

RECOMENDACIONES PARA LA ADECUACIÓN HASTA LA SUSTITUCIÓN DEFINITIVA DE LAS INSTITUCIONES CON INTERNACIÓN MONOVALENTE

**RECOMENDACIONES PARA
LA ADECUACIÓN HASTA LA
SUSTITUCIÓN DEFINITIVA
DE LAS INSTITUCIONES CON
INTERNACIÓN MONOVALENTE**

-2019-

AUTORIDADES NACIONALES

Secretario de Gobierno de Salud

Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

Secretario de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos

Dr. Mario Kaler

Subsecretario de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

Dr. Daniel H. Espinosa

Director Nacional de Salud Mental y Adicciones

Lic. Luciano C. Grasso

ÍNDICE

Introducción	07
1. MARCO NORMATIVO	13
1.1 PAUTAS PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL (aprobadas mediante la Resolución RESOL-2019-715)	14
2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LAS PERSONAS INTERNADAS POR MOTIVOS DE SALUD MENTAL	15
3. RECOMENDACIONES PARA EL PROCESO DE ADECUACIÓN HASTA LA SUSTITUCIÓN DEFINITIVA DE LAS INSTITUCIONES CON INTERNACIÓN MONOVALENTE HACIA REDES INTEGRADAS DE SALUD MENTAL CON BASE EN LA COMUNIDAD	19
Criterios generales para el proceso de adecuación hasta la sustitución definitiva de las instituciones con internación monovalente hacia redes integradas de salud mental con base en la comunidad	19
3.1 Pasos necesarios y etapas a considerar para la implementación de un programa de adecuación hasta la sustitución definitiva de las instituciones con internación monovalente hacia redes integradas de salud mental con base en la comunidad	20
3.1.1 Instituciones existentes con internación monovalente que deben realizar el proceso de adecuación	22
3.2 Acciones transversales necesarias para la implementación de un programa de adecuación hasta la sustitución definitiva de las instituciones con internación monovalente hacia redes integradas de salud mental con base en la comunidad	25
3.2.1 Identificar actores involucrados	25
3.2.2 Información para la comunidad	25
3.2.3 Desarrollo y fortalecimiento de la red de salud mental con base en la comunidad	26
3.2.4 Evaluación de los usuarios y planificación de los procesos de externación	29

3.2.5 Respetar el derecho a la capacidad jurídica	30
4. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	34
APARTADO 1: EVALUACIÓN DE LOS USUARIOS Y PLANIFICACIÓN DEL PROCESO DE EXTERNACIÓN	38
Apartado 1.1: Planilla de evaluación modelo para realizar el Plan de Vida Personalizado (PVP)	42
Apartado 1.2: Temas, estándares y criterios del Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS a considerar	61
APARTADO 2: INSTRUMENTO PARA CARACTERIZACIÓN DE PERFIL INSTITUCIONAL	65
APARTADO 3. LINEAMIENTOS PARA LA PRESENTACIÓN DE PLANES DE ADECUACIÓN HASTA LA SUSTITUCIÓN DEFINITIVA DE LAS INSTITUCIONES CON INTERNACIÓN MONOVALENTE HACIA REDES INTEGRADAS DE SALUD MENTAL CON BASE EN LA COMUNIDAD	69
Pasos	70
1. Caracterizar el PERFIL INSTITUCIONAL de las instituciones con internación monovalente en salud mental	70
2. Definir los procesos para la adecuación hasta la sustitución definitiva de las instituciones con internación monovalente en salud mental	71
3. Monitoreo y evaluación	71
APARTADO 4: GLOSARIO	74

INTRODUCCIÓN

"No hay salud mental por fuera del campo de la salud"

Salud Mental en la política de la Cobertura Universal de Salud

Nuestro país tiene historia en cuanto a un Estado presente que garantiza el derecho a la salud. También sabemos que muchas veces el acceso a los cuidados no es el adecuado si no se garantiza una cobertura real y oportuna, con integralidad y continuidad de los procesos de atención, con redes articuladas de salud que acompañen a las personas y garanticen el ejercicio del derecho en un sistema de salud continente y promotor de crecientes niveles de autonomía.

La Secretaría de Gobierno de Salud ejerce el rol de rectoría sanitaria en el país y en este contexto, promueve como política central la Cobertura Universal de Salud (CUS). Ésta propone la articulación e integración entre la nación, las provincias y los municipios para garantizar el acceso equitativo, la cobertura efectiva, y consecuentemente, el ejercicio pleno del derecho a la salud.

La CUS propone la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria (ESFyC) con un fuerte componente territorial en el Primer Nivel de Atención (PNA) que promueve la articulación e integración del sistema de salud, abordando diferentes problemáticas desde lo biológico, psicológico, social y cultural en el ámbito comunitario y relacional de las poblaciones del país. Esta estrategia define un modelo de atención en el que la población es nominalizada y georreferenciada a efectores de salud y en el que los equipos de salud familiar y comunitaria son responsables de la producción de cuidados y de garantizar la integralidad de los procesos de atención. La CUS promueve fortalecer el avance hacia un sistema de salud más equitativo, de calidad, integral y efectivo.

Salud Mental Comunitaria en la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria

En el marco de la ESFyC, el abordaje de la salud mental es únicamente coherente en un modelo de salud mental comunitaria que promueva el abordaje integral del padecimiento mental, tal como lo establece la normativa vigente a nivel internacional y nacional. Este marco normativo privilegia los modelos de abordaje comunitario basados en la política pública de Atención Primaria de la Salud (APS).

En particular, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (LNSM) es una norma que garantiza el derecho de todas las personas a la atención efectiva y oportuna de la salud mental. La LNSM reconoce a la persona con padecimiento mental como un sujeto de derecho y plantea una modalidad de abordaje comunitario. En base a ello, se conceptualiza a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concepción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Este reconocimiento implica la promoción de la salud mental, la prevención y atención de padecimientos mentales, la participación comunitaria y la detección y el abordaje de los determinantes sociales de la salud. Las problemáticas relacionadas con el padecimiento psíquico constituyen eventos de relevancia en materia de salud pública, representando el 22% de la carga total de enfermedad en América Latina y el Caribe y presentan una tendencia en aumento.

Estos eventos generan importante padecimiento mental y producen consecuencias en la trama económica y productiva de las personas y comunidades, con efectos invalidantes en la esfera vincular y social, contribuyendo a la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura. Distintos documentos internacionales coinciden que entre las problemáticas más prevalentes, con mayor impacto en la salud de la población, se encuentran la depresión, las psicosis, el consumo problemático de drogas y alcohol, el suicidio y las violencias (OPS, 2014; OMS, 2017).

Redes integradas de salud mental con base en la comunidad

Desde la Secretaría de Gobierno de Salud se propone un modelo de atención que aborde efectivamente los problemas de salud mental de nuestro país, que sea acorde a los lineamientos de los organismos internacionales y a la LNSM. El modelo de salud mental comunitaria promueve una atención respetuosa y promotora de los derechos de las personas, familias y comunidades, en pos del efectivo y real acceso a las prestaciones de salud que su proceso de atención requiera.

Se trata de un modelo basado en la promoción de la salud y los cuidados, la prevención, atención y rehabilitación psicosocial que propone un abordaje comunitario, integral, interdisciplinario e intersectorial centrado en las personas y que entiende la complejidad de los procesos de salud – enfermedad – atención – cuidados, en el ámbito territorial donde las personas desarrollan su vida cotidiana. De esta manera se entiende a las problemáticas en salud mental como complejas y multidimensionales en el marco de un proceso de determinación social.

El modelo de abordaje comunitario propone el desarrollo y fortalecimiento de una red integrada de salud mental con base en la comunidad, integrada con los servicios de salud general y con articulación intersectorial. Este modelo se prescribe para los tres subsectores del sistema de salud e implica el desarrollo de diferentes efectores articulados en red: equipos de salud mental interdisciplinarios en los centros de salud del primer nivel de atención, servicios de salud mental en los hospitales generales, sanatorios y policlínicos (con atención ambulatoria, abordaje de las urgencias las 24 horas, interconsulta e internación), centros de día comunitarios, hospitales de día y de noche, diferentes modalidades de dispositivos para la inclusión sociolaboral y dispositivos habitacionales con diferentes niveles de apoyos, dispositivos de arte y salud mental, entre otros.

Todos los dispositivos mencionados deben estar integrados y articulados en función de cada proyecto terapéutico singular, en el marco de la clínica ampliada, como estrategia en la que la persona que padece, y sus vínculos, tienen un rol central. Para ello, estas estructuras deben contar con los recursos necesarios: personal de trabajo de diferentes disciplinas y roles, psicofármacos, insumos, infraestructura adecuada, etc., implicando – necesariamente - una mayor inversión en el sector, así como la descentralización de recursos existentes desde las actuales instituciones con internación monovalente hacia estas estructuras de la red. Esta red debe sustituir de manera progresiva a estas instituciones, ya que no es complementaria de ellas.

Desde la perspectiva del modelo de abordaje comunitario, la distinción de niveles no depende de las características específicas de los efectores, sino de la densidad que asume la red integrada de salud mental con base en la comunidad y de las dimensiones presentes en la intervención, para brindar respuestas de acuerdo a la complejidad biomédica y social que presenta cada problemática. De esta manera, se concibe como máxima complejidad de abordaje a la propia comunidad y a las modalidades de articulación de la red con los diferentes sectores sociales, gubernamentales y no gubernamentales, cuyo fin es garantizar el correcto acceso a la salud en vistas a la inclusión social de las personas con padecimiento mental.

La implementación de la red tiene como objetivo fundamental, brindar respuestas de salud a las personas usuarias de servicios de salud mental respetando sus lazos vinculares, garantizando el acceso a los cuidados formales necesarios y su articulación con los cuidados informales. Esta red apunta a la integración y al sostén de las personas con padecimiento mental en la comunidad, entendiendo que toda persona es sujeto de derecho y valorando la diversidad.

El modelo de abordaje basado en la comunidad parte de la presunción de la capacidad de todas las personas y de su posibilidad de rehabilitación psicosocial. Este abordaje, se funda en el respeto y la promoción de los derechos humanos, y propicia acciones del equipo de salud para acompañar el ejercicio efectivo de esos derechos. Apunta a superar la cronificación y la estigmatización, así como también a disminuir el incremento de las brechas de atención propios del modelo manicomial evitando las internaciones innecesarias.

Adecuación hasta la sustitución definitiva de las instituciones con internación monovalente hacia redes integradas de salud mental con base en la comunidad

Esta publicación es el resultado de un trabajo colaborativo entre autoridades de salud mental de las jurisdicciones; Organización Panamericana de la Salud (OPS); Secretaría de Derechos Humanos; Órgano de Revisión Nacional y del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Además, se contó con aportes del Consejo Consultivo Honorario; expertos de la temática, y referentes de instituciones con internación monovalente de salud mental.

Este documento forma parte de la serie “Recomendaciones para la Red Integrada de Salud Mental con Base en la Comunidad”. Si bien no consideramos a las instituciones con internación monovalentes como parte de esa red, es necesario proponer lineamientos que orienten programas tendientes a su adecuación y sustitución definitiva. Esta recomendación da cumplimiento a:

ARTÍCULO 27. “Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos”.

El modelo de salud mental comunitaria es sustitutivo del hospital con internación monovalente en salud mental.

Reglamentación ARTÍCULO 27.- “La Autoridad de Aplicación en conjunto con los responsables de las jurisdicciones, en particular de aquellas que tengan en su territorio dispositivos monovalentes, deberán desarrollar para cada uno de ellos proyectos de adecuación y sustitución por dispositivos comunitarios con plazos y metas establecidas. La sustitución definitiva deberá cumplir el plazo del año 2020, de acuerdo al CONSENSO DE PANAMÁ adoptado por la CONFERENCIA REGIONAL DE SALUD MENTAL convocada por la ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) “20 años después de la Declaración de Caracas” en la CIUDAD DE PANAMÁ el

8 de octubre de 2010. La presentación de tales proyectos y el cumplimiento efectivo de las metas en los plazos establecidos, será requisito indispensable para acceder a la asistencia técnica y financiera que la Autoridad de Aplicación nacional disponga. El personal deberá ser capacitado y destinado a los dispositivos sustitutos en funciones acordes a su capacidad e idoneidad. La Autoridad de Aplicación en conjunto con las jurisdicciones, establecerá cuales son las pautas de adaptación de los manicomios, hospitales neuropsiquiátricos o cualquier otro tipo de instituciones de internación monovalentes que se encuentren en funcionamiento, congruentes con el objetivo de su sustitución definitiva en el plazo establecido. También establecerá las pautas de habilitación de nuevos servicios de salud mental, públicos y privados, a los efectos de cumplir con el presente artículo. La adaptación prevista deberá contemplar la desconcentración gradual de los recursos materiales, humanos y de insumos y fármacos, hasta la redistribución total de los mismos en la red de servicios con base en la comunidad. La implementación de este lineamiento no irá en detrimento de las personas internadas, las cuales deberán recibir una atención acorde a los máximos estándares éticos, técnicos y humanitarios en salud mental vigentes.”

El objetivo de esta publicación es proveer herramientas a los gestores de las políticas públicas, a los trabajadores del campo de la salud mental; actores institucionales con capacidad de decisión, organizaciones de la sociedad civil y demás actores involucrados para que puedan iniciar, continuar y/o profundizar la adecuación hasta la sustitución definitiva de las instituciones con internación monovalente de salud mental, tanto del sector público, de la seguridad social como del sector privado. Si bien este documento está orientado a las instituciones con internación monovalente de salud mental, se considera que se debe promover que todos los dispositivos de la red de salud mental realicen un abordaje de la misma que garantice el efectivo derecho de las personas con padecimientos mentales y el cumplimiento de la LNSM.

En el recorrido del documento encontrarán orientaciones generales para el proceso de adecuación hasta su sustitución definitiva por la red integrada de salud mental con base en la comunidad. Cabe aclarar que dichos procesos necesariamente deberán adaptarse a las realidades y especificidades de cada territorio y cada comunidad.

Recomendaciones para la lectura:

A continuación, se presenta un gráfico que orienta la lectura del proceso sugerido para la adecuación hasta la sustitución definitiva de las Instituciones con internación monovalente de salud mental, considerando las diferentes opciones propuestas; pasos; etapas y acciones transversales consideradas para el proceso

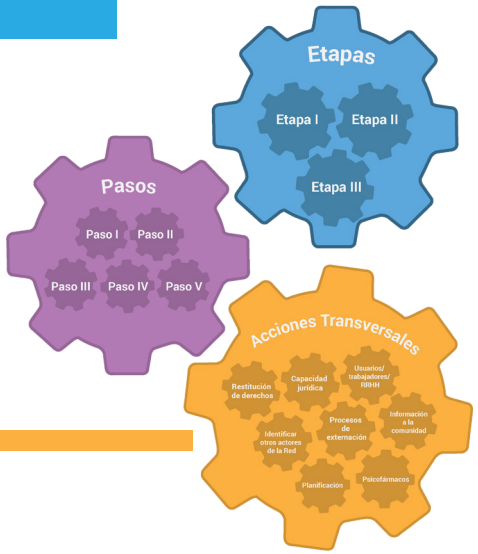
Recomendaciones para la adecuación hasta la sustitución definitiva de las instituciones con internación monovalente hacia redes integradas de salud mental con base en la comunidad



Opciones

- Sustitución definitiva de la institución con internación monovalente.
- Adecuación por vía de sustitución en hospital general.

Planes de Adecuación y Sustitución de las instituciones con internación monovalente



1. MARCO NORMATIVO

La LNSM dispone la reformulación de los sistemas de atención de la salud mental, su desarrollo en redes integradas y articuladas de servicios con base en la comunidad, y la vinculación con diversas áreas del Estado y de la Sociedad Civil como estrategias para generar acciones integrales que puedan dar cuenta y respuesta no sólo de los diferentes modos en que se presenta el padecimiento mental sino también de los procesos de determinación social en salud mental. Esta normativa - de igual manera que el Código Civil y Comercial de la Nación - explicita la necesidad de partir de la presunción de capacidad de todas las personas.

