LIMITANTE	
Rubro 7: Que no haya psiquiatra de guardia las 24 horas; anula los 300 puntos del capítulo Recursos Humanos	
PROCEDIMIENTOS – 350	
A). Médicos – 268	
63. El jefe del sector dedica el 50 % de su horario a la atención de pacientes	12
64. Existen normas escritas y actualizadas para la admisión, egreso y derivación de pacientes	15
65. Existen normas escritas actualizadas y accesibles al personal para el diagnóstico y tratamiento de los principales cuadros psiquiátricos	15
66. Esta normatizada por escrito la interconsulta con otros servicios	10
67. En la entrevista de admisión el paciente es atendido por un equipo interdisciplinario con más de 5 años en la especialidad	15
68. Se realizan en todos los casos los diagnósticos psiquiátrico, dinámico, familiar y social	10
69. El jefe del sector controla diariamente el funcionamiento de la sala a su cargo y el cumplimiento del programa de cada paciente	15
70. A todo paciente que ingresa se le efectúan en un lapso no mayor de 10 días, los siguientes estudios: <ul style="list-style-type: none"> Examen semiológico psiquiátrico Estudio psicológico 	

<ul style="list-style-type: none"> • Examen clínico y estudios complementarios • Examen de laboratorio de rutina • Examen neurológico 	10
71. El programa terapéutico incluye las siguientes actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapia individual • Psicoterapia grupal • Psicoterapia del grupo familiar • Reuniones de sala o asambleas • Terapia ocupacional • Musicoterapia • Recreación 	15
72. Se permite la permanencia de un acompañante del mismo sexo del paciente cuando el caso así lo requiere	10
73. Se permiten las salidas del paciente internado a fin de favorecer la paulatina reinserción familiar y social	12
74. El plazo máximo de permanencia del paciente en el sector no es mayor de 90 días	15
75. Esta sistematizado el seguimiento de los pacientes egresados	10
76. Se continúa en todos los casos con la atención ambulatoria por Consultorios Externos o la derivación al Hospital de día	10
77. Hay supervisiones sistemáticas de los casos clínicos	10
78. Se discuten en ateneo los casos de internación	10
79. Hay reuniones semanales con los integrantes del sector para organización y evaluación de las tareas	10
80. Hay normas escritas sobre confección y registro en la historia clínica y se realiza evaluación periódica de las mismas	12
81. Todas las prestaciones realizadas constan en la H.C.	10
82. Se consigna el diagnóstico presuntivo en la fecha de ingreso del paciente	10
83. Antes del alta se evalúa el grado de continencia del grupo familiar del paciente	12
84. Se informa a la familia acerca del estado actual del paciente y la conducta a seguir	10
85. En cada H.C. se escribe un resumen o epicrisis al dar el alta	10
B). De enfermería - 52	
86. Existen normas para enfermería escritas, actualizadas y accesibles al personal	14
87. Hay programas escritos de las actividades diarias de rutina	10
88. Las indicaciones terapéuticas se hacen: <ul style="list-style-type: none"> • En planillas individuales • En libro común de sala 	8 (4)
89. Se utilizan planillas de observación de enfermería por cada paciente	10
90. Las auxiliares trabajan bajo control constante de una enfermera diplomada	10
C) Administrativos - 30	
91. Hay normas escritas para el registro estadístico de prestaciones y diagnósticos	10
92. Se actualizan diariamente las historias clínicas	5
93. Hay un fichero actualizado de recursos disponibles para derivación de pacientes	10
94. Hay un cronograma de actividades semanales del sector	5

ACTIVIDADES PROGRAMADAS – 50	
95. Hay programas sistemáticos de investigación	14
96. Se realizan actividades de capacitación continua para el personal de planta	18
97. Hay programas sistemáticos y centralizados para la formación del personal concurrente y residente	18

INSTRUCTIVO

PLANTA FISICA

En este capítulo se analizan las dependencias destinadas a la atención del paciente internado, las que utiliza el equipo de salud mental para cumplir funciones complementarias de dicha atención y finalmente las condiciones de higiene, sanitarios y confort que complementan los aspectos antes mencionados.

