

GUÍA BÁSICA **CRITERIOS Y SUGERENCIAS PARA LA ADECUACIÓN Y EL DESARROLLO DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL**

AÑO 2014



Dirección Nacional de
**SALUD MENTAL
Y ADICCIONES**



**Ministerio de
Salud**
Presidencia de la Nación

GUÍA BÁSICA
Criterios y sugerencias para la adecuación y el
desarrollo de la Red de Servicios de Salud Mental
AÑO 2014

AUTORIDADES NACIONALES

Presidenta de la Nación

Dra. Cristina FERNÁNDEZ DE KIRCHNER

Ministro de Salud

Dr. Juan MANZUR

Secretario de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias

Dr. Eduardo Mario BUSTOS VILLAR

Directora Nacional de Salud Mental y Adicciones

Lic. María Matilde MASSA

ÍNDICE

1. Prólogo	P 5
2. Introducción	P 7
3. Modelo de gestión de Red de Servicios de Salud Mental (RDSSM) para jurisdicciones.....	P 11
4. Sugerencias para la adecuación a la RDSSM	P 13
5. Componentes estratégicos para la adecuación de las instituciones monovalentes a la red de servicios de salud mental	P 25
6. Glosario	P 33
7. Anexos: CD	
a- Encuesta red de servicios.	
b- Encuesta para enfermería.	
c- Guía básica para la planificación de la adecuación de monovalentes a la red de servicios.	
d- Apuntes para la adecuación de monovalentes a la red de servicios, con eje en el recurso humano.	
e- Ley Nacional de Salud Mental.	
f- Plan Nacional de Salud Mental.	
g- Herramientas de Planificación. Bibliografía.	

1. PRÓLOGO

El presente documento pretende acercar sugerencias para la adecuación y desarrollo de los efectores/prestadores de la red de servicios de salud mental y recomendaciones técnicas para el diseño e implementación de los proyectos de adecuación de las instituciones de salud mental a la red de servicios, en base al modelo de atención comunitario.

Como es de público conocimiento la República Argentina cuenta con la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, su decreto reglamentario 603/13 y el Plan Nacional de Salud Mental, aprobado mediante Resolución Ministerial 2177/2013, como así también con el conjunto de normativas, tratados y estándares internacionales, y las normativas jurisdiccionales de salud mental. Todo esto conforma el marco normativo y político para los proyectos de adecuación y desarrollo de la red de servicios de salud/salud mental.

Dicho Plan Nacional consta de un conjunto de pautas generales que permitirán hacer efectiva la función de rectoría del Estado en los distintos niveles jurisdiccionales, la gestión de las áreas competentes en la implementación de las acciones y la integración del componente de Salud Mental y Adicciones en las políticas públicas de salud. Las líneas de acción que se desprenden de los problemas priorizados y los objetivos formulados en el Plan, adoptan los principios éticos, los componentes estratégicos y programáticos que se hallan enmarcados en la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Respecto del modelo de atención a ser impulsado y/o fortalecido en cada una de las jurisdicciones, a través del universo de efectores del sector público, privado y de la seguridad social que integran la red de servicios de salud/salud mental, para la implementación del presente Plan se destaca lo siguiente:

- a) Los efectores y organismos públicos y privados de salud deberán coordinar sus acciones a través de redes locales, regionales y nacionales ordenadas según criterios de complejidad creciente que permitan articular los diferentes niveles de atención, aseguren el empleo apropiado y oportuno de los recursos y su disponibilidad para toda la población.
- b) La adopción de buenas prácticas institucionales que eviten y/o mitiguen toda forma de discriminación, segregación, negligencia, abandono y medicalización innecesaria de las personas en el proceso de atención.

c) La implementación de estrategias de base comunitaria que sustituyan y/o revertan los efectos iatrogénicos del proceso de cronificación que acontece en las instituciones asilares.

d) profundizar el compromiso de los prestadores de servicios de salud, los organismos financiadores y reguladores con la calidad de la atención en salud/salud mental.

e) acompañar procesos de adecuación a la normativa vigente en salud mental que contribuyan a lograr la viabilidad política, técnica y financiera de las instituciones que integran la red.