De acuerdo a la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, en adelante CDPD (establecida con Jerarquía constitucional en Argentina a partir de Ley N° 27.044), la implementación de sistemas de apoyo permite a las personas con discapacidad el ejercicio de sus máximos niveles de capacidad subjetiva y, consecuentemente, de sus derechos. Esto requiere el desarrollo de modalidades terapéuticas que sean superadoras del modelo actual, que prioricen y promuevan el fortalecimiento de las redes sociales y comunitarias, en el contexto social donde habitualmente las personas desarrollan sus actividades cotidianas. El artículo 19° de este tratado es claro al establecer que estas personas tienen derecho a vivir de modo independiente en la comunidad, eligiendo dónde y con quién vivir.

La LNSM insta enfáticamente a la adopción de un modelo comunitario de abordaje, sustitutivo del modelo asilar, y a la reconstrucción de las redes sociales e institucionales que hagan más efectivas las respuestas de los efectores y prestadores. Conjuntamente con la Ley de Derechos del Paciente (N° 26.529), apunta a reconocer al usuario del sistema de salud como titular de derechos, fomentando su autonomía y su desempeño pleno como sujeto.

Además de la normas ya mencionadas en este apartado constituyen el marco normativo: La Declaración de Caracas; Los Principios para la Protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención en salud mental (ambos constitutivos de la LNSM); la de Protección de Datos Personales N° 25.326; las 100 reglas de Brasilia de Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad; y la Ley N° 25.280 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de Salud N° 26529.

En el presente documento utilizaremos los términos que correspondan con la normativa que se menciona: nos referiremos a “padecimiento mental” cuando se haga mención a la LNSM y su decreto reglamentario, a “persona con discapacidad” cuando se refiera a la CDPD, y a usuario/a de los servicios de salud en las demás situaciones.

1.1 PAUTAS PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL¹ (aprobadas mediante la Resolución RESOL-2019-715)

Estas Pautas dan cumplimiento al artículo 27° de la LNSM que plantea: “la Autoridad de Aplicación debe establecer las pautas de habilitación de nuevos servicios de salud mental, públicos y privados.” Apuntan a la creación y definición de “un modelo comunitario de atención y la conformación de una red integrada de salud mental con base en la comunidad que integre a los servicios de salud general y se desarrolle en articulación intersectorial”.

La implementación de este modelo implica al trabajo intersectorial en tanto política integral, dado que la complejidad de la situación a abordar requiere el desarrollo de estrategias con intervención de los distintos sectores en corresponsabilidad con el sector salud.

Las pautas tienen por propósito elaborar recomendaciones de organización y funcionamiento para los establecimientos de salud mental del ámbito público, privado, y de la seguridad social. Las mismas fueron consultadas y recibieron aportes del CONSEJO CONSULTIVO HONORARIO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES creado por el artículo 2° del Decreto N° 603/13 y además cuentan con los aportes y aprobación del ÓRGANO DE REVISIÓN, conforme su Resolución SE 5/18 y de la ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS).

El desarrollo de la red integrada de salud mental sustituye, de manera progresiva, a las instituciones con internación monovalente de salud mental que existen en la actualidad y que además se encuentra prohibida su creación por el artículo 27° de la LNSM.

Habiendo elaborado y aprobado las PAUTAS PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL es necesario avanzar en las RECOMENDACIONES PARA EL PROCESO DE ADECUACIÓN HASTA LA SUSTITUCIÓN DEFINITIVA DE LAS INSTITUCIONES CON INTERNACIÓN MONOVALENTES a fin de poder brindar herramientas a los efectores para su adecuación a la red integrada de salud mental con base en la comunidad.

¹ Pautas para la Organización y Funcionamiento de Dispositivos de Salud Mental. Disponible en http://www.msal.gobar.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001448cnt-2019-04_pautas-organizacion-funcionamiento-salud-mental.pdf

2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LAS PERSONAS INTERNADAS POR MOTIVOS DE SALUD MENTAL

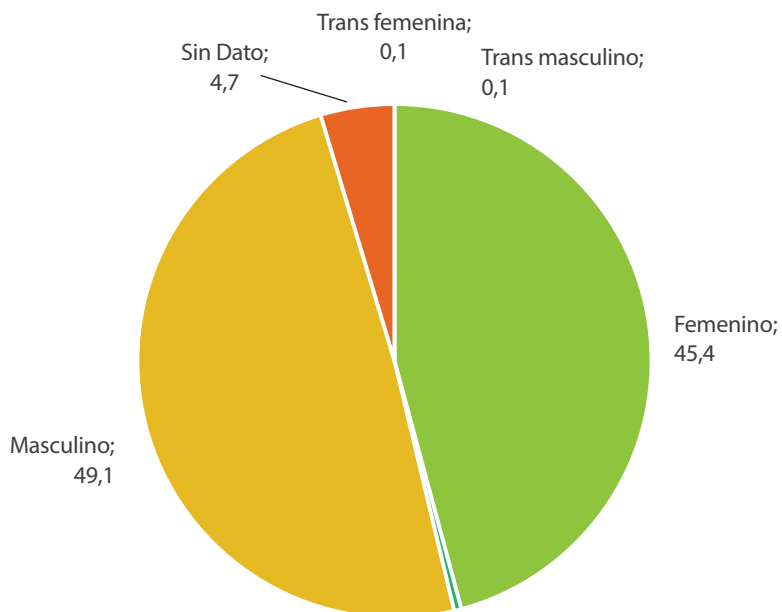
Durante 2018 y 2019 se realizó en Argentina el Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental (CNSM). El mismo es un relevamiento realizado con el objetivo de caracterizar la población internada por motivos de salud mental en establecimientos de internación monovalente en salud mental de la República Argentina. Se incluyeron los establecimientos del ámbito público y privado.

Se elaboró un instrumento de recolección de datos que se elevó a consideración y recibió los aportes del Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental y Adicciones, y además contó con los aportes y avales de la Organización Panamericana de la Salud y el Órgano de Revisión Nacional de la Ley de Salud Mental. Además, se diseñó una metodología de implementación, recolección, digitalización y carga de la información. La prueba piloto del instrumento, de la dinámica de trabajo y de la metodología de digitalización y carga de la información se realizó en las provincias de La Rioja y Jujuy.

Se realizaron 181 operativos territoriales en los que se relevaron 162 instituciones (41 públicas) de 21 jurisdicciones del país. No se incluyeron en esta etapa del relevamiento Santa Cruz, Formosa y Tierra del Fuego Antártida e Islas del Atlántico Sur por no contar con las instituciones antes descriptas. Se censaron en total 12.035 personas.

El promedio de edad fue de 50 años, y la mediana de 51. El 75% de las personas tenían entre 18 y 65 años, o sea que se encuentran en el rango de población económicamente activa. En cuanto a la distribución por género, se observó que fue mayor la proporción de personas autopercebidas como varones. (Figura 1)

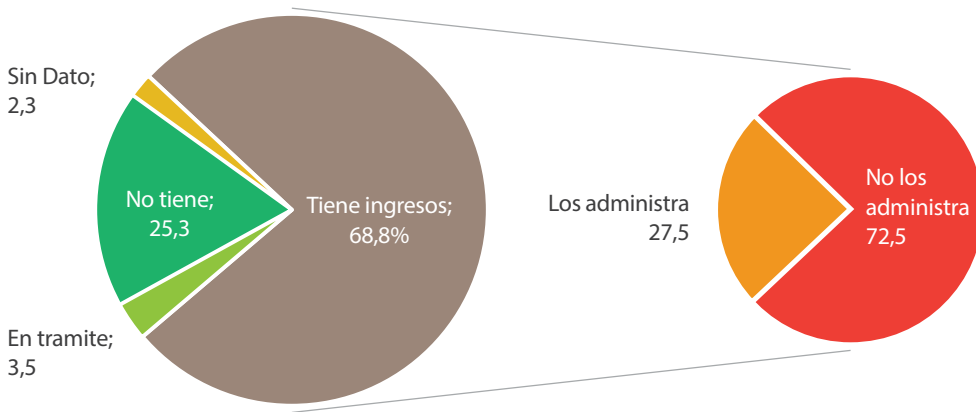
Figura 1: Distribución por género de las personas internadas. CNSM. Años 2018 y 2019. República Argentina.



Fuente: *Elaboración propia.*

El 92% de las personas refirió contar con DNI. De estos, el 88% refirió no tenerlo en su poder. Por otro lado, el 68,8% de las personas refirió percibir algún ingreso económico. Se destaca que, de éstas, el 72% refirió no administrar dichos ingresos. (Figura 2)

Figura 2: Referencia de percepción de ingresos, y su administración, de las personas internadas. CNSM. Años 2018 y 2019. República Argentina.



Fuente: *Elaboración propia.*

En relación a la cobertura de salud, se observó que el 20,9% de las personas internadas refirieron contar con cobertura pública exclusiva. El resto manifestó alguna cobertura (obra social, prepaga, plan estatal).

Con respecto a la realización de comunicaciones telefónicas y salidas, el 41,6% de las personas refirió poder realizar llamadas telefónicas; el 65,9% de las personas refirió haber recibido visitas y el 40,4% de las personas refirió no haber realizado salidas en el último mes (solo o acompañado).

En cuanto a la firma de consentimiento informado y los motivos de internación, los equipos tratantes refirieron que el 71,5% de las personas no firmaron consentimiento y que el 36,4% de las personas continúan internadas por presentar riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

El promedio de tiempo transcurrido desde la última internación registrada en la institución fue de 8,2 años. El 25% de la población internada estuvo 11 años o más en la institución. En el sector público dicho promedio asciende a los 12,5 años y en el sector privado desciende a 4,2 años.

Esta información es fundamental para avanzar en los procesos de adecuación de estas instituciones.

Todas las jurisdicciones del país deberían considerar la información suministrada por el censo al momento de avanzar en sus planes de adecuación. Así mismo, se recomienda realizar periódicamente sus propios relevamientos a fin de complementar la información proporcionada por este y mantener actualizados los datos de sus respectivas jurisdicciones.

3. RECOMENDACIONES

PARA EL PROCESO DE ADECUACIÓN HASTA LA SUSTITUCIÓN DEFINITIVA DE LAS INSTITUCIONES CON INTERNACIÓN MONOVALENTE HACIA REDES INTEGRADAS DE SALUD MENTAL CON BASE EN LA COMUNIDAD

El proceso de adecuación hasta la sustitución definitiva de los hospitales con internación monovalente apunta al cierre, adecuación o transformación de estas instituciones hacia la forma funcional y jurídica que cada comunidad considere adecuada, en el marco del cumplimiento de la LNSM, a la vez que sean sustituidos por una red integral que brinde respuestas a las necesidades de los usuarios.

Este proceso en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos (artículo 27° LNSM)

Criterios generales para el proceso de adecuación hasta la sustitución definitiva de las instituciones con internación monovalente hacia redes integradas de salud mental con base en la comunidad

“Los hospitales psiquiátricos producen malos resultados clínicos, se asocian con un aumento en lugar de una disminución de la discapacidad, estigmatizan pacientes, familias y todas las personas con trastornos mentales y que están asociados con violaciones de los derechos humanos... La desinstitucionalización es, por consiguiente, una parte necesaria para reformar la prestación de servicios de salud mental. Sin embargo, la desinstitucionalización no significa simplemente dar de alta a las personas de estadías prolongadas en los hospitales psiquiátricos, es un proceso que implica cambios significativos y sistemáticos mediante los cuales la prestación de servicios se vuelve predominantemente comunitaria en lugar de institucional. La provisión comunitaria de servicios tiene que ir de la mano con la reducción del número de personas en hospitales psiquiátricos. A la larga, los ahorros del cierre de hospitales psiquiátricos pueden esperarse que compense el aumento del gasto en servicios basados en la comunidad. En el período de transición, sin embargo, los servicios tienen que incurrir en costos de funcionamiento dobles” (OMS, 2003).

La desinstitucionalización consiste en la adecuación de las instituciones monovalentes con internación de salud mental hasta su sustitución definitiva por la red de servicios mencionada. Es decir que implica no sólo el cierre de las instituciones monovalentes sino también y fundamentalmente la apertura y/o desarrollo de instituciones de base comunitaria, y la reformulación de las prácticas en salud que en ellas se desarrollan.

La desinstitucionalización se diferencia de la transinstitucionalización dado que la segunda consiste en trasladar a las personas internadas a otras instituciones totales como hogares, asilos o geriátricos.

La desinstitucionalización implica una respuesta superadora: apunta a que las personas puedan vivir en la comunidad con los apoyos necesarios, y que en caso de necesitar una internación por motivos de salud mental ésta se implemente en los términos de la LNSM y su decreto reglamentario. El modelo que se propone se caracteriza por la apertura e integración de las prácticas institucionales a las redes de salud mental con base en la comunidad. A través de su aplicación se logra promover y sostener canales legítimos de participación comunitaria y, al mismo tiempo, facilita la integración con otros sectores gubernamentales y sociales, con el objetivo de promover y garantizar los procesos de inclusión y restitución del lazo social. Esto comprende la coordinación y articulación con actores e instituciones más allá del sector salud, considerando los aportes que cada uno pudiera realizar, así como la adopción de prácticas de promoción, prevención y rehabilitación de la salud acorde con el respeto, la promoción y la garantía de los Derechos Humanos. Además, la noción de intersectorialidad debe involucrar estrategias conjuntas, integrales e integradas que se definan en el marco de una política social.

3.1 Pasos necesarios y etapas a considerar para la implementación de un programa de adecuación hasta la sustitución definitiva de las instituciones con internación monovalente hacia redes integradas de salud mental con base en la comunidad

I) Inclusión del componente de salud mental en el primer nivel de atención².

II) Las camas, las instalaciones y el personal especializado deben estar disponibles en hospitales generales³ para el abordaje de la salud mental, incluyendo situaciones que requieran internación.

² Para este punto considerar el Documento de Recomendaciones para el Abordaje de la salud mental en el primer nivel de atención. Disponible en <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001661cnt-abordaje-salud-mental-primer-nivel-atencion.pdf>

³ Los hospitales generales deben reunir las normativas vigentes para los establecimientos de salud y además considerar los Requisitos de buenas prácticas para el Funcionamiento de los Servicios de Salud (resolución GMC 1/2015) y, los lineamientos para Atención de la Urgencia en salud mental

III) El personal de los hospitales con internación monovalente existentes, así como del resto de los dispositivos de la red de salud mental con base en la comunidad deben recibir capacitación apropiada para ocupar puestos en los diferentes entornos de la red. Además, son fundamentales las acciones de capacitación sobre el abordaje adecuado de salud mental destinadas a otros sectores (justicia, educación, seguridad, etc.)

IV) Los psicofármacos deben estar disponibles en el primer nivel de atención y en los hospitales generales.

V) Los cuidados de salud mental comunitarios formales e informales⁴ deben ser introducidos con el fin de lograr la inclusión social de todas las personas.

Cuadro 1: Pasos necesarios a considerar para la implementación de un programa de adecuación. Elaboración propia en base a "Organización de servicios de Salud Mental. OMS, 2003"

En la medida que estas alternativas basadas en la comunidad se vayan desarrollando, la adecuación y sustitución definitiva de las Instituciones con internación monovalente hacia redes integradas de salud mental con base en la comunidad debería proceder en las siguientes etapas:

I) Todas las nuevas admisiones en hospitales con internación monovalente deben detenerse y las personas con criterio de internación deben ser atendidas en hospitales generales.

II) Es necesario trabajar con las familias de usuarios que se darán de alta y sus referentes vinculares con el fin de proporcionar acompañamiento y apoyo durante el proceso de externación, alta y vida en la comunidad⁵.

III) El alta debe comenzar con los usuarios que se encuentren en situación de menor complejidad y debe gradualmente continuar con aquellos que se encuentren en situación de mayor complejidad⁶.

Cuadro 2: Etapas indispensables para la Adecuación y Sustitución de instituciones con internación monovalentes. Elaboración en base a "Organización de servicios de Salud Mental. OMS, 2003"

⁴ Se entiende por cuidados informales aquellos brindados por la red socio afectiva de cada persona.

⁵ La participación de las familias y los referentes vinculares implica un proceso de trabajo central en todas las instancias del abordaje de la salud mental. Este proceso conlleva el desarrollo de vínculos de confianza y la constitución de un equipo entre trabajadores de la salud, referentes y por supuesto el propio usuario. En este trabajo resulta fundamental valorar y considerar la experiencia y saberes, así como a todos los involucrados. Se recomienda a los trabajadores promover el desarrollo de organizaciones de usuarios y familiares.