La ubicación del sector internación variará con la arquitectura hospitalaria siendo siempre conveniente la planta baja. Lo ideal es que integre una sola unidad con el consultorio externo y demás instalaciones del Servicio. En hospitales pabellonados podrá destinarse uno de ellos a enfermos psiquiátricos pero deberá compensarse el aislamiento obligado por el lugar físico con una integración efectiva al resto del hospital, en algunas horas del día (durante la recreación, por ejemplo).

La clasificación de ambientes según el número de camas se hará conforme a tres posibilidades: cuando existan únicamente ambientes para 2 a 4 camas, únicamente para 5 a 10 camas o salas para más de 10 camas.

En el rubro 5 se deberá calcular la superficie total de la sala y dividirla por el número de camas, sin tomar en cuenta la superficie donde se cumplen otras actividades conexas. Se considera que para un buen desplazamiento del personal se necesitan 4 m² por cama.

Con respecto a los rubros 6, 7, 8 y 9 es necesario constatar no sólo la existencia de estos ambientes sino que realmente se utilicen para los fines señalados.

El rubro 10 (aire libre) será computado como positivo aún cuando el espacio disponible no sea de uso exclusivo para el Servicio.

En lo referente a los ambientes para actividades específicas se enumeran todos aquellos con que debe contar un sector para internación de pacientes psiquiátricos. Es necesario comprobar que estas dependencias estén destinadas exclusivamente a la finalidad explicitada.

Podría aceptarse un ambiente en común solo en el caso de sala de estar y comedor para pacientes (rubro 1 y 2).

Con respecto a sanitarios, limpieza y confort, en los puntos en que se mencionan elementos con relación al número de camas o de miembros del personal (rubro 3,4 y 5) los datos consignados son valores mínimos. La existencia de valores menores a los mencionados indica la anulación del puntaje del rubro.

EQUIPAMIENTO

En la dotación de instrumental para la sala (rubro 28) la falta de alguno de los elementos señalados indica la anulación del puntaje del rubro.

El rubro 29 se refiere a las salas que no están ubicadas en la planta baja

En el rubro 38 se debe verificar la existencia de algún sistema eficaz para la distribución de alimentos.

Los demás rubros son de comprobación visual directa.

RECURSOS HUMANOS

En cuanto a la designación del Jefe del Sector interesa que haya un nombramiento oficial y se pone énfasis en la capacitación para administrar y organizar servicios.

En lo que respecta al personal jerarquizado, el evaluador debe tratar de constatar el horario que realmente está obligado a dedicar al sector o el que sistemáticamente cumple en caso que sea mayor que el establecido (rubro 44).

Se señalan los niveles mínimos de cobertura de la atención para cada especialidad (rubros 45, 48, 50, 54 y 55). Las horas de personal asignadas por cama o por paciente día son valores aceptados. La existencia de valores menores a los señalados indica la anulación del puntaje del rubro correspondiente.

Por antigüedad en la especialidad se entiende en el ejercicio de la misma: para el personal de planta el mínimo ideal es de 5 años (rubros 46, 49 y 51), para el Jefe del Sector, de 10 años.

Cuando la Asistente Social es compartida, interesa su disponibilidad y la cantidad de horas en relación al número de camas.

Se entiende por enfermería especializada o capacitada a aquellos que hayan realizado el curso de enfermería psiquiátrica de 1 año de duración o tenga 3 años de capacitación en Servicio (rubro 56).

Con respecto al personal concurrente se considera que éste no debe superar al 50 % del número total de personal de planta (rubro 58). Esto incluye tanto al sistema de concurrencias oficiales como al personal honorario cuya concurrencia está autorizada solamente por el Jefe del Servicio y/o la Dirección del hospital. No se computan los Residentes.

En lo referente al rubro 47, únicamente se consignarán las guardias activas. Si se trata de guardias pasivas se anulará el puntaje correspondiente.

PROCEDIMIENTOS

Este capítulo se refiere a todas las pautas normativas a las que debe ajustarse al quehacer del equipo de salud mental.

Con respecto a los rubros 64, 65 y 66, se debe verificar que realmente existan normas escritas solicitando su presentación y que éstas sean conocidas por el personal profesional. No basta la presentación del conjunto de normas sino que es necesario comprobar el grado de conocimiento y comprensión que el personal tenga de ellas.