El presente documento hace eje en el Problema N° 2 del Plan Nacional y el conjunto de objetivos planteados para su resolución: “La red de Salud/Salud Mental es inadecuada, cuando no inexistente, a la modalidad de abordaje que plantea la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto reglamentario N° 603/2013.

Esperamos que estas sugerencias sirvan y orienten el diseño de planes, programas y proyectos de salud mental; tanto del sector público como del privado y el de la seguridad social, que contribuyan a implementar acciones para la adecuación y/o desarrollo de los efectores/prestadores comprendidos en la red de servicios de salud mental, a la altura de las normativas vigentes en el país, la región y el mundo.



Lic. María Matilde Massa
 Directora Nacional de Salud Mental y Adicciones
 Secretaría de Determinantes de la Salud y
 Relaciones Sanitarias
 Ministerio de Salud de la Nación

2. INTRODUCCIÓN

CONFIGURACIÓN DEL SUBSISTEMA DE ATENCIÓN EN SALUD

Dado que este documento está dirigido a todas las instituciones, tanto públicas como privadas, que integran el sector salud en nuestro país, proponemos una breve caracterización del subsistema de atención de la salud en Argentina, el cual se ha organizado históricamente en tres subsectores; diferenciados sobre la base de su financiamiento y al régimen de protección de que disponen los ciudadanos:

a) El Subsector público, que provee los servicios financiados por el presupuesto estatal a través de una vasta y compleja red de prestadores de establecimientos de salud destinados a toda la ciudadanía con un criterio de inclusión y universalidad, independientemente de todo otro régimen de cobertura de que tales personas dispongan (afiliación a una Obra social y/o aseguradora privada). Dada la forma de gobierno federal establecida constitucionalmente en Argentina (Constitución Nacional, Art. 14^º) comprende a instituciones de jurisdicción nacional, provincial y/o a los gobiernos municipales.

b) El subsector de la Seguridad social que, sustentado en los aportes obligatorios de empleados y empleadores de acuerdo a cada rama laboral, permite financiar los servicios de salud de los trabajadores en relación de dependencia y de sus grupos familiares inmediatos. Comprende a las obras sociales enmarcadas en la Ley N° 23.660 y la Ley N° 23.661, a las obras sociales nacionales que no se hallan incluidas en el régimen que se establece para tales leyes (ej: de las fuerzas armadas y/o de seguridad) y por las obras sociales de las provincias. La clase pasiva o en situación jubilatoria está cubierta en su mayor parte por el Instituto del Servicio Social para jubilados y pensionados (PAMI), regido por la Ley Nacional N° 19.032.

c) El subsector privado de atención puede clasificarse en cuatro grupos:

- Las instituciones y/o establecimientos de salud que brindan prestación directa de servicios (ej: Clínicas, Sanatorios, institutos diagnósticos, centros especializados, hospitales de comunidad) a los afiliados a las obras sociales, a los usuarios que abonan en forma particular y a quienes integran otras modalidades de seguro (ej: medicina prepaga, mutuales).

- Los profesionales que desempeñan de manera independiente el ejercicio de la profesión en consultorios privados y/o clínicas y laboratorios propios a personas particulares con capacidad de pago, a los asegurados por obras sociales y/o a los afiliados a empresas de Medicina Prepaga.

- Las entidades de medicina prepaga, mutuales, cooperativas, y/o fundaciones cuyos afiliados se incluyen en calidad de adherentes voluntarios

- Empresas gerenciadoras de recursos destinados a la atención de la salud y que intermedian entre los aseguradores y los prestadores a través de diversas modalidades de contratación.

La Ley N° 26.657 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/prestadores.

A lo largo de la historia, la inclusión del componente salud mental en el sistema de atención a la salud del subsector público ha sido muy compleja y, en la mayoría de los casos, fallida por las siguientes razones:

a) La constitución de los Asilos u Hospitales neuropsiquiátricos se establecieron apartados de los centros urbanos y desarticulados del resto de las instituciones que conformaban el sistema de atención.

b) Las instituciones del primer nivel de atención no incorporaron adecuadamente profesionales de la salud mental que, integrados con el resto de los profesionales del equipo de salud, permitieran brindar respuestas efectivas al conjunto de problemas en los cuales se plantea el componente mental: crisis vitales, trastornos de aprendizaje, problemas vinculares, violencias o consumo excesivo de sustancias.

c) Los problemas de más difícil resolución (ej: emergencias y/o urgencias) eran derivados al segundo nivel de atención, pero las dificultades demostradas por los hospitales generales para resolver adecuadamente tales problemáticas llevaban a que se efectuara una derivación a otras instituciones (hospitales monovalentes) que, se suponía, contaban con mayor capacidad resolutoria, pero que terminaban produciendo una progresiva cronificación de los pacientes asilados.