⁶ Se entiende por situaciones de mayor complejidad a aquellas en las que intervienen mayor cantidad de factores de diferente orden obstaculizando la externación de la persona y su vida en la comunidad. Por ejemplo: mayor tiempo de institucionalización, déficit en las condiciones materiales de existencia, pérdida o debilitamiento de vínculos afectivos, desarraigo, entre otros.

Estos pasos se realizan simultáneamente al proceso de desarrollo y fortalecimiento de la red integrada de salud mental con base en la comunidad acorde a las Pautas para la Organización y Funcionamiento de Dispositivos de Salud Mental. Los efectores que conforman dicha red son:

Establecimiento de salud sin Internación, de Diagnóstico y Tratamiento	Establecimiento de salud con Internación General
<ul style="list-style-type: none"> - Consultorio de salud mental - Componente de salud mental en Centro de Salud - Centro de Día Comunitario - Centro de Día Comunitario Infanto Juvenil - Hospital de Día Comunitario - Dispositivos de Inclusión Socio laboral - Dispositivos de Inclusión Habitacional con distintos niveles de apoyo 	<p>Servicio de salud mental en institución de salud polivalente</p>

3.1.1 Instituciones existentes con internación monovalente que deben realizar el proceso de adecuación

Considerando los pasos necesarios y etapas mencionados previamente en el punto 3.1 “Pasos necesarios y etapas a considerar para la implementación de un programa de adecuación y sustitución definitiva de las instituciones con internación monovalente hacia redes integradas de salud mental con base en la comunidad”, se proponen opciones de adecuación de acuerdo al sector a donde pertenezca la institución considerando las diferencias en el perfil institucional.

3.1.1.1 Sector Público

Las opciones consideradas para las instituciones con internación monovalente existentes del sector público son:

Sustitución definitiva de la institución con internación monovalente

En este caso, se llevarían adelante los pasos mencionados previamente en punto 3.1 “Pasos necesarios a considerar para la implementación de un programa de adecuación y sustitución definitiva de las instituciones con internación monovalente hacia redes integradas de salud mental con base en la comunidad”. Esto implica además de lo detallado en los pasos y etapas, necesariamente el pasaje del servicio de urgencia y de agudos del hospital con internación monovalente al hospital general; el cierre de las admisiones; promover las externaciones a través del armado de los planes de vida entre otras acciones que se desarrollan en el punto 3.2 “Acciones transversales necesarias para la implementación de un programa de adecuación y sustitución definitiva de las instituciones con internación monovalente hacia redes integradas de salud mental con base en la comunidad”. A su vez, paulatinamente se deberán crear los dispositivos comunitarios alternativos (se ampliará en el punto 3.2.3 en “Desarrollo y fortalecimiento de la red integrada de salud mental con base en la comunidad”), acorde a las Pautas para la Organización y Funcionamiento de Dispositivos de Salud Mental y el espacio físico del hospital con internación monovalente deberá convertirse hacia éstos otros efectores de la red de salud u otras instituciones de la comunidad (educativas, culturales, deportivas, entre otras) de acuerdo a las necesidades de ésta.

Adecuación por vía de sustitución en hospital general⁷

En primera instancia sería necesario analizar si en la comunidad, de acuerdo a sus características, es adecuada la creación de un nuevo hospital general como dispositivo de la red. Este proceso de análisis, debería hacerse de manera participativa con la comunidad. En caso que se considere adecuado, la decisión de realizar la adecuación de una institución con internación monovalente de salud mental por vía de sustitución por un hospital general implica:

- 1) Limitar desde un inicio de forma total el ingreso de nuevos usuarios a los sectores de larga estadía del hospital.
- 2) Incorporar progresivamente distintos servicios sanitarios que lo constituyan en hospital general, siendo el área de salud mental uno más entre ellas. Se recomienda

⁷ HOSPITAL GENERAL: Es una unidad operativa que provee atención de salud ambulatoria e internación, por lo menos, en las cuatro especialidades básicas y algunas subespecialidades de acuerdo al perfil epidemiológico de su área de influencia y emergencias; dispone de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y podría incorporar odontología, medicina física y de rehabilitación; resuelve las referencias recibidas de las unidades de menor complejidad y las contrarrefiere. Realiza docencia e investigación. Corresponde al segundo nivel de prestación de servicios. Estos pueden ser del sector público o privado (Paim, 2013)

considerar: Pautas para la organización y Funcionamientos de los dispositivos de Salud Mental y además Abordaje de la Salud Mental en Hospitales Generales⁸.

3) Articulación entre la atención de la urgencia, la internación y el tratamiento ambulatorio. Se recomienda: Atención de la Urgencia en Salud Mental.

4) Generación de dispositivos comunitarios, mencionado en Desarrollo y fortalecimiento de la red de salud mental con base en la comunidad, acorde a las Pautas para la Organización y Funcionamiento de Dispositivos de Salud Mental y el espacio físico del hospital con internación monovalente que no fuese utilizado deberá convertirse hacia éstos otros efectores de salud u otras instituciones de la comunidad (educativas, culturales, deportivas, entre otras) de acuerdo a las necesidades de la comunidad.

Esto conlleva la supresión de las camas en las instituciones con internación monovalentes y la redistribución de los recursos previamente destinados a ellos en servicios comunitarios⁹

En caso de contar con un número importante de usuarios con problemáticas de consumo de sustancias y de salud mental, considerar la modalidad de prestaciones propuesta por las PAUTAS PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE TRATAMIENTO EN CONSUMOS PROBLEMÁTICOS.

3.1.1.2 Sector Privado

El sector privado también debe adaptarse a la normativa general de la vigente LNSM considerando los pasos, etapas y opciones mencionados previamente. Además, considerar la gestión asociativa supervisada, es decir la articulación mediante convenios con instituciones que aseguren prestaciones clínico-asistenciales diversificadas. En este caso, la institución en proceso de adecuación deberá garantizar una atención integral e integrada a la institución polivalente.

El armado de la red en este sector y el sector de obras sociales, puede implicar la articulación formal e informal para el logro de objetivos comunes entre áreas de las administraciones nacionales, provinciales y locales de salud, sociedad civil, asociaciones y colegios de profesionales y/o técnicos, y otras estructuras que hagan al funcionamiento comunitario de la red.

⁸Abordaje de la Salud Mental en Hospitales Generales. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001388cnt-2018-12_recomendacion-en-hospitales-generales.pdf

⁹ En lugar de asignar la mayor parte de los recursos a los hospitales monovalentes, se debe dar prioridad al financiamiento de los servicios de Salud Mental Comunitaria y APS, conforme a una estrategia equilibrada de atención dirigida a las múltiples fuentes que representan los problemas de salud mental a nivel poblacional. (OPS, 2018)

Cada institución con internación monovalente de salud mental del sector privado debe presentar los planes de adecuación a las direcciones/departamentos de salud mental de los ministerios de salud provinciales para que los mismos puedan acompañar, asesorar y supervisar el proceso de adecuación.

3.1.1.3 Seguridad Social

Si bien no existen instituciones con internación monovalente de salud mental dependientes de la seguridad social, sino que dicho subsector brinda su atención a través de efectores del sector privado, se considera necesario articular, sensibilizar e involucrar al subsector de la seguridad social en el proceso de adecuación para que su red asistencial también esté enmarcada en los lineamientos de la LNSM.

3.2 Acciones transversales necesarias para la implementación de un programa de adecuación hasta la sustitución definitiva de las instituciones con internación monovalente hacia redes integradas de salud mental con base en la comunidad¹⁰

3.2.1 Identificar actores involucrados

Los actores involucrados en un programa de adecuación son, entre otros, decisores políticos; financiadores, trabajadores, organizaciones de la sociedad civil, organizaciones sindicales; usuarios; obras sociales, sector privado, seguridad social, población de referencia y todos aquellos que se consideren pertinentes de acuerdo a cada situación particular. Este mapeo de actores involucrados podría hacerse de manera participativa.

Este proceso plantea un escenario de tensiones, ya que todos los actores se verán implicados de una u otra forma por las acciones del proyecto que se pretenda ejecutar.

El proceso de adecuación implica de modo indispensable decisión política y administrativa en su planificación y gestión, idealmente del ámbito sanitario gubernamental y de otros sectores del Estado para avanzar en ese sentido, contando con la cooperación intersectorial de diferentes áreas estatales y de la sociedad civil.

3.2.2 Información para la comunidad

Todo proceso de adecuación de las instituciones con internación monovalente de salud mental tendrá un impacto en la opinión pública. De allí que la comunicación con la

¹⁰ A fines de este documento se han seleccionado las siguientes acciones transversales, sin perjuicio de todas aquellas otras que también son necesarias para la implementación de un proceso de adecuación como por ejemplo la formación del recurso humano; la implementación de mecanismos de monitoreo y control; la producción de información, entre otras que se mencionan en otros ítems del documento.

comunidad en la cual se desarrolla dicho proceso será otro de los aspectos claves a tener en cuenta. Para la adecuación de las instituciones, se sugiere trabajar a partir de la planificación local participativa (o planificación estratégica participativa).

Es importante considerar la historia de la institución y la relación con la localidad donde está emplazada para desarrollar estrategias de comunicación que despejen dudas e interrogantes sobre el proceso que se llevará a cabo. Habrá que desarrollar entonces gacetillas de prensa, conferencias con periodistas, notas en redes sociales –y demás herramientas de comunicación- para brindar la información necesaria sobre el plan de trabajo y llevar claridad en torno al destino de los usuarios, el trabajo de los equipos de salud, la apertura de dispositivos de inclusión, y el nuevo rol que asumirá la institución en el marco de la normativa vigente y la evidencia nacional e internacional sobre el paradigma de atención con base en la comunidad.

3.2.3 Desarrollo y fortalecimiento de la red integrada de salud mental con base en la comunidad

Las recomendaciones de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, señalan la necesidad de organizar el sistema de salud en redes, en base a los principios del modelo de salud mental comunitaria.

La implementación de dicha red tiene como objetivo fundamental brindar respuestas a los usuarios y a sus referentes vinculados, garantizando el acceso a los cuidados necesarios para ellos y para toda la comunidad en que está instalada. Apunta a la interacción y al sostén de las personas con padecimiento mental en la comunidad, entendiendo que toda persona es sujeto de derecho. Es fundamental que el personal de salud, así como los usuarios y sus familiares conozcan las herramientas y prestaciones públicas referidas a la seguridad social y las garantías de acceso a ingresos económicos, prestaciones sanitarias, medicación (ley de medicamentos) y certificaciones correspondientes (Certificado Único de Discapacidad, Certificado Médico Oficial, Historia Clínica).

Debe trabajarse en conjunto con los recursos de las áreas de Desarrollo Social de todos los niveles, las provincias y los municipios, ANSES, INSSJyP, Superintendencia de Servicios de Salud y demás programas y prestadores sociosanitarios.

Además, se recomienda que en las jurisdicciones se promuevan las instancias creadas por la LNSM, que favorezcan los procesos de desinstitucionalización, tales como la creación de Órganos de Revisión Locales, CONISMA y Consejos Consultivos Honorarios Locales.

Otro punto a tener en cuenta es la promoción de Mesas de Externación (u otros dispositivos similares), en las que estén representados todos los actores involucrados en el proceso de externación e inclusión social de las personas internadas. La finalidad se centra en coordinar las prestaciones e intervenciones que son necesarias para el

abordaje y la continuidad de cuidados de salud mental. En esta instancia el rol de las organizaciones de usuarios y familiares es vital para lograr una visibilización adecuada de problemáticas y soluciones, y para promover la restitución de derechos vulnerados. Las intervenciones mencionadas forman parte de estrategias personalizadas de inclusión social que requieren la acción de diversos sectores según las necesidades de cada situación.

El proceso de inclusión social consiste en generar los acompañamientos y apoyos necesarios para que cada persona pueda vivir en la comunidad en lugar de hacerlo en instituciones monovalentes en cualquiera de sus formas.

Aspectos administrativos y financieros

Para el desarrollo y fortalecimiento de la red integral de salud mental con base en la comunidad es requisito considerar la planificación de aspectos administrativos y financieros.

El financiamiento es un factor clave en la puesta en marcha de un sistema de salud mental viable. Es el mecanismo a través del cual los planes y las políticas se traducen en actuaciones mediante la asignación de recursos. (OMS, 2009)

En este proceso de planificación deben involucrarse referentes de áreas administrativas y financieras además de los actores mencionados en el punto 3.2.1 "Identificar actores involucrados". Quienes participen deben disponer de conocimientos respecto al financiamiento del sistema de salud general en donde se encuentra incluida la salud mental.

Será necesario además en esta instancia analizar los servicios existentes y los recursos disponibles. Esto debería incluir los costos de mantenimiento administrativo y de infraestructura (de los diferentes dispositivos de la red); fuentes de financiamiento y las relaciones de éstas con los diferentes recursos y las funciones en la red.

Una vez que se analicen los recursos existentes se deberían asignar fondos para las prioridades de planificación, considerando el proceso de adecuación de las instituciones con internación monovalente.

Se recomienda elaborar un presupuesto para lograr los objetivos en términos monetarios que se encuentre vinculado a las prioridades de las políticas y planes, y no únicamente a la de los servicios, promoviendo el incremento paulatino de las partidas destinadas a salud mental comunitaria, de conformidad con lo establecido por el artículo 32° de la LNSM.

Paralelamente será necesario adecuar las actividades y procesos financieros a procesos administrativos adecuados que consideren aspectos administrativos/adquisiciones; sistemas de información; evaluación y análisis.

Una planificación adecuada de los procesos de financiamiento puede ser una herramienta para introducir innovaciones y traccionar el proceso de adecuación en los sistemas de salud mental hacia modelos de atención comunitaria.

El análisis situacional a nivel mundial como así en nuestro país muestra que gran parte del presupuesto de salud mental se invierte en las instituciones con internación monovalente. Por lo cual se requiere que, junto con la adecuación de la red de salud mental además de la redistribución y descentralización paulatina de los recursos humanos, se redistribuya los recursos financieros desde el hospital con internación monovalente hacia otros dispositivos de la red de salud mental con base en la comunidad.

Considerando que los presupuestos se planifican anualmente, una vez que se realice la planificación, el presupuesto y el flujo financiero, se visibilizarán las necesidades de inversión para el año siguiente. En base de ello se recomienda que se plasmen en los planes de adecuación los porcentajes e ítems previstos a solventar por cada uno de los diferentes actores involucrados.

Allí deberá consignarse el financiamiento para implementar el plan de adecuación a cargo de la jurisdicción y el financiamiento a cargo del Estado Nacional, acorde al art. 41 de la LNSM, que plantea que este debe promover convenios con las jurisdicciones para garantizar el desarrollo de acciones conjuntas tendientes a implementar los principios expuestos en la presente ley, como por ejemplo acciones de cooperación técnica, económica y financiera de la Nación.

Paralelamente a los aspectos financieros y administrativos, y de la vía de sustitución elegida, se debe realizar un proceso de adecuación de prácticas sanitarias en materia de salud mental, reemplazando el modelo tutelar por un modelo de abordaje interdisciplinario enmarcado en la red integrada de salud mental con base en la comunidad.

Este modelo es el adecuado para los 3 subsectores del sistema de salud (público, privado y seguridad social) e implica el desarrollo de diferentes efectores articulados en red: equipos de salud mental interdisciplinarios en los centros de salud del primer nivel de atención; servicios de salud mental en hospitales generales, sanatorios y clínicas; centros de día comunitarios; hospitales de día y diferentes modalidades de dispositivos para la inclusión sociolaboral y habitacional con diferentes niveles de apoyo, entre otros.

Planificación del proceso de adecuación

Cada estrategia particularizada de sustitución y desarrollo de la red deberá responder a una planificación sociosanitaria de la región en la cual se encuentra, considerando el emplazamiento de la institución y dimensiones de esta.

Dentro de la planificación de la red local se recomienda que los centros de salud del primer nivel de atención incluyan el componente de salud mental abordando las problemáticas de salud mental y considerando el acceso de psicofármacos en estos niveles.