El rubro 67 apunta a que los profesionales de mayor entrenamiento y experiencia sean los que tengan a su cargo las entrevistas de admisión y la elección de las posibles estrategias terapéuticas. Por equipo interdisciplinario se entiende aquel integrado por médico, psicólogo, asistente social, terapeuta ocupacional, musicoterapeuta y enfermero psiquiátrico.

Para el rubro 70 se verificará el archivo en la historia clínica de los informes correspondientes.

Con respecto al rubro 71, éste debe incluir todas las actividades mencionadas. La falta de alguna de ellas indica la anulación del puntaje correspondiente.

Para el rubro 73, se comprobará la frecuencia de las salidas con el registro correspondiente en la historia clínica.

El plazo máximo de permanencia del paciente en el Sector será constatado con la fecha de alta consignada en la historia clínica, así como la efectiva derivación a consultorio externo u hospital de día (rubro 76).

En lo referente al seguimiento de los pacientes egresados (rubro 75) ya sea por alta o abandono del tratamiento, es necesario constatar a través del registro en las respectivas historias clínicas, que este seguimiento realmente se efectúe y que no sea un hecho esporádico.

Todos los rubros sobre registro en la historia clínica (81, 82 y 85) deben ser verificados por la observación directa de las mismas. Para el rubro 80, se solicitará la presentación de las normas, en el caso de obtener una respuesta afirmativa.

Con respecto del rubro 86 se solicitará la presentación de las normas de enfermería. Los demás rubros se verificarán por medio de la observación directa.

En lo que se refiere a la existencia de normas para el registro de prestaciones y diagnósticos (rubro 91), en el caso de obtener respuesta afirmativa, se comprobará la existencia de las mismas y el grado de conocimiento y comprensión que el personal tenga de ellas.

El rubro 92 se verificará solicitando la presentación de las historias clínicas correspondientes a los pacientes atendidos o citados para el día anterior al que se realiza la evaluación.

El rubro 93 se verificará por medio de la observación directa, del mismo modo que el cronograma de actividades del sector (rubro 94), donde deben constatar los horarios de admisión, supervisiones, ateneos, reuniones de equipo, visitas y otras tareas asistenciales.

ACTIVIDADES PROGRAMADAS

En lo que se refiere a los rubros de este apartado en caso que las respuestas sean afirmativas, el evaluador deberá verificar la existencia de programas escritos de capacitación, educación sanitaria y/o proyectos de investigación.

(11) Nomenclador de Prestaciones de Salud

Julio de 2000

Cod.	Descripción	Arancel en \$
29.00	SALUD MENTAL	
	ATENCIÓN AMBULATORIA	
29.01	Entrevista individual (por sesión): Admisión, psicoterapia, certificado de salud, interconsulta, psicopedagogía, Psicoprofilaxis, consulta psiquiátrica, rehabilitación psiquiátrica, psicomotricidad, musicoterapia, terapia ocupacional.	9.-
29.02	Entrevista grupal (por paciente por sesión): Admisión, psicoterapia, Psicoprofilaxis, grupos de reflexión, talleres de rehabilitación, talleres comunitarios, grupo de rehabilitación psiquiátrica.	3.-
29.03	Entrevista familiar y de pareja (por sesión por pareja o familia): Admisión, psicoterapia familiar, multifamiliar, psicoterapia de pareja, psicoprofilaxis familiar.	10.-
29.04	Psicodiagnóstico: Psicológico, psicopedagógico Orientación vocacional.	50.-
29.05	Atención domiciliaria (por entrevista):	20.-
29.06	Acompañamiento terapéutico por día (hasta 8 hs.):	20.-
	MODULO DE INTERNACIÓN	
	Arancel diario. Terapia de la especialidad.	
29.07	Crisis psicótica aguda.	45.-
29.08	Internación de subagudos.	25.-
29.09	Internación de rehabilitación.	22.-
29.10	Hostal o casa de medio camino.	15.-
29.11	Hospital de día. Jornada completa.	20.-
29.12	Hospital de medio día o noche.	20.-
	Incluye: Pensión. Honorarios profesionales. Medicamentos y material descartable de uso habitual.	
	REHABILITACIÓN – TALLERES PROTEGIDOS.	
29.13	Adaptación (por día y por paciente, hasta el 3ª mes inclusive). DISCAPACITADOS MENTALES	15.-
29.15	Hospital de día jornada completa (por día).	30.-
29.16	Hospital De medio día (por día)	18.-