Respecto de la regulación de otros prestadores incorporados al subsistema de atención de la salud (Obras sociales, sector privado), durante un período muy prolongado la salud mental no ha sido incorporada como prioridad al momento de establecer recursos y fijar lineamientos para la atención. Han sido notoriamente limitadas las prácticas en salud mental incorporadas al menú de prestaciones de las Obras sociales y de los seguros privados de salud, y con notables restricciones en cuanto a la calidad y cantidad de prestaciones dispensadas.

Por ello alguna de las medidas que podrían ser adoptadas y que fortalecerían las propuestas regulatorias son:

a) Incentivos financieros otorgados por los organismos de control para que las instituciones aseguradoras adopten ciertos procesos y estrategias asistenciales que se hallen orientadas

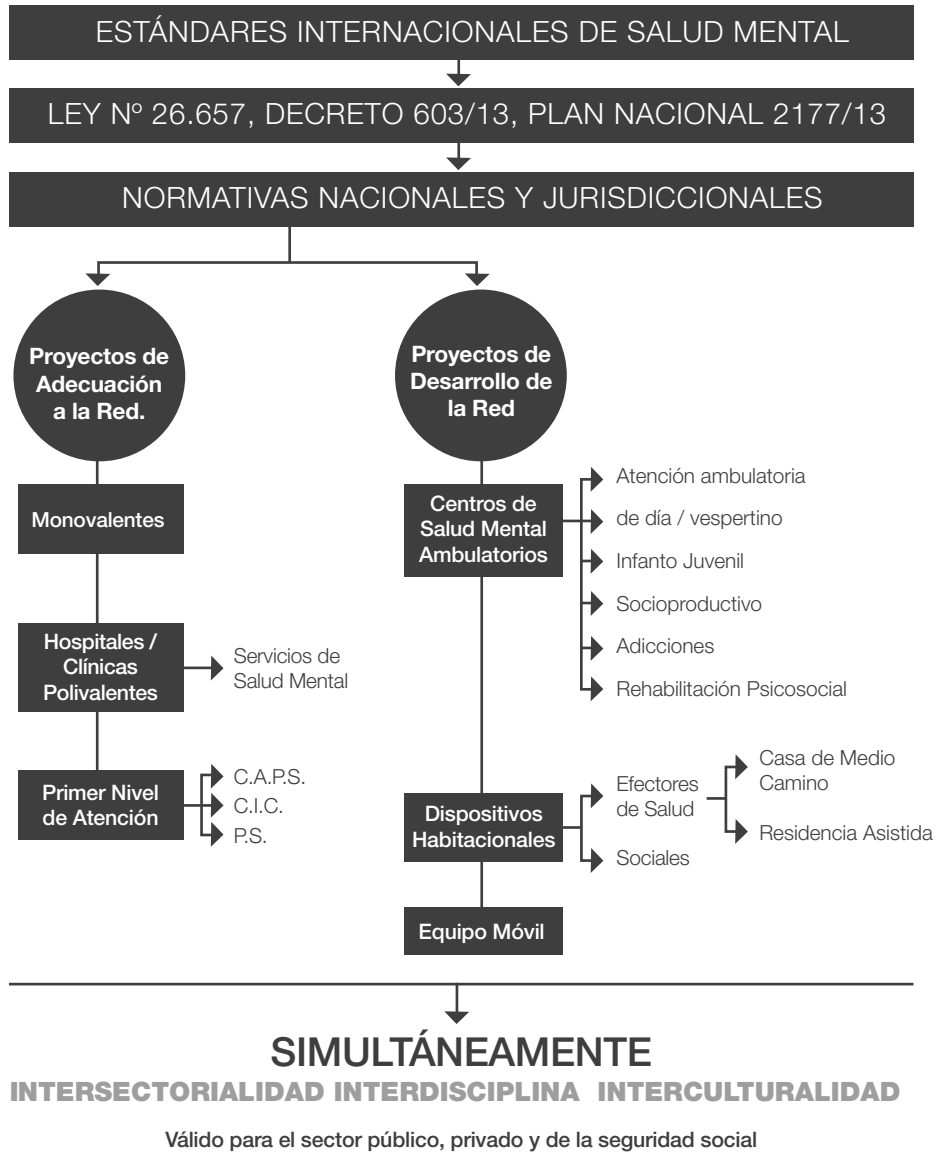
según las pautas formuladas en la Ley Nacional N° 26.657 y en el Plan Nacional de Salud Mental.