En el marco de la implementación del componente territorial de la CUS, la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria del Ministerio de Salud y Desarrollo Social propone la articulación e integración del sistema de salud. En esta estrategia se define un modelo de atención en el que la población es nominalizada y georreferenciada y en que los equipos de salud familiar y comunitaria son responsables de la producción de cuidado y de garantizar la integralidad de los procesos de atención. Esto implica la creación de Equipos Interdisciplinarios y Equipos de Abordaje Psicosocial (EAPS) cuya función es la de apoyo matricial para el abordaje de los problemas de salud mental.

En relación al componente de los trabajadores en el proceso de transformación, es necesario generar estrategias para la reconversión y redistribución de los mismos. Este proceso debe ser articulado mediante el establecimiento de acuerdos entre sectores. Los trabajadores son actores claves para la reforma. Se recomienda involucrarlos desde el inicio en la planificación del proceso de adecuación.

Sostenibilidad en red

Si bien es imprescindible la transformación de la institución, no es suficiente si no es acompañada en forma concurrente por el resto de las instituciones que conforman la red territorial de servicios.

Para el sector público se sugiere la reconversión y redistribución de recursos materiales y humanos. Esto incluye la desconcentración territorial, estableciendo las articulaciones y derivaciones, garantizando la continuidad de cuidados y el funcionamiento y cobertura efectiva de la red.

3.2.4 Evaluación de los usuarios¹¹ y planificación de los procesos de externación

Iniciar el proceso de externación¹² de las personas que se encuentren institucionalizadas en instituciones con internación monovalente es un paso fundamental en el proceso de sustitución.

¹¹ Este punto se desarrolla más en profundidad en el apartado 1.

¹² Este punto se desarrolla más en profundidad en el apartado 1.

El proceso de externación se debe considerar una estrategia integral de abordaje. Todas las prácticas terapéuticas deben realizarse considerando la perspectiva interdisciplinaria que promueve la LNSM.

Es de fundamental importancia incluir la perspectiva del usuario, debiendo tener en cuenta las situaciones de crisis y lo establecido en los artículos de la LNSM pertinentes para el caso de riesgo cierto e inminente¹³ en la implementación y revisión de los esquemas farmacológicos, considerando su voz en primera persona en todos los casos. Para ello, es preciso se expliciten beneficios buscados, efectos adversos y secundarios, abriendo las posibilidades de diálogo y opiniones al respecto, de acuerdo a lo enunciado en la Ley de Derechos del paciente N° 26.529.

3.2.5 Respetando el derecho a la Capacidad Jurídica

Es necesario que las personas con padecimientos mentales ejerzan el derecho a su capacidad jurídica.

“El artículo 12° de la Convención reconoce que las personas con discapacidad, incluyendo discapacidades mentales, tienen el derecho de ejercer su capacidad jurídica, es decir, para tomar decisiones y elecciones en todos los aspectos de su vida, en igualdad de condiciones con los demás.” (OMS, 2015)

Hay varias maneras claves de asegurar que las personas conserven el derecho a la capacidad jurídica. Estas incluyen:

1. Consentimiento informado.
2. Planes de tratamiento y recuperación (desarrollado en el punto “Evaluación de los usuarios¹⁴ y planificación de los procesos de externación”).
3. Apoyo a la toma de decisiones.
4. Directivas anticipadas para situaciones de crisis.

3.2.5.1 Abordaje considerando el Consentimiento Informado

El consentimiento informado representa la declaración de voluntad efectuada por el usuario. Esta declaración resulta válida cuando es emitida luego de recibir, por parte de los profesionales intervinientes, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

-Su estado de salud.

¹³ Y además se debería procurar promover los apoyos necesarios para propiciar que todas las personas usuarias puedan participar en el máximo posible de decisiones respecto de sus tratamientos.

¹⁴ Este punto se desarrolla en más profundidad en el apartado 2.

- Las prácticas propuestas, con especificación de los objetivos perseguidos.
- Los beneficios esperados de las prácticas mencionadas.
- Los riesgos, molestias y/o efectos adversos previsibles de la práctica propuesta.
- La especificación de prácticas alternativas, incluyendo sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación a la práctica propuesta.
- Las consecuencias previsibles de la no realización de la práctica propuesta o de las alternativas.

La información debe ser brindada con la mayor claridad posible, atendiendo a la situación de cada persona y habilitando todas las preguntas que surjan por parte de la misma. La explicación de las prácticas o procedimientos debe realizarse detenidamente, aún en los casos en los que se presume la no comprensión por parte de la persona. Si el usuario tiene alguna limitación para recibir o comprender la información o desconoce la lengua utilizada, deben implementarse los medios necesarios para que pueda acceder a la misma.

Se recomienda la inclusión de personas de confianza del usuario al momento de las explicaciones y emisión o negativa de su voluntad y debe garantizarse su presencia cuando la persona usuaria lo solicite.

En los casos que tengan lugar por fuera de una situación de riesgo cierto o inminente para la persona o para terceros, el consentimiento informado constituye un proceso que se enmarca en el desarrollo del vínculo terapéutico y que muchas veces insume tiempo, excediendo ampliamente un acto puntual de firma de un formulario preimpreso.

El consentimiento informado así entendido, se instituye en todas las prácticas de salud mental en cualquiera de los efectores de la red.

También se requerirá el consentimiento fehaciente de la persona para la utilización de su situación para fines académicos. Siempre será requerido con anterioridad a este uso.

El consentimiento informado debe incorporarse en todos los casos a la historia clínica de cada usuario. Detallando la información que se brindó, las preguntas del usuario si las hubiere y las respuestas emitidas.

Cuando mediere una situación de emergencia, con grave riesgo para la salud o vida de la persona, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales, los profesionales quedan eximidos en ese momento de obtener el consentimiento informado para su intervención. Sin perjuicio de ello, debe acompañarse la realización de la práctica de explicaciones claras de lo que se está haciendo. Deben realizarse con la

presencia de algún referente afectivo del usuario en caso de contar con alguna persona en esta condición. Estas situaciones se consideran de excepción.

En los casos en los que las personas se encuentran en condición de internación involuntaria, el consentimiento informado se requerirá atendiendo a las garantías que la LNSM y su decreto reglamentario 603/13 establecen para esos casos.

3.2.5.2 Toma de decisiones con apoyo

La toma de decisiones con apoyo implica que las personas con padecimientos mentales nombran a una persona de confianza o a una red de personas con las que pueden consultar y discutir temas que les afectan. Estas personas pueden ayudar a los usuarios en la comprensión de las alternativas y opciones disponibles para ellos en relación con su tratamiento de salud mental (por ejemplo, si debe recibir tratamiento, dónde recibir tratamiento, qué tipo de tratamiento) y en comunicar a los demás sus elecciones y preferencias cuando sea necesario. La toma de decisiones con apoyo no es lo mismo que la toma de decisiones sustitutiva.

“En la toma de decisiones con apoyo, la presunción es siempre a favor de la persona con discapacidad, quien se verá afectada por la decisión que se tome.

El personal en los establecimientos de salud mental y de apoyo social puede desempeñar un papel vital en la promoción de la toma de decisiones con apoyo, al:

- alentar a los usuarios a nombrar personas o redes de personas de apoyo,
- facilitar los contactos entre los usuarios y sus personas de apoyo, y
- garantizar que los usuarios y sus personas de apoyo tengan el espacio y el tiempo para discutir temas relacionados con el tratamiento y la atención de salud mental.

Entre las formas de toma de decisiones con apoyo se incluyen las redes de apoyo, defensores personales, apoyo de pares, abogados y asistentes personales.” (OMS, 2015)

3.2.5.3 Directivas anticipadas

Una directiva anticipada es un documento escrito que especifica las opciones futuras sobre el abordaje de la salud mental. Esto puede incluir tratamiento y lugar de cuidado.

- También puede incluir tratamiento, apoyo y opciones de recuperación que una persona no quiere tener, y puede ayudar a asegurar que la persona no reciba ninguna intervención contra sus deseos.

- Puede ser utilizado si una persona llega a estar absolutamente imposibilitada de comunicar sus elecciones.
- Asegurar que los usuarios conozcan su derecho de remover a la persona de apoyo y de reemplazarla cuando lo desee.
- Es posible que las personas también deseen especificar algunos deseos respecto a algunos aspectos de su vida en el plan (por ejemplo, cuidado de los niños, el hogar, las facturas, los impuestos, las mascotas, etc.)

DIRECTIVAS ANTICIPADAS artículo 60° Código Civil de la Nación: Directivas médicas anticipadas. La persona plenamente capaz puede anticipar directivas y conferir mandato respecto de su salud y en previsión de su propia incapacidad. Puede también designar a la persona o personas que han de expresar el consentimiento para los actos médicos y para ejercer su curatela. Las directivas que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas se tienen por no escritas. Esta declaración de voluntad puede ser libremente revocada en todo momento.

El equipo interdisciplinario interviniente deberá acatar dicha decisión y adoptar todas las formalidades que resulten necesarias a fin de acreditar tal manifestación de voluntad, de la que deberá dejarse expresa constancia en “ la historia clínica”.

4. BIBLIOGRAFÍA

- Acuña, C. & Bolis, M., (2005). La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América latina: amenazas y perspectivas. Recuperado el 2 de mayo de 2011 en www.eutimia.com/ops/leg-stigmatization-eng.pdf.
- Casasola R., Castro O., Elizondo C., Quesada K., Vargas G., (2001). Plan de Rehabilitación para los usuarios (as) de Larga Estancia Hospital Nacional Psiquiátrico. Documento de uso institucional. San José: Comité de Rehabilitación Hospital Nacional Psiquiátrico.
- Fernández Blanco, Juan; Cañamares Y. José; Otero D. Virginia., (1997). Evaluación y planificación de la intervención en rehabilitación psicosocial. En: Rodríguez, A. (compilador) Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández Blanco Juan, Fernández y Fernández Jaime, González Cases Juan y Orviz García Sira., (2002). Consideraciones sobre el Plan Individual de Rehabilitación. Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) de Alcalá de Henares. Programa de la Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid: Madrid: Gestión Técnica Grupo Exter S.A.
- Ley 26.657/2010. Derecho a la Protección de la Salud Mental – Decreto reglamentario 603/2013. Sitio web: http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001237cnt-2018_ley-nacional-salud-mental-decreto-reglamentario.pdf
- Ley 26.529/2009. Ley de Derechos del paciente. Sitio web: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>
- Ley Nacional N° 26.378/2008. Adhesión a la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo.
- Minoletti A. Galea S, Susser E., (2012). Community Mental Health Services in Latin America for People with Severe Mental Disorders. Public Health Reviews, Vol. 34, No 2
- OMS (2003). Organization of services for mental health. Geneva, World Health Organization, 2003 (Mental Health Policy and Service Guidance Package).

- OMS (2009). Financiación de la Salud Mental, Ginebra. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de salud mental.
- OMS (2015). Instrumento de calidad y derechos de la OMS: evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social.
- OPS/OMS (1990). Declaración de Caracas. Conferencia: Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina. Caracas, Venezuela. Sitio Web: https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf
- OPS/OMS (2005). PRINCIPIO DE BRASILIA. Principios rectores para el desarrollo de La Atención en Salud Mental en las Américas. 11/9/18, de OPS/OMS Sitio web:http://www1.paho.org/hq/dmdocumentos/2008/PRINCIPIOS_DE_BRASILIA.pdf
- OPS/OMS. (2007). La Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Sitio Web: <http://new.paho.org/hq/dmdocumentos/2009/Reforma%20de%20las%20servicios%20de%20sald%20mental.pdf>
- OPS/OMS. (2010). Consenso de Panamá. 11/9/18, de OPS/OMS Sitio web: <https://www.paho.org/hq/dmdocumentos.org/2011/1.%20PosterSpanishJAN11.pdf>
- OPS/OMS (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud. Concepto, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Sitio Web: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=307
- OPS/OMS (2011). Marco de Referencia para la implementación de la estrategia regional de Salud Mental. Sitio Web: <http://www.paho.org/hq/dmdocumentos/MARCO%20DE%20REFERENCIA%20Salud%20Mental%20final.pdf>
- OPS/OMS (2015) Estándares del Instrumento de Calidad y Derechos en Salud Mental.
- OPS/OMS (2018). Reporte sobre trastornos mentales, neurológicos, uso de sustancias y suicidio.
- Sandoval Chacón, Carlos., (2002). El trabajo interdisciplinario en personas con discapacidad. Documento Especial Curso Psicología de la Rehabilitación Aplicada, Universidad Americana, San José.
- Silva Paim, J., (2013). 3. La creación y la implementación del SUS. En Salud Colectiva. El sistema de salud de Brasil: ¿Qué es el SUS (1a ed., pp. 43-96)? Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Stolkiner A., (2015). Capítulo del libro "Qué hacer en salud-Fundamentos políticos para la soberanía sanitaria" Ed. Colihue. 57 - 70
- Test MA, Stein L., (1976). Practical Guidelines for the Community treatment of Markedly Impaired patients. Community Mental Health Journal. 12 (1), 72-82

APARTADOS

Apartado I: Evaluación de los usuarios y planificación del proceso de externación.

Apartado 1.1: Planilla de Evaluación modelo para realizar el Plan de Vida Personalizado.

Apartado 1.2: Temas, estándares y criterios del Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS a considerar.

Apartado II: Instrumento para caracterización de perfil institucional.

Apartado III: Lineamientos para la presentación de planes de adecuación y sustitución definitiva de las Instituciones con internación monovalente hacia redes integradas de salud mental con base en la comunidad.

Apartado IV: Glosario.

APARTADO I

EVALUACIÓN DE LOS USUARIOS Y PLANIFICACIÓN DEL PROCESO DE EXTERNACIÓN

El principal eje para la externación debe centrarse en la inclusión social. En este marco, las personas deben ser evaluadas como mínimo, y con un registro continuo en la historia clínica de todas las intervenciones realizadas, respecto a:

- condición clínica general de los usuarios,
- progresión y proyección del tratamiento en función de la inclusión social y la continuidad del abordaje del padecimiento psíquico,
- situación económica, ingresos, jubilación, pensión u otros beneficios correspondientes,
- aspectos biográficos, reconstrucción del contexto sociocultural de procedencia, su encuadre valorativo y su singularidad identitaria,
- componentes afectivos y emocionales centrales para el sujeto,
- trayectoria a lo largo de diversas instituciones,
- nivel de institucionalización que implica la pérdida de habilidades,
- condiciones de apoyo familiar y/o comunitario para la desinstitucionalización,
- interrelación con otros usuarios,
- posibilidad de retorno a la localidad de origen en los casos en que existan vínculos significativos y que la persona así lo determine,
- evaluar el requerimiento de apoyos formales y salvaguardas,
- condición jurídica de la internación en salud mental.

El proceso hacia inclusión social debe iniciarse ya en el hospital con internación monovalente, con actividades específicas de recuperación de habilidades, resocialización y de trabajo en un contexto comunitario real; ya que dichos procesos alcanzan su máximo potencial cuando se desarrollan en contextos comunitarios reales. Por ende, el proceso de articulación intersectorial debe realizarse también por parte del equipo tratante y los usuarios.

Para este proceso, se deben además considerar estándares de calidad para los establecimientos mientras los usuarios permanezcan en ellos durante el momento de transición hacia efectores de la red de salud mental. Se recomienda considerar los estándares de Calidad y Derechos de la OMS-OPS que encontrará disponible en este Apartado 1.2: Estándares del Instrumento de Calidad y Derechos en Salud Mental. (OMS, 2015).

“Este instrumento destaca los estándares claves que deben cumplirse en los servicios hospitalarios de salud mental y servicios relacionados para asegurar que las personas puedan disfrutar de su derecho a un nivel de vida adecuado cuando se encuentren en estos servicios.” (OMS, 2015)

Plan de Vida Personalizado de Externación (PVP)

La inclusión social se debe planificar a través de un proceso individualizado que combina el entrenamiento y el desarrollo de las habilidades y capacidades que cada persona requiere para desenvolverse en la comunidad.

Uno de los elementos esenciales de este proceso es la elaboración del Plan de Vida Personalizado (PVP) que sirva de guía, justificación y evaluación de dicho proceso; siendo el mismo aplicable y replicable en todos los niveles de atención cualquiera sea el dispositivo y/o programa en el cual la persona se encuentre incluido.