b) Normas y directrices para la habilitación y fiscalización de servicios en instituciones prestadoras (ej: clínicas, sanatorios) y que deben ser requeridas por las instituciones aseguradoras (ej: medicina privada) en lo que respecta a la atención de la salud mental.

c) Normas o requerimientos básicos relacionadas con el mejoramiento continuo de la calidad que deben exigir las instituciones aseguradoras y cumplir las instituciones prestadoras para poder incorporarse a una nómina de prestadores de obras sociales y/o seguros privados, y ampliar así la gama de servicios ofrecidos a sus adherentes o afiliados.

CON TODOS, ENTRE TODOS, PARA TODOS.

3. MODELO DE GESTIÓN DE RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL



4. SUGERENCIAS PARA LA ADECUACIÓN A LA RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

EJE ADECUACIÓN

4.1.1-Monovalentes con eje en la atención del Trastorno Mental Severo:

- Comprende Neuropsiquiátrico, Clínica Psiquiátrica, Hospital Psiquiátrico, Colonia de Salud Mental, entre otros.
- Analizar las fortalezas y debilidades teniendo en cuenta los siguientes componentes estratégicos del proyecto de adecuación al modelo de atención de la ley N° 26.657:
 - ✓ Compromiso Político.
 - ✓ Administración/Gestión de RRHH.
 - ✓ Modelo de atención.
 - ✓ Presupuestos: costos y financiamiento.
 - ✓ La apertura de dispositivos intermedios.
- Elaborar un proyecto de adecuación considerando las siguientes sugerencias:
 - Adecuar la estructura y los procedimientos de las Instituciones Monovalentes (IM) a fin de lograr la sustitución de un sistema de atención manicomial a la constitución de una red de servicios de base comunitaria. Se considera necesaria la transformación de las IM a fin de adecuarse a los requerimientos actuales en salud mental, acorde a las legislaciones vigentes.
 - Aumentar el número de usuarios alojados en dispositivos habitacionales del ámbito de influencia del hospital psiquiátrico, que dependan administrativamente de éste o no. Esto se relaciona con el concepto de redistribución de camas en dispositivos comunitarios, disminuyendo la cantidad de camas para internación.
 - Reducir la población de personas internadas de manera involuntaria o voluntaria, a no más de un año de internación, asociado a la reducción de camas para internación disponibles.
 - Desarrollar servicios de salud mental y de salud general abiertos a la comunidad.
 - Contar con equipo de Rehabilitación.

- Poner el eje en la Externación con inclusión social de los pacientes cronificados en la institución.
- Cumplir con las indicaciones del protocolo de la OMS en caso de práctica del TEC. "Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, DDHH y Legislación del 2006".
- Eliminar las salas/celdas de aislamiento o castigo, y promover la disponibilidad de habitaciones individuales si lo requiere la estrategia terapéutica.
- No deben habilitarse Servicios Penitenciarios dentro del Hospital Monovalente. En el caso de que funcione en el ámbito de IM, proponer un proyecto de transferencia del mismo al Servicio Penitenciario.
- Involucrar a todos los trabajadores del efector/prestador, referentes de la seguridad social y organismos de control en el proceso de adecuación.

4.1.2 Monovalentes con eje en Adicciones:

- Comprende Comunidades Terapéuticas, Clínica de Adicciones (IMEA).
- Analizar las fortalezas y debilidades en el proceso de adecuación al modelo de atención de la Ley N° 26.657.
- Elaborar un proyecto de adecuación considerando las siguientes sugerencias:
 - Como centro de Salud Mental de atención ambulatoria, con eje en adicciones; y/o como Casa de Medio Camino.

Importante: en el caso de adecuarse como Casa de Medio Camino, a los fines de su habilitación como establecimiento sanitario deberá disponer de un Centro de Salud Mental, propio o conveniado con terceros, para la atención de la Salud Mental de los usuarios del Servicio. En el caso de efectuarse convenio con terceros podrían realizarse con efectores del primer nivel de atención que cuenten con unidades de atención en Salud Mental y/o Hospitales Generales.

- El número de alojados no debe superar los 30 usuarios.
- Las prácticas de restricción de la movilidad del paciente deben estar sujetas a un acuerdo terapéutico entre el usuario del dispositivo y el equipo técnico.

Importante: en caso de riesgo cierto e inminente debe derivarse a fin de ser internado en un hospital general.

- No deben existir las salas/celdas de aislamiento o castigo. Podrían habilitar habitaciones individuales si así lo requiera la estrategia terapéutica.

- El consentimiento informado en estos dispositivos corresponde a la aceptación del tratamiento propuesto y acordado, de las normas institucionales y convivenciales.
- Tener acceso al legajo y/o historia clínica, e informes institucionales, de acuerdo a la legislación vigente.
- La I.M.E.A debe contar con uno o más programas de atención, en el marco del cual se deberá definir un plan individual de rehabilitación y tratamiento.
- Deberá contar con personal de salud permanente y garantizar la continuidad del tratamiento.
- La dirección técnica del efector debe estar a cargo de un profesional de disciplina afín al campo de la salud mental.

4.2 Servicios de Salud Mental en Hospitales Generales.

- Analizar las fortalezas y debilidades en el proceso de adecuación al modelo de atención de la Ley N° 26.657.
- Elaborar un proyecto de adecuación considerando las siguientes sugerencias:
 - Se considera Servicio de salud mental a aquel que atiende las demandas internas y externa vinculadas a las problemáticas de salud mental a través de la consulta ambulatoria, la atención de las urgencias, la interconsulta y de manera obligatoria la internación para aquellos casos que lo requieran.
 - Las camas o salas destinadas a la internación de Salud Mental deberán estar integradas a la estructura edilicia del establecimiento, al igual que las otras clínicas básicas (clínica médica, cirugía, pediatría y teco ginecología). Se establecerá un porcentaje mínimo de camas disponibles para internación por salud mental, calculado en un 5% de las camas totales del hospital. En caso de contar con sala propia, la misma no deberá exceder el porcentaje del 10% de las camas totales del hospital. Se debe contemplar siempre la accesibilidad y espacio para un acompañante como mínimo. Las habitaciones de la sala no deben superar las 4 camas.
 - La cantidad de prestaciones señaladas deben hallarse de acuerdo con la estructura, recursos y nivel de complejidad del Hospital General. Como así también de los recursos de la jurisdicción a la que pertenece.
 - Incluye servicios especializados para determinadas problemáticas de salud mental y adicciones o específicos para grupos etarios de alta vulnerabilidad (Infante juvenil y tercera edad). Funcionan como efectores de referencia para una región específica del país.

- El equipo de salud mental deberá ser interdisciplinario.
- Contar con personal de enfermería capacitado para la atención en salud mental.
- Para situaciones específicas, por ejemplo manejo de la excitación psicomotriz, manejo y monitoreo de la sujeción física, consentimiento informado, registros en la historia clínica adecuarse a los protocolos de actuación y normativas vigentes.
- Interconsulta, tanto del equipo de salud mental por demanda de otras áreas del hospital como requerimiento de asistencia integral para pacientes internados en el servicio de salud mental.
- Registro en la oficina de estadística y epidemiología de variables propias de salud mental, tanto de condiciones mentales como de prácticas.

En cuanto a **Estructura y recursos se sugiere contar con** Consultorios externos y camas propias en sala específica, o disponibles en el establecimiento, acorde a la complejidad del efector.

En cuanto al **Equipo Interdisciplinario en SM, se considera la inclusión de** Médico/a psiquiatra, Psicólogo/, Trabajador/a Social, Enfermera/o con capacitación en SM, Personal de salud no convencional, acorde a la complejidad del efector y las posibilidades de la jurisdicción.

En cuanto a los **RRHH de Guardia se considera la inclusión de** Médico/a con capacitación en SM, Médico/a psiquiatra, Psicólogo/a, Trabajador/a Social, Enfermero/a, Servicio Legal disponible en el hospital.