El objetivo de PVP es lograr la inclusión y mayor integración de la persona a la comunidad. La implementación del PVP complementa la necesidad de sustituir la intervención que se pretende homogénea por el nivel de deterioro, a una intervención específica por áreas funcionales, también denominadas Áreas Vitales. Estas “Áreas Vitales” son áreas de funcionamiento que contemplan los distintos ámbitos, donde las personas tienen que desenvolverse y, por otro lado, es todo aquello que resulta determinante para la inclusión de la persona en la comunidad, como así también el desarrollo de su propia autonomía. Estos planes se desarrollan de manera conjunta entre usuarios, redes vinculares y profesionales.

Los resultados obtenidos durante el proceso de evaluación inicial de la persona, así como la exploración de áreas vitales, fundamentan la elaboración del PVP. Por lo tanto, termina siendo el resultado y expresión de los datos obtenidos a partir de una oportuna evaluación que determine el nivel de funcionalidad de la persona.

EL PVP es un esquema en el que se proponen objetivos y formas de llevarlo a cabo, estructurado secuencialmente, flexible y dinámico (permite realizar modificaciones y cambios). Es una programación del trabajo en función de la inclusión social de la persona, centrado en la individualidad de la misma y su idiosincrasia, donde se definen objetivos y se proponen diferentes alternativas de intervención.

Es fundamental que la persona usuaria y sus referentes vinculares participen activamente en toda la instancia de elaboración del PVP. Obviar este paso es improcedente por varias razones: la persona tiene el derecho de ser informada y conocer en detalle el Plan; porque es necesario encontrar un consenso entre los profesionales y los usuarios para llevarlo a cabo; y porque compartiendo entre los usuarios y los profesionales un propósito en común, se aumenta la posibilidad de llevarlo a cabo.

Esta propuesta es coherente y complementaria con los Principios de la práctica en salud mental orientada hacia la "recuperación" propuesta por la OPS-OMS. La misma plantea:

"Desde la perspectiva del individuo con una enfermedad mental, la "recuperación" significa ganar y mantener la esperanza, la comprensión de las capacidades y discapacidades de uno mismo, participación en una vida activa, autonomía personal, identidad social, significado y propósito en la vida, y un sentido positivo del ser. Es importante recordar que la "recuperación" no es sinónimo de curación. La "recuperación" se refiere tanto a las condiciones internas experimentadas por las personas que se describen a sí mismos como estar en "recuperación" – esperanza, sanación, empoderamiento y conexión – como las condiciones externas que facilitan la "recuperación" – implementación de los derechos humanos, una cultura positiva de sanación, y los servicios orientados hacia la "recuperación". (OMS, 2015)

Estrategias institucionales de restitución de derechos que favorecen los procesos de externación:

Existen varias acciones de restitución de derechos que favorecen los procesos de externación. Algunas de ellas son:

- Garantizar el derecho a la identidad de cada usuario a través de diferentes acciones integrales. Entre estas múltiples acciones, por ejemplo, realizar los procesos necesarios para que las personas posean un documento nacional de identidad, reconstruir su historia, la historia de su lugar de origen.
- Recaptación vincular. Recuperación de vínculos y espacios preexistentes (domicilio, instituciones, actividades, etc.).
- Eliminar las salas/celdas de aislamiento y/o prácticas que impliquen separación, segregación y que restrinjan la libertad o que tengan como funcionalidad el premio o el castigo de acuerdo con la conducta de un usuario.

- Se debe garantizar el principio de libre circulación de los usuarios.
- Instituir el derecho a comunicarse con allegados, a participar y ejercer con libertad las concepciones propias de cada sujeto en función de su pertenencia a un contexto sociocultural particular.
- Incluir y/o fortalecer prácticas grupales de usuarios y trabajadores en espacios abiertos del hospital con internación monovalente, con miras a llevarlas a la comunidad, por ejemplo, asambleas de usuarios y trabajadores.
- Involucrar a todos los trabajadores del efector/prestador, referentes de la seguridad social y organismos de control en el proceso de adecuación, así como también a los usuarios y familiares.
- Incorporar las Directivas Anticipadas en Salud Mental en los planes terapéuticos individualizados de cada usuario.

Apartado 1.1: Planilla de Evaluación modelo para realizar el Plan de Vida Personalizado¹⁵

Apellido y Nombre:

Tipo de documento:

Edad:

Lugar de Nacimiento:

Nro:

Estado civil:

Último domicilio registrado

ÁREA SALUD

- Equipo de salud de referencia (nombre de los profesionales):

- Fecha y resultado del último examen clínico completo:

- Cobertura (obra social, prepaga, plan estatal, etc.):

Tiene dificultades para:

Ver

SI **NO**

¿Utiliza anteojos / lentes de contacto?
SI NO

¿Realiza algún tratamiento?
SI NO ¿Cuál/les?

¿Cuándo fue la última consulta al oftalmólogo?

Oír

SI **NO**

¿Utiliza audífono?
¿Realiza algún tratamiento?
SI NO ¿Cuál/les?
¿Cuándo fue la última consulta al otorrino?
SI NO

Subir escalera

SI **NO**

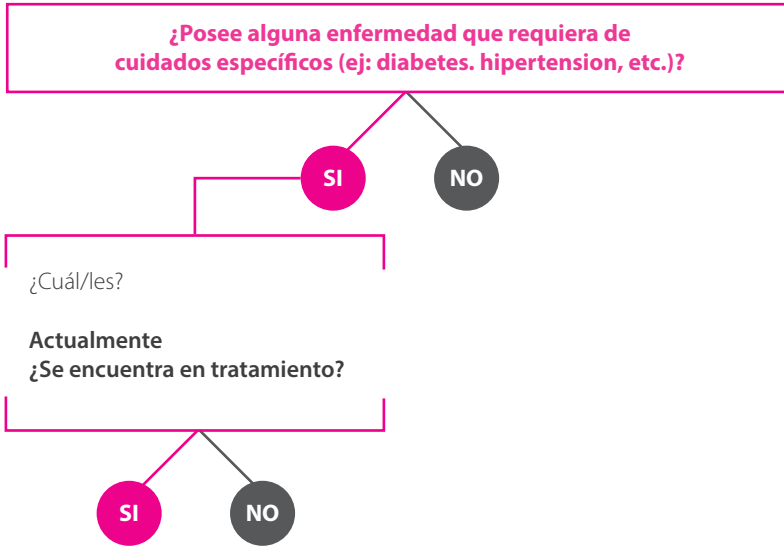
Agarrar objetos

SI **NO**

Comunicarse

SI **NO**

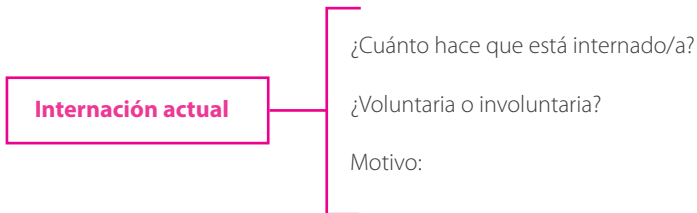
¹⁵ A continuación, encontrará la planilla modelo la cual se debe acompañar al momento del relevamiento de una nota que garantice la protección de sus datos en el registro, tratamiento y uso de los mismos, para garantizar el derecho al honor y a la intimidad de las personas.



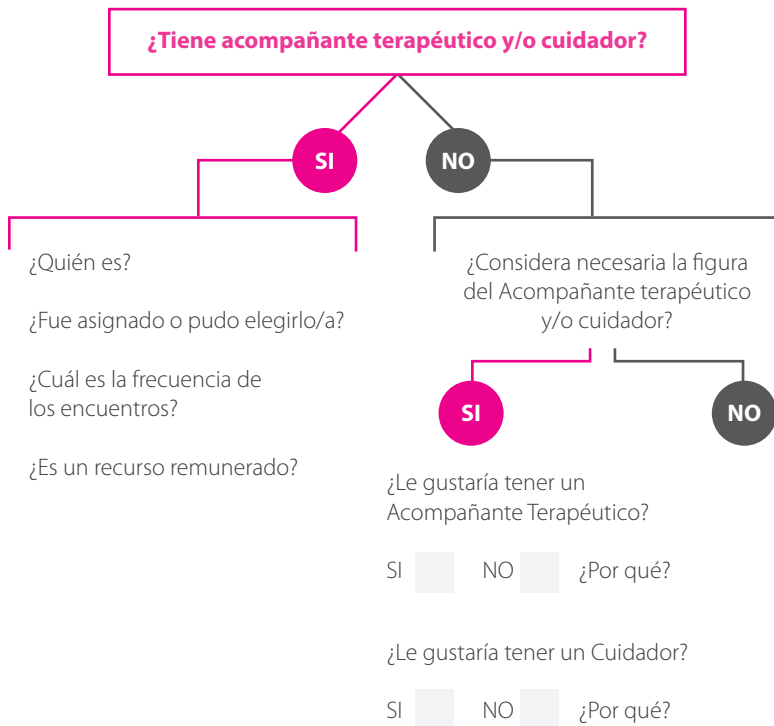
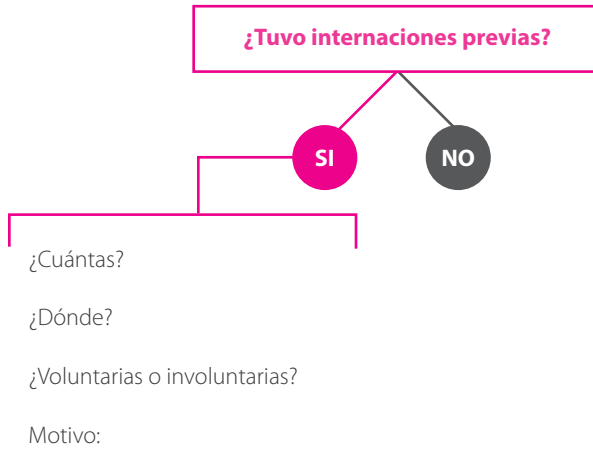
Especificar cuál es el tipo de tratamiento y los cuidados que requiere

¿Por qué?

¿Cuándo fue la última consulta?

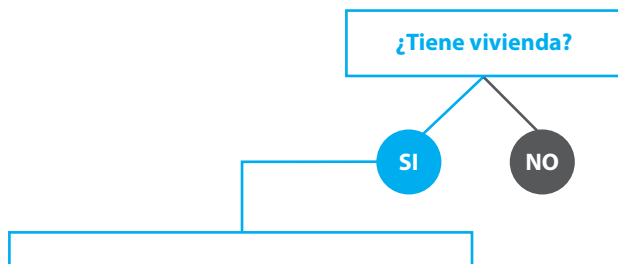






Algún otro aspecto a destacar dentro del área salud:

RECURSO HABITACIONAL



¿Tipo de tenencia?

Propietario

Inquilino

Propiedad de familiar

Con disponibilidad

Sin disponibilidad

Propiedad deshabitada

Disponible

No disponible

¿En qué localidad se encuentra?

¿En qué barrio dicha localidad se encuentra?

¿Es una casa o un departamento?

Si es un departamento , responder:

Piso:

¿Por escalera o por ascensor?:

Si es un casa, responder:

¿Tiene patio? SI NO

¿Tiene escalera? SI NO

Cantidad de ambientes:

Servicios disponibles:

Servicio de agua potable

Servicios de gas

Servicio de luz

Acceso a red cloacal

Asfalto

Accesibilidad:

¿Cuáles son los comercios más cercanos?

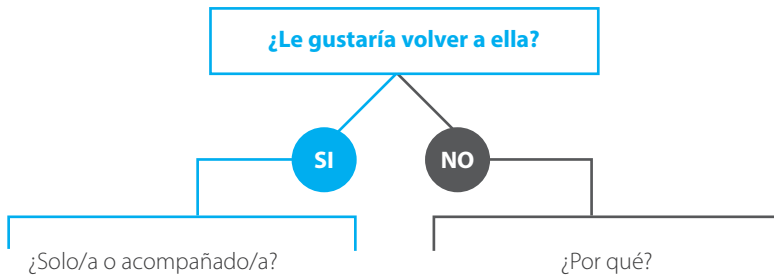
¿Cuáles son los transportes públicos más cercanos?

¿Cuáles son las instituciones sanitarias más cercanas?

- CIC's
- CAPS
- SAPS
- Hospital general
- Posta sanitaria
- Otros

¿Cuáles son las instituciones sociales cercanas?

- Clubs sociales/deportivos ¿Cuál/es?
- Iglesias ¿Cuál/es?
- Organizaciones sociales ¿Cuál/es?
- Centros comunitarios ¿Cuál/es?
- Grupo auto-convocados ¿Cuál/es?
- Centro de jubilados ¿Cuál/es?
- Biblioteca popular ¿Cuál/es?
- Grupos artísticos ¿Cuál/es?
- Otros ¿Cuál/es?



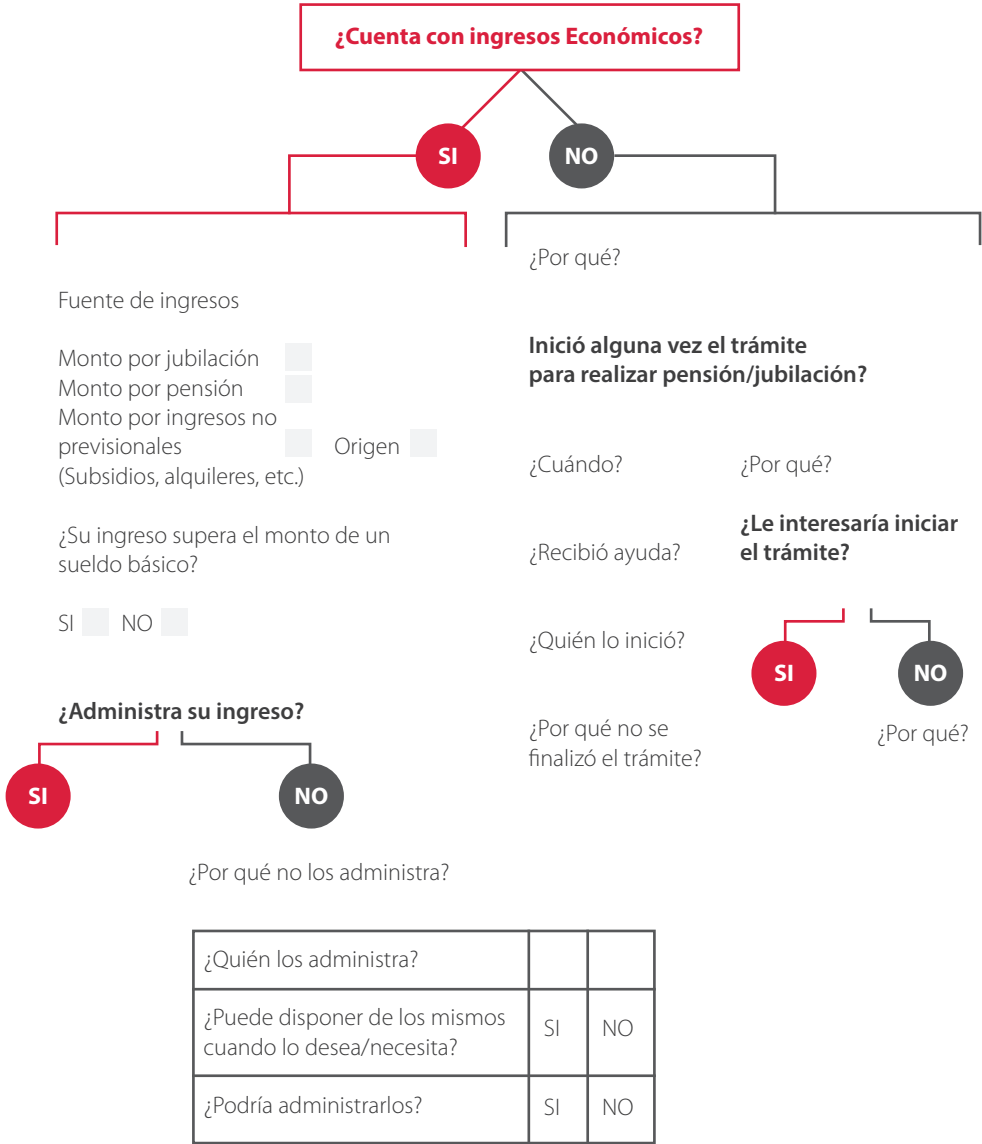
En el caso de que la persona no sea de la localidad en la que se encuentra internado:

¿Le gustaría volver al lugar de proveniencia?

SI NO ¿Por qué?

Algún otro aspecto a destacar del recurso habitacional:

INGRESOS ECONÓMICOS



Algún otro aspecto a destacar respecto al ingreso

SITUACIÓN LEGAL

Situación judicial actual

Fecha:

Motivo de internación:

Indicación de medidas judiciales:

Información de la causa:

Posee algún tipo de restricción respecto a la capacidad de ejercicio de sus derechos?

SI

NO

¿Para qué actos?

¿Qué apoyos fueron designados?

¿Tiene curador/a?

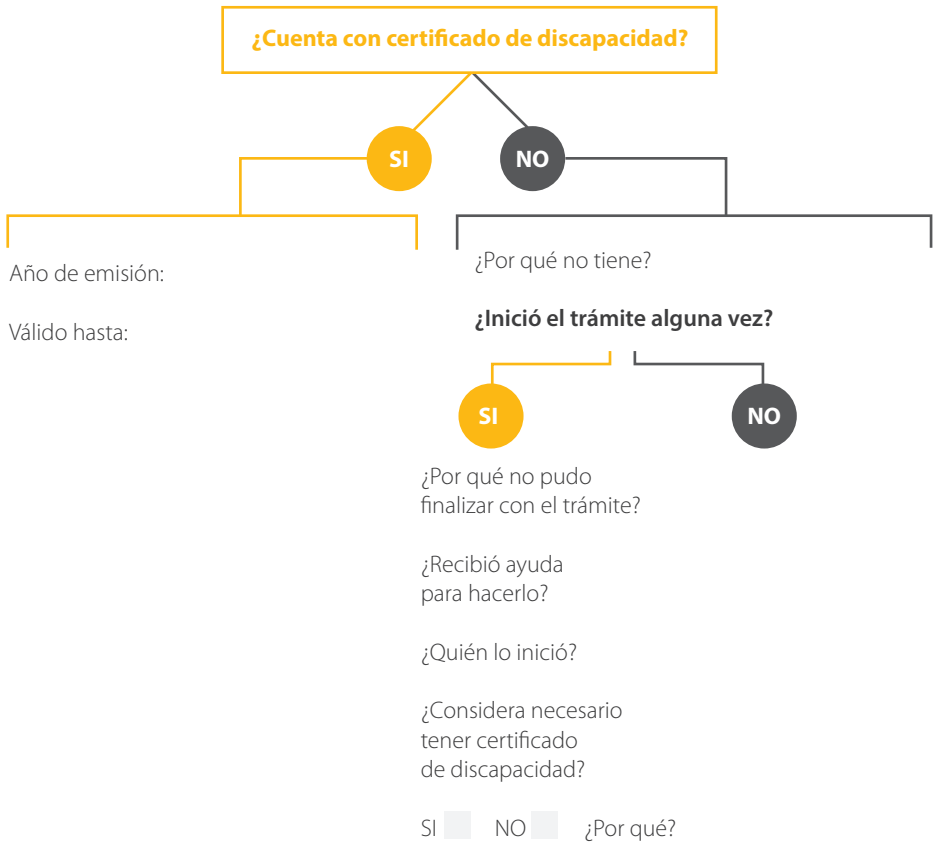
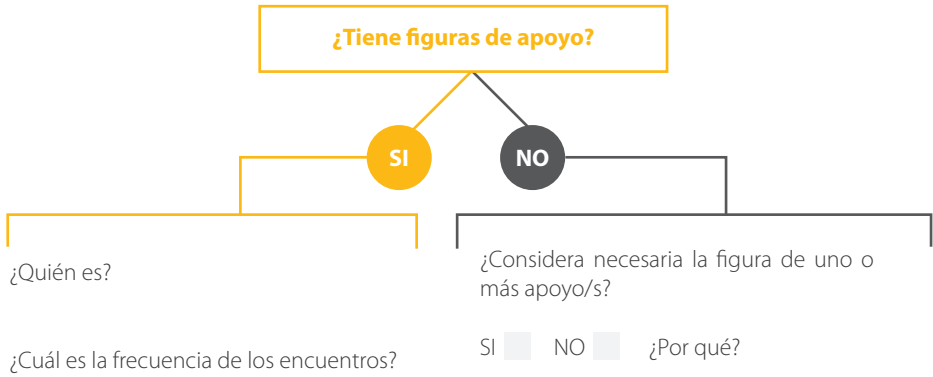
SI

NO

¿Quién es?

¿Fue convocado/a por el juez que lleva la causa?

¿Cuál es la frecuencia de los encuentros?



Algún otro aspecto a destacar respecto a la situación legal:

VIDA DIARIA

Necesita apoyo para

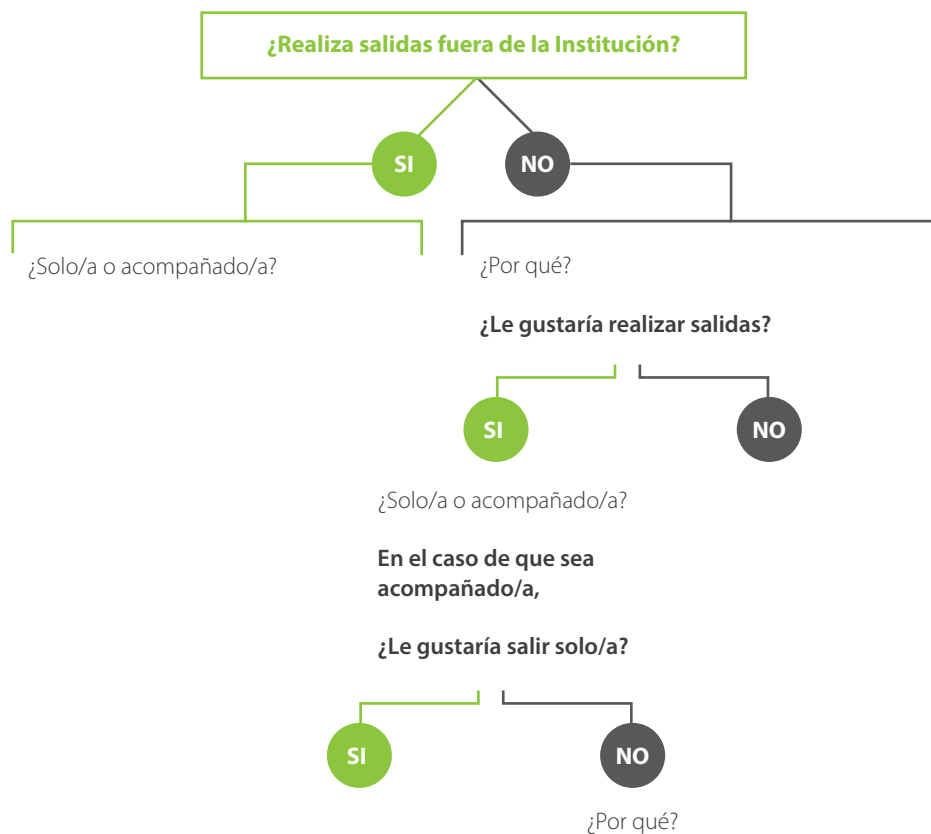
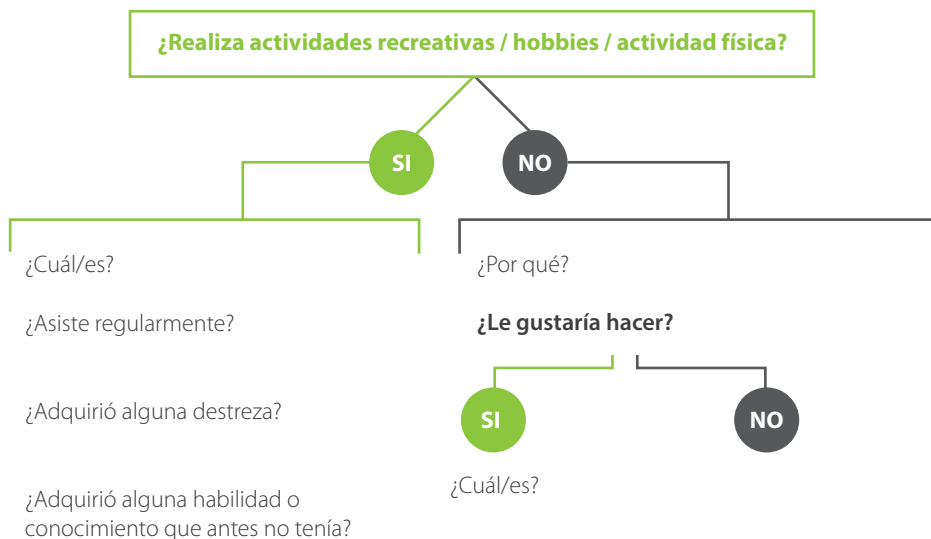
- | | | | | |
|------------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| Alimentarse | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Higienizarse | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Vestirse | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Seleccionar su ropa | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Desplazarse dentro del hogar | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |



¿Cuál es la dificultad?

¿Utiliza algún elemento de apoyo (ej: bastón, silla de ruedas, etc.)? SI NO ¿Cuál?

- | | | | | |
|--------------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| Desplazarse fuera del hogar | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Viajar en medios de transporte | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Cocinar | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Hacer compras | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Administrar ingresos | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Realizar trámites | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |



¿Le gustaría vivir en un lugar que no sea un hospital?

SI

NO

¿Le gustaría convivir con otras/
os personas/compañeros?

¿Por qué?

SI

NO

¿Con quién?

¿Por qué?

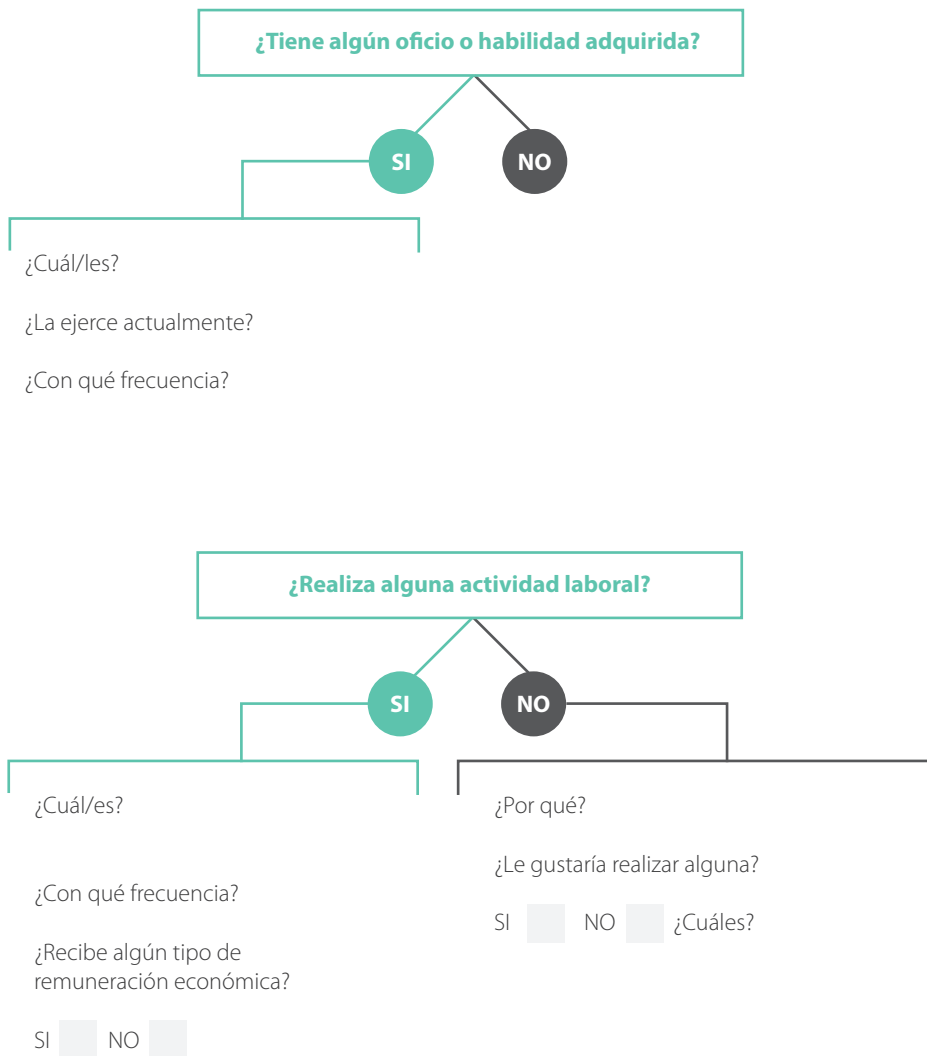
¿Cómo le gustaría que sean
esas personas/compañeros?

Si tuviese algún problema
de convivencia
¿Cómo podría resolverlo
con su compañero/a?

¿Cómo se imagina ese lugar
donde le gustaría vivir?

Algún otro aspecto a destacar respecto a su vida diaria:

ÁREA LABORAL Y EDUCATIVA



¿Tuvo alguna experiencia laboral?

SI

NO

¿Cuándo?

¿Dónde?

¿Qué tareas realizabas?

¿Sabe leer y escribir?

SI

NO

¿Sabe leer y escribir con ayuda /apoyo?

SI NO

¿Máximo nivel educativo alcanzado?

Inicial (jardín, preescolar)

Primario

EGB

Secundario

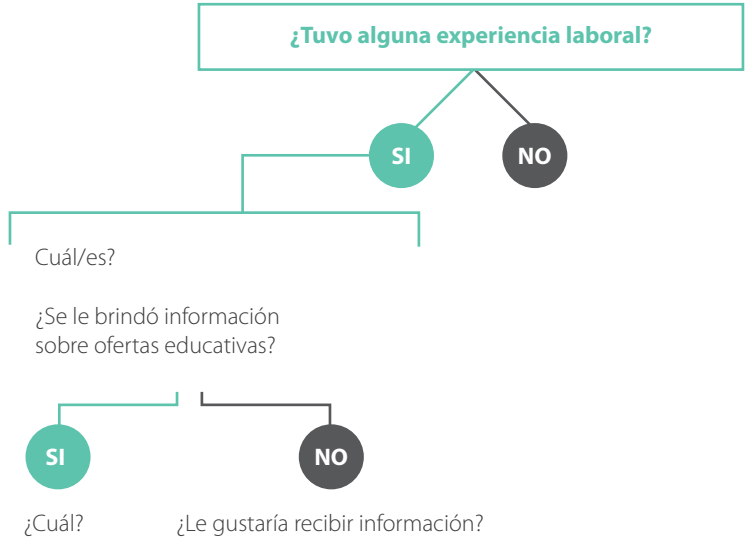
Superior no universitario

Universitario

Post Universitario

Educación especial

No tiene estudios



Algún otro aspecto a destacar respecto al área laboral y educativa:

RED SOCIO-FAMILIAR

Red vincular
¿Tiene...?

Observaciones sobre
el tipo de contacto:

Madre	<input type="checkbox"/>	Edad/es:	
Padre	<input type="checkbox"/>	Edad/es:	
Hermanos/as	<input type="checkbox"/>	Edad/es:	
Pareja Hijos/as	<input type="checkbox"/>	Edad/es:	
Sobrinos/as	<input type="checkbox"/>	Edad/es:	
Tíos/as	<input type="checkbox"/>	Edad/es:	
Primos/as	<input type="checkbox"/>	Edad/es:	
Nietos/as	<input type="checkbox"/>	Edad/es:	
Amigos/as	<input type="checkbox"/>	Edad/es:	
Otros familiares	<input type="checkbox"/>	¿Quiénes?	Edad/es:
Otros no familiares	<input type="checkbox"/>	¿Quiénes?	Edad/es:

**¿Qué tipo de contacto tiene?
¿Recibe visitas?**

SI

NO

¿Quién lo visita?

¿Cuál es la frecuencia de
los encuentros?

¿De quién le gustaría recibir visitas?

¿No quiere recibir visitas?

¿No quieren visitarlo?

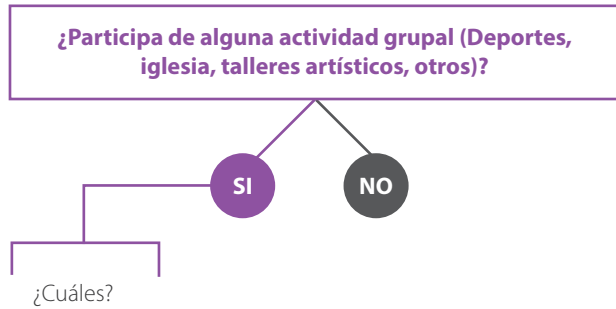
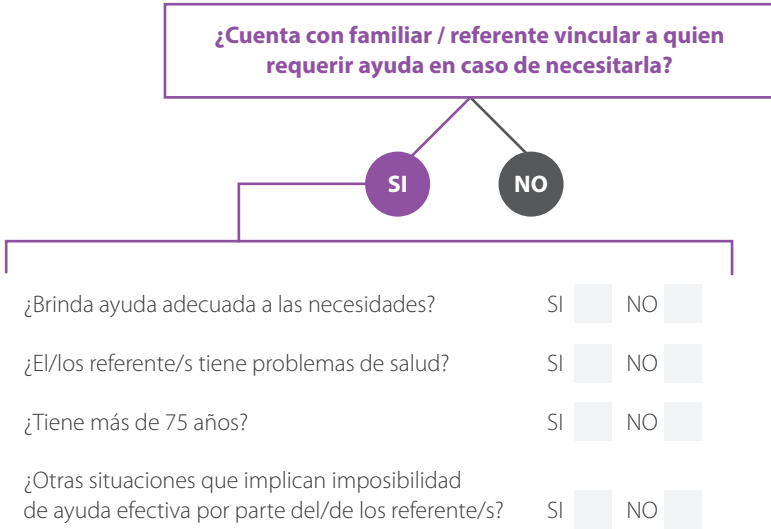
¿No pueden visitarlo
por razones de distancia?

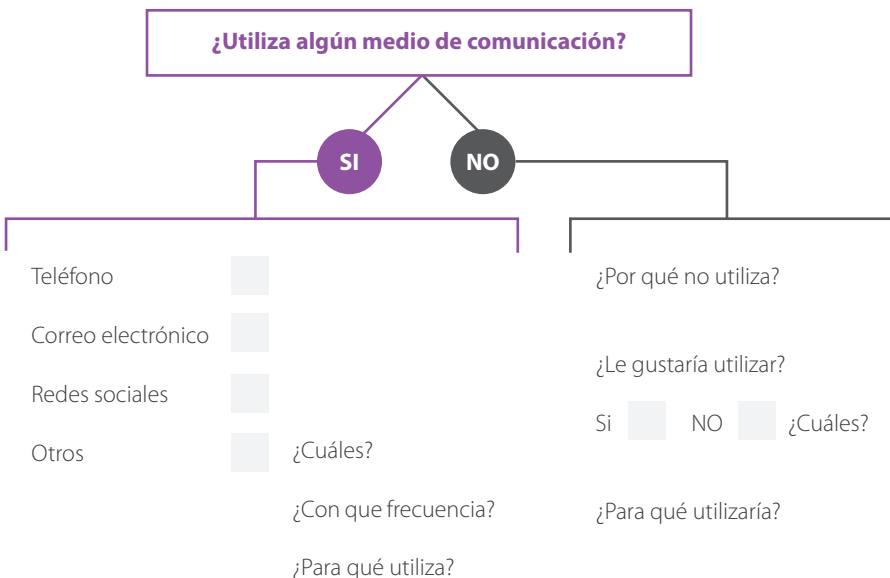
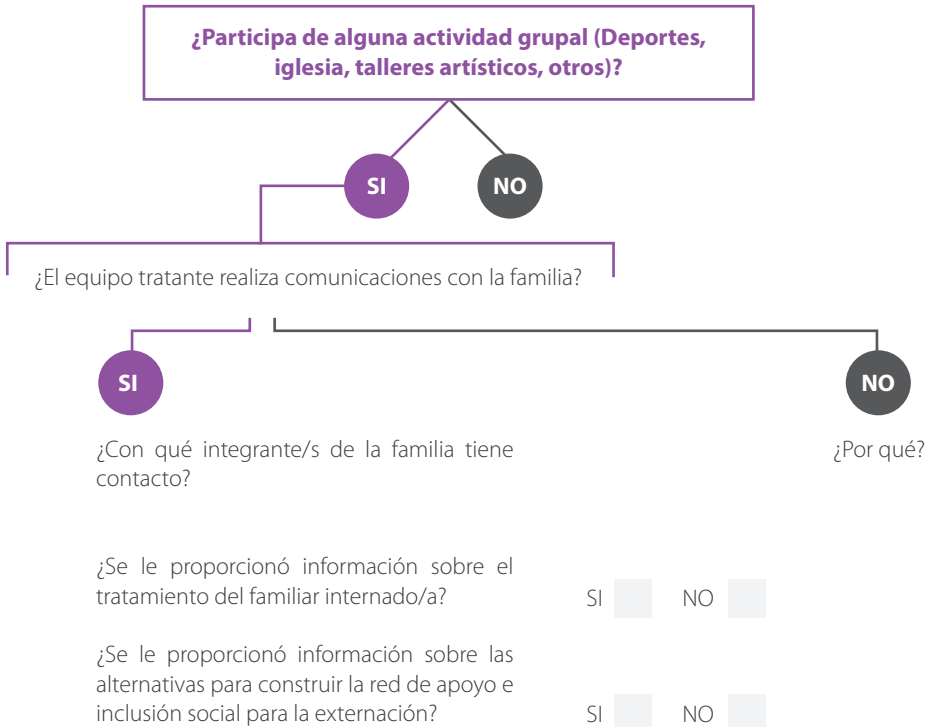
¿No pueden visitarlo
por razones económicas?

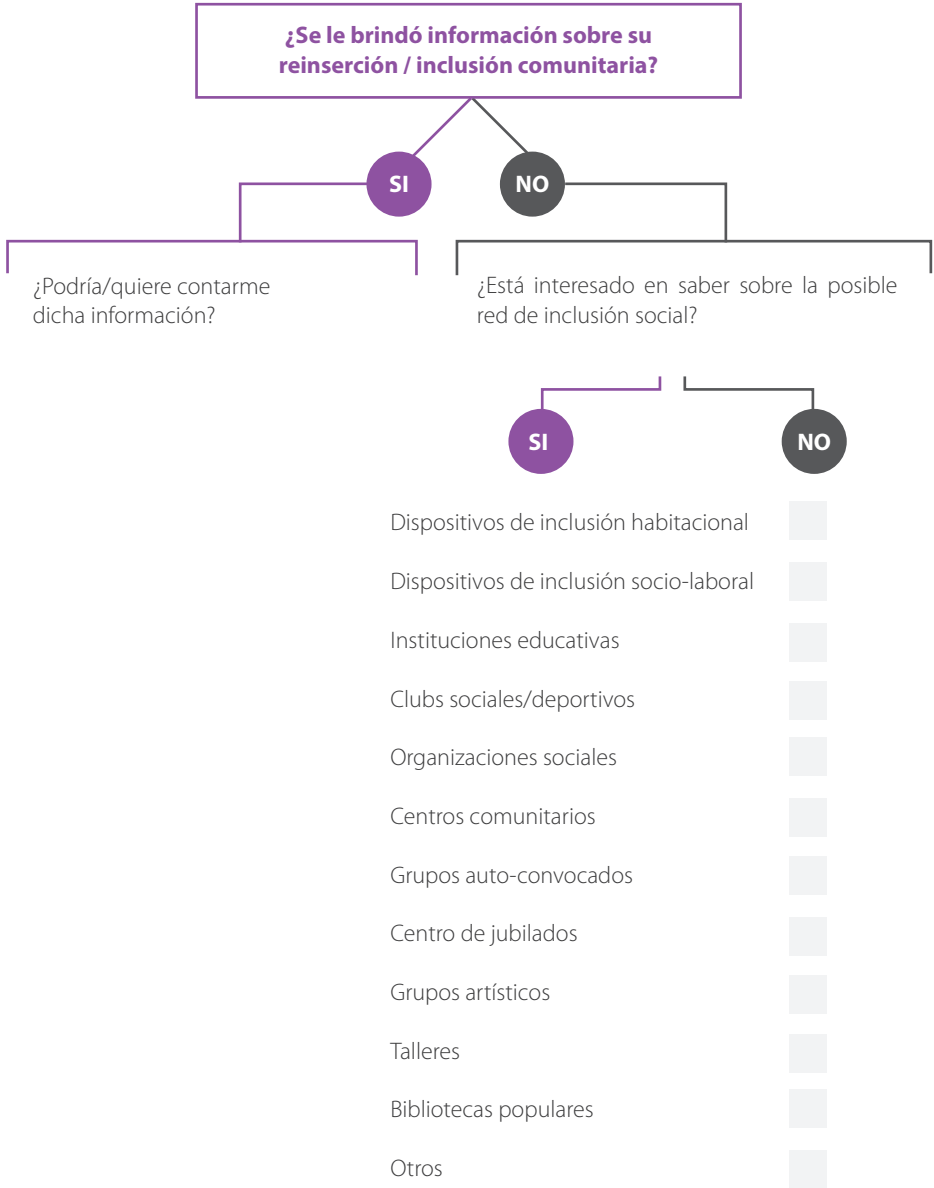
¿Otros motivos? ¿Cuáles?

¿Le gustaría recibir visitas? ¿De quién?

¿Con qué frecuencia?







Algún otro aspecto a destacar respecto a la red socio-familiar:

Apartado 1.2: Temas, estándares y criterios del Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS a considerar

Tema: El derecho a un nivel de vida adecuado (Artículo 28° de la CDPD)

Estandar 1.1. La infraestructura se encuentra en buenas condiciones físicas.

Criterios

1.1.1. La infraestructura se encuentra en buen estado de conservación (por ejemplo, las ventanas no están rotas, la pintura no se está descascarando de las paredes).

1.1.2. La infraestructura permite acceso a personas con discapacidad física.

1.1.3. La iluminación del edificio (natural y artificial), la calefacción y la ventilación proporcionan un ambiente confortable para vivir.

1.1.4. Se dispone de medidas de seguridad para proteger a las personas contra incendios.

Estándar 1.2. Los dormitorios son confortables y resguardan suficientemente la privacidad de los usuarios.

Criterios

1.2.1. Los dormitorios ofrecen suficiente espacio para cada usuario y sin hacinamiento.

1.2.2. Los hombres y las mujeres, así como los niños y las personas mayores, disponen de dormitorios separados.

1.2.3. Los usuarios son libres de elegir cuando levantarse y cuando ir a la cama.

1.2.4. Los dormitorios permiten la privacidad de los usuarios.

1.2.5. Existe ropa de cama limpia y en cantidad suficiente, disponible para los usuarios.

1.2.6. Los usuarios pueden mantener pertenencias personales y disponen de suficiente espacio para guardarlas con llave.

Estándar 1.3. El establecimiento cumple con los requisitos sanitarios y de higiene.

Crterios

1.3.1. La infraestructura de la sala de baño e inodoros está limpia y funciona adecuadamente.

1.3.2. La infraestructura de la sala de baño e inodoros otorga privacidad y separación para hombres y mujeres.

1.3.3. Los usuarios tienen acceso regular a la sala de baño e inodoro.

1.3.4. Existen medidas para las necesidades de baño e inodoro de los usuarios que se encuentran postrados en cama, o que tienen una movilidad reducida u otras discapacidades físicas.

Estándar 1.4. A los usuarios se les brinda comida, agua potable para beber y ropa que se ajusta a sus necesidades y preferencias.

Crterios

1.4.1. Existe suministro suficiente de alimentos y agua potable, las que son de buena calidad y satisfacen las preferencias culturales de los usuarios y las necesidades de su salud física.

1.4.2. La comida es preparada y servida en condiciones satisfactorias, y las zonas para comer son culturalmente apropiadas y reflejan las costumbres alimentarias de la comunidad.

1.4.3. Los usuarios pueden usar su propia ropa y zapatos (ropa para el día y la noche).

1.4.4. Cuando los usuarios no tienen su propia ropa, se les facilita ropa de buena calidad que cumple con sus preferencias culturales y es adecuada para el clima.

Estándar 1.5. Los usuarios pueden comunicarse libremente, y se respeta su derecho a la privacidad.

Criterios

1.5.1. Las comunicaciones a través de teléfono, cartas, correos electrónicos e internet están disponibles gratuitamente para los usuarios, sin censura.

1.5.2. Se respeta la privacidad en las comunicaciones de los usuarios.

1.5.3. Los usuarios pueden comunicarse en el idioma de su elección, y el establecimiento proporciona apoyo (por ejemplo, traductores) para garantizar que ellos puedan expresar sus necesidades.

1.5.4. Los usuarios pueden recibir visitas, elegir a quienes quieren ver y compartir con sus visitas en cualquier horario razonable.

1.5.5. Los usuarios pueden circular libremente por el establecimiento.

Estándar 1.6. El establecimiento proporciona un ambiente acogedor, cómodo y estimulante que conduce a la participación activa y a la interacción.

Criterios

1.6.1. Existe mobiliario amplio, cómodo y en buen estado.

1.6.2. La disposición del establecimiento es propicio para la interacción entre los usuarios, el personal y los visitantes.

1.6.3. El establecimiento proporciona los recursos necesarios, incluido el equipamiento, para garantizar que los usuarios tengan la oportunidad de interactuar y participar en actividades de recreación.

1.6.4. Dentro del establecimiento hay habitaciones que están específicamente designadas como zonas de recreación para los usuarios.

Estándar 1.7. Los usuarios pueden disfrutar de una vida social y personal plenas y seguir participando en la vida y actividades comunitarias.

Crterios

1.7.1. Los usuarios pueden interactuar con otros usuarios del establecimiento, incluidos miembros del sexo opuesto.

1.7.2. El personal hace posible las peticiones personales, tales como asistir a bodas o funerales.

1.7.3. Se ofrece una serie de actividades programadas y organizadas con regularidad, tanto en el establecimiento como en la comunidad, que son pertinentes y adecuadas para la edad.

1.7.4. El personal proporciona información a los usuarios sobre las actividades de la comunidad y facilitan su acceso a dichas actividades.

1.7.5. El personal facilita a los usuarios el acceso a actividades de entretenimiento fuera del establecimiento, como también llevan actividades de entretenimiento de la comunidad al establecimiento.

APARTADO II

INSTRUMENTO PARA CARACTERIZACIÓN DE PERFIL INSTITUCIONAL

Los siguientes parámetros brindan la posibilidad de evaluar, organizar y gestionar las instituciones con internación monovalente para que puedan iniciar o profundizar el proceso de adecuación hasta su sustitución. También permite evaluar las necesidades de los usuarios para que puedan vivir en comunidad.

1. Perfil Institucional:

1.1 Dimensiones de la institución

Podemos clasificarlos de acuerdo a sus dimensiones en:

- pequeños (menos de 30 camas ocupadas)
- medianos (entre 50 y 150 camas ocupadas)
- grandes (más de 150 camas ocupadas).

1.2 Población que aloja podemos dividirlos en:

- Instituciones con tiempos de internaciones menores a 60 días
- Instituciones con tiempos de internación mayor de 60 días
- Instituciones con internación mixta (menor y mayor a 60 días)

2. Datos de relevancia:

- Historia de la institución.
- Prestaciones y servicios que ofrece. (descripción breve)
- Dependencia administrativa y jurisdiccional.
- Emplazamiento territorial.

2.1 Indicadores básicos de gestión institucional

Camas	Camas en uso
Menor a 60 días	
Mayor a 60 días	
Mixta	
Total	

Servicio	N° de consultas Externas	N° ingresos	N° egresos	Promedio de días de estadía (de los externados)

Camas ocupadas en la institución

Tiempo de permanencia	N°	%
20 años o mas		
10 a 19 años		
5 a 9 años		
1 a 4 años		
Menos de 1 año		
Total:		
Promedio de años		

Rango de edad	0-17	18-30	31-44	45-64	65 o más
N°					
%					

Recursos Humanos ¹⁶	Psicólogos	Psiquiatras	Trabajadores	Terapistas ocupacional	Acompañantes Terapéuticos	Enfermeros	Otros
Total							

Del total de personas internadas:

	N°	%
Personas con DNI		
Personas con jubilación y/o pensión		
Personas con certificado de Discapacidad		
Personas en proceso judicial de determinación de la capacidad jurídica		

Del total de las personas internadas:

	N°	%
Personas declaradas inimputables con medidas de seguridad		
Personas atravesando procesos judiciales en relación a la ley penal		
Personas con condena firme en relación a la ley penal		

¹⁶ De ser posible detallar la manera en que se encuentran distribuidos los RRHH (sectores, áreas, etc).

Otras consideraciones a desarrollar:

a) Estrategias de inclusión social implementadas (talleres, emprendimientos, viviendas, inclusión de asociaciones de usuarios y familiares, etc.).

b) Mortalidad, determinando sus causas¹⁷.

c) Relevamiento de infraestructura hospitalaria, incluyendo las condiciones edilicias¹⁸ de:

- las salas y habitaciones de los sectores de internación, consultorios, guardia, espacios comunes, áreas de esparcimiento, comedores, etc.,

- todos los sanitarios de la institución,

- mobiliarios.

¹⁷Se recomienda considerar la Resolución 15/2014 del ORN. Disponible en <https://www.mpd.gov.ar/index.php/secretaria-ejecutiva-del-organo-de-revision-de-salud-mental/181-resoluciones-del-organo-de-revision/3893-resolucion-15-14-documento-de-muerte-en-instituciones-monovalentes-de-salud-mental>

¹⁸Se recomienda considerar la Resolución 14/2015 del ORN. Disponible en <https://www.mpd.gov.ar/pdf/Resol%20SE%2014%2015%20Aprobaci%C3%B3n%20del%20Instrumento%20de%20Monitoreo.pdf>

APARTADO III

LINEAMIENTOS PARA LA PRESENTACIÓN DE PLANES DE ADECUACIÓN HASTA LA SUSTITUCIÓN DEFINITIVA DE LAS INSTITUCIONES CON INTERNACIÓN MONOVALENTE HACIA REDES INTEGRADAS DE SALUD MENTAL CON BASE EN LA COMUNIDAD

Los planes de adecuación dan cumplimiento al artículo 27° de la LNSM: “La Autoridad de Aplicación en conjunto con las jurisdicciones, establecerá cuales son las pautas de adaptación de los manicomios, hospitales neuropsiquiátricos o cualquier otro tipo de instituciones de internación monovalentes que se encuentren en funcionamiento, congruentes con el objetivo de su sustitución definitiva en el plazo establecido.” Se considera que la adecuación es un objetivo intermedio y medible a través de indicadores que puedan dar aproximaciones cuali-cuantitativas del avance del proceso.

“La autoridad de aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental, en conjunto con los responsables de las jurisdicciones, en particular de aquellas que tengan en su territorio dispositivos monovalentes, deberán desarrollar para cada una de ellos proyectos de adecuación y sustitución por dispositivos comunitarios con plazos y metas establecidas” (artículo 27° Decreto Reglamentario 603/2013).

Se dispone que cada institución con internación monovalente deberá presentar un plan de adecuación institucional. En dicho plan deberán estar secuenciadas las acciones para el cumplimiento de la LNSM con un plazo determinado para conseguir sus metas institucionales.

Los planes de adecuación deberán ser presentados antes del 31 de agosto de 2020.

El plazo para el cumplimiento de los planes de adecuación será de 3 años.

El plazo para el cumplimiento de los planes de adecuación será de 3 años a partir del momento de su aprobación.

El cumplimiento del plan será monitoreado a través de la realización de las metas e indicadores que se establezcan en el mismo.

Se considerará la ampliación de los plazos para el cumplimiento del plan teniendo en cuenta la siguiente regla: si a los 30 meses de iniciado, la institución ha cumplido con al menos el 60% de las metas establecidas, se podrá ampliar el plazo de cumplimiento hasta 24 meses, a partir de los 3 años.

Una vez que el plan esté presentado, se conformará un equipo técnico mixto conformado por la Autoridad de Aplicación Nacional y por la Autoridad Sanitaria Jurisdiccional para el seguimiento del Plan. Dicho equipo trabajará en el proceso de certificación del plan de adecuación, que culminará con la acreditación institucional por parte de los organismos al final del plazo indicado, sin perjuicio de asesoramiento técnico continuo que puedan ofrecer más allá de dicho plazo.

El proceso consistirá en la adopción de estrategias según las modalidades propuestas en este documento y según el perfil de cada institución. Está contemplado que cada seis meses como máximo las instituciones deberán presentar informes y cada año recibirán al menos una visita de los organismos rectores para dar cuenta de la evolución de los indicadores de adecuación (ver más adelante).

Los ejes de trabajo se agruparán en: definición del perfil de institución (ante la diversidad de institución con internación monovalentes), definición de los procesos (estrategias a adoptar) y la sustentabilidad (metas institucionales en contexto de una red sociosanitaria, incluyendo modalidades de financiamiento específicas para la adecuación).

Pasos

1. Caracterizar el perfil institucional de las instituciones con internación monovalente en salud mental

El desarrollo de una red de recursos e instituciones sería distinto en cada caso, dependiendo del perfil institucional, de la propiedad de ser público o bien privado, del nivel de dependencia jurisdiccional y el capital político con que cuente el actor implicado en generar y sostener estos cambios. (Se recomienda ver Apartado 2: Instrumento para caracterización de perfil institucional)

La constitución de este perfil es determinante para el paso siguiente que es la adopción de un proceso específico de adecuación institucional.

Producción esperada:

Se presentará, como primer paso de la adecuación, un documento con todas las características antes mencionadas y una primera evaluación de los indicadores que serán tomados de base para evaluar, a lo largo de todo el proceso, el progreso de la adecuación propuesta. Resulta de relevancia caracterizar la población atendida y, en casos de haber criterios de inclusión muy estrictos, justificarlos. Serán especialmente considerados los casos que se plantee la ampliación de los criterios de admisión, sobre todo en cuanto a la atención a mujeres y niñas, niños y adolescentes, ante la escasez de recursos para estas poblaciones y la premura de las intervenciones en casos de alta vulnerabilidad psicosocial.

2. Definir los procesos para la adecuación hasta la sustitución definitiva de las instituciones con internación monovalente en salud mental

Considerando la elaboración del perfil Institucional, y los pasos y etapas para la adecuación y sustitución definitiva de las instituciones con internación monovalente mencionadas en el documento principal, se definirán los procesos para implementación de la adecuación. Los desarrollos incluirán desarrollo tanto del punto A como desarrollo del punto B:

A) Alternativas para la sustitución definitiva:

- Adecuación por vía de sustitución de las camas de internación y pasaje a modalidad de abordaje comunitario.
- Adecuación por vía de sustitución en hospital general (el proceso de pasaje a un hospital general, en el que la salud mental es un componente más de la totalidad de la oferta en salud, pasará a denominarse “conversión a hospital general”).

B) Estrategias de participación en la red:

De acuerdo a los puntos desarrollados del documento principal: Etapas, pasos necesarios y acciones complementarias necesarias para la implementación de un programa de adecuación y sustitución definitiva de las instituciones con internación monovalente hacia redes integradas de salud mental con base en la comunidad.

3. Monitoreo y evaluación

El instrumento de caracterización y perfil institucional deberá ser completado en el inicio del plan de adecuación por la institución junto con un comité evaluador de la Autoridad de Aplicación y Autoridad Jurisdiccional competente de acuerdo con las recomendaciones e ítems mencionados previamente.

El plan de adecuación debe contar con el aval del área técnica con competencia en salud mental de la jurisdicción en la que se encuentra el efector, y ser presentado en la mesa de entradas y notificaciones de la SECRETARÍA DE GOBIERNO DE SALUD.

El mencionado plan será evaluado por la DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES, quien aceptará, podrá sugerir cambios o en su caso rechazará el plan presentado.

Una vez aceptado el plan, se consensuarán visitas para la evaluación de las metas y los plazos acordados.

Realizada la adecuación, la DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES, emitirá una disposición en la cual se establecerá que el efector ha alcanzado las metas en los plazos propuestos.

Con dicha disposición el efector será considerado como adecuado a los principios establecidos en la LNSM.

Para evaluar, aprobar y monitorear los planes de adecuación de las instituciones con internación monovalente, el Órgano de Revisión Nacional será invitado por la Autoridad de Aplicación a participar en el proceso actuando en el marco de sus funciones conforme artículo 40° de la LNSM y sin perjuicio de sus competencias específicas.

Además de una mejora en el cumplimiento de los ítems mencionados, que se evaluará a la hora de aprobación del plan, las instituciones deberán presentar de forma trimestral la evolución de los indicadores de adecuación.

Indicadores de gestión institucional

- % de trabajadores de la institución que adecuó sus funciones
- % de camas cerradas
- % de personas externadas
- Razón entre dispositivos intermedios creados y dispositivos necesarios por cada subtipo
- % de planes de vida realizados

Además, entre la Autoridad de Aplicación Nacional y la Autoridad Jurisdiccional se relevará de manera regular los siguientes indicadores de adecuación:

Indicadores de adecuación

Indicadores de gestión a nivel nacional:

- % de jurisdicciones con planes
- % de instituciones con planes
- % de jurisdicciones con comisiones para revisión y seguimiento de planes
- % de jurisdicciones con capacitaciones/sensibilizaciones realizadas a trabajadores, familiares y usuarios

Indicadores de gestión jurisdiccional

- % de instituciones monovalentes con plan de adecuación
- % de hospitales generales con internación en salud mental
- Número de dispositivos intermedios por cada subtipo
- Razón entre dispositivos intermedios creados y dispositivos necesarios por cada subtipo
- % de personas externadas de los hospitales monovalentes
- Promedio, mediana, mínimo y máximo de días de internación por salud mental en hospitales generales y monovalentes
- % de trabajadores de monovalentes descentralizados a otros dispositivos

APARTADO IV: GLOSARIO

Aislamiento social: Es la situación objetiva de tener mínimos contactos con otras personas, bien sean familiares o amigos.

Atención Integral: Se trata de un conjunto de organizaciones que brinda servicios de salud de manera coordinada, integral y equitativa a una población definida, dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos, financieros y por el estado de salud de la población.

Atención Primaria de la Salud: Es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país.

Comunitario: Hace referencia a un conjunto de personas que tienen una historia en común, que comparten una identidad que las define y las enlaza.

La comunidad es el espacio común de los intercambios donde las personas se desarrollan.

En salud mental comunitaria, preservar y promocionar los vínculos comunitarios, familiares y sociales de quienes han sido internados/as por motivos de padecimiento mental, es una intervención prioritaria. Como también toda estrategia de rehabilitación que esté orientada a la integración social de la persona afectada.

Continuidad de Cuidados: Modalidad de atención que pugna por garantizar un abordaje integral, continuado y centrada en la persona, articulando las instancias asistenciales de forma de evitar la pérdida del derecho a la salud de las personas.

Continuidad Intersectorial de la Atención: Como concepto complementario, en salud mental resulta de relevancia incorporar una continuidad más allá del sector sanitario, en consonancia con los actores sociales involucrados en cada estrategia terapéutica, con el propósito de garantizar la articulación de los recursos sociocomunitarios con una perspectiva de sustentabilidad en red.

Desarrollo Asociativo: Articulación mediante convenios con instituciones que aseguren prestaciones clínico-asistenciales diversificadas (garantizando continuidad de cuidados) con supervisión y monitoreo de procesos.

Discriminación: Discriminar es separar, diferenciar o excluir a alguna persona, o tratarla como un ser inferior, o privarle de derechos, por ciertas características físicas, por sus ideas, por su religión, por su cultura, por su orientación sexual, por su posición económica, u otros motivos aparentes.

Equipo Interdisciplinario: Según la OMS, es definido como una asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, y con un objetivo común que es el de proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible.

Estigma: Marca distintiva que establece una demarcación entre una persona y otra, atribuyéndole características negativas a una de ellas. La estigmatización asociada con las enfermedades mentales a menudo conduce a la exclusión y la discriminación social y crea una carga más para la persona afectada.

Exclusión: Considera a la exclusión social como un fenómeno de segundo grado producido por la interacción de una pluralidad de procesos o factores que afectan a los individuos y a los grupos humanos, impidiéndoles acceder a un nivel de calidad de vida decente y/o a utilizar plenamente sus capacidades.

Hospital con Internación Monovalente de Salud Mental: institución que presta servicios en forma exclusiva a personas con trastornos mentales y/o por consumos problemáticos de sustancias, tanto de forma ambulatoria como bajo la forma de internación. Puede tener diferente pertenencia administrativa, jurisdiccional y población atendida (adultos, niños, personas con discapacidad, gerontes, personas con problemas de consumos, entre otros).

Inclusión: Es posibilitar que personas en riesgo de pobreza o de exclusión social tengan la oportunidad de participar de manera plena en la vida social, y así puedan disfrutar de un nivel de vida adecuado.

Integración Social: Es un proceso complejo, en constante situación de construcción y cambio, en donde se entrecruzan dinámicas externas e internas en el transcurso del tiempo: historia, vidas personales y estructuras sociales. Implica la puesta en marcha de un proceso bilateral, en donde al mismo tiempo que cada persona mantiene su propia identidad, todos intercambian, produciendo una interdependencia. Todos son enriquecidos a partir de la participación activa del conjunto.

Intersectorial: Designa la coordinación de objetivos, acciones y/o recursos entre los distintos sectores del Estado y de la sociedad civil que actúen, entre otras, en las áreas de desarrollo social, trabajo, niñez, educación, planificación federal, cultura, arte y deporte con el objetivo de promover y desarrollar acciones tendientes al logro de la inclusión social.

Marginación: es un fenómeno multidimensional y estructural originado, en última instancia, por el modelo de producción económica expresado en la desigual distribución del progreso, en la estructura productiva y en la exclusión de diversos grupos sociales, tanto del proceso como de los beneficios del desarrollo.

Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental: Estrategia por la cual una persona puede anticipar directivas respecto de su salud y en previsión de su propia incapacidad.

Rehabilitación Psicosocial: Integración de las personas con padecimiento mental a la comunidad, privilegiando los principios de autonomía, dignidad y auto valimiento. Implica la implementación de apoyos para el ejercicio efectivo de los derechos de ciudadanía.

Rehabilitación Laboral: Es el proceso en el que una persona se incluye en el mercado laboral, el mantenimiento y promoción de una vida productiva.

Régimen Asilar: Modalidad de atención de tipo cerrado, que se brinda en instituciones de carácter monovalente que prestan servicios en forma exclusiva a personas con padecimiento mental y/o por consumo problemático de sustancias. Las prácticas que allí se adoptan, presentan características comunes, tales como: a) aislamiento; b) centralización; c) desarticulación de la red; d) internaciones indebidas, injustificadas y temporalmente indeterminadas; e) perfil profesional centrado en instituciones totales ; f) vulneración de derechos; g) sinergias negativas; h) burocratización; i) incentivos perversos.

Salud Mental: Se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de derechos humanos y sociales de toda persona. (LNSM).

Sector Estatal: El sector público es el conjunto de organismos administrativos mediante los cuales el estado cumple, o hace cumplir la política o voluntad expresada en las leyes del país.

Sociedad Civil: Es la diversidad de personas que con categoría de ciudadanos y generalmente de manera colectiva, actúan para tomar decisiones en el ámbito público que consideran a todo individuo que se halla fuera de las estructuras gubernamentales.

Titular de Derechos: Terminología descriptiva en el marco de las ciencias sociales para referirse al individuo en interacción con medidas o políticas públicas que, lejos de ser un “beneficio”, son un derecho del cual el ciudadano es titular.

Vínculos Afectivos: Es la unión afectiva que tenemos con otra persona, añadiendo lo importante y significativo que es para nosotros.

Material realizado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones
Secretaría de Gobierno de Salud
Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación
República Argentina
(011) 4379.9162
saludmentalnacion@gmail.com
Año 2019





República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2019 - Año de la Exportación

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: ANEXO I - RECOMENDACIONES PARA LA ADECUACIÓN HASTA LA SUSTITUCIÓN DEFINITIVA DE LAS INSTITUCIONES CON INTERNACIÓN MONOVALENTE - EX-2019-99814155- -APN-DD#MSYDS

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 79 pagina/s.