El Tipo de Guardia sugerida es de 24 horas de lunes a domingo.

Las Prestaciones sugeridas son Atención de las Urgencias, Admisión, Desintoxicación, Evaluación diagnóstica, Consejería en salud mental, Atención clínica / tratamiento de salud mental (ambulatoria espontánea/ programada, intervención en crisis/ grupal), Cuidados de enfermería, Interconsulta, Internación, Atención y/o seguimiento domiciliario y control del tratamiento en general y psicofarmacológico en circunstancia de alta hasta articular con efectores de la red de salud según cada caso en particular, Acompañamiento terapéutico, Capacitación, formación y/o supervisión para equipos de salud.

En cuanto a los **Padecimientos, se sugiere la atención de los trastornos mentales severos,** problemáticas de consumo y/o Adicciones, Intento Suicidio, Trastornos alimentarios, entre otros Padecimientos de SM.

En cuanto a las **Pautas Ingreso, se recomienda** la admisión de Personas que atraviesan una situación de crisis con riesgo cierto e inminente, Sin límite de edad, con excepción de los Hospital Generales Pediátricos cuya cobertura será hasta los 18 años.

En cuanto a las Pautas de Egreso se recomienda cuando se han alcanzado los objetivos propuestos del tratamiento según la prestación de que se trate. Los mismos serán elaborados por el equipo interdisciplinario en conjunto con la persona y su entorno significativo. El equipo interdisciplinario decide el alta hospitalaria en función de una estrategia territorial de externación e inclusión en la red de servicios que corresponda.

Procurar la vinculación con otros efectores de la red de servicios para dar respuesta a la complejidad de las problemáticas.

Los integrantes del Servicio de SM deben tener conocimiento de los efectores/prestadores del primer nivel y los dispositivos comunitarios existentes en la zona de referencia para optimizar el trabajo en red.

4.3 Efectores del Primer Nivel de Atención con Unidad de Salud Mental:

- Comprende los Centros de salud, tales como: Centro de Atención Primaria de la Salud, Centros de Salud y Acción Comunitaria, Unidad Primaria de Atención, Centros de Integración Comunitaria, Postas sanitarias y otros similares acorde a cada jurisdicción.
- Analizar las fortalezas y debilidades en el proceso de adecuación al modelo de atención de la Ley N° 26.657.
- Elaborar un proyecto de adecuación considerando las siguientes sugerencias:
 - En cuanto a la frecuencia de atención, se recomienda cubrir horarios de lunes a viernes en turno mañana, tarde y vespertino y sábado turno mañana para mejorar el acceso de los usuarios a los servicios de salud mental. Pudiendo considerar la extensión a turno noche y fin de semana. Todo esto acorde a las necesidades y posibilidades de cada jurisdicción.

IMPORTANTE. El primer nivel debe:

- ✓ Brindar atención.
- ✓ Sostener los tratamientos y asegurar continuidad de cuidados.
- ✓ Promover prestaciones de tipo grupal y/o comunitarias.
- ✓ Coordinar con el equipo tratante para los procesos de externación de los usuarios de Salud Mental en situación de internación.
- ✓ Participar en la identificación de los sistemas de apoyo comunitarios.
- ✓ Sostener actividades en dispositivos habitacionales, en especial de medio camino y Centros de Salud Mental.

EJE DESARROLLO

4.4 Centros de Salud Mental:

- Analizar las fortalezas y debilidades en el proceso de adecuación al modelo de atención de la Ley N° 26.657.
 - Elaborar un proyecto de adecuación considerando las siguientes sugerencias:
 - Establecimiento de atención ambulatoria, para el abordaje del padecimiento mental. Dispone de un equipo de profesionales, técnicos y administrativos, que brinda diversas prestaciones como atención ambulatoria, centro de día, centro infanto juvenil, centro de rehabilitación psico social, centro socio productivo. La cantidad de prestaciones que brinde el centro dependerá de la estructura, los recursos y los programas de cada efector, como así también de los recursos disponibles en la jurisdicción.
 - Podrán integrar el equipo otras profesiones (Psiquiatra infanto juvenil, psicopedagogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, musicoterapeutas) o recursos humanos no convencionales como agentes sanitarios, operadores de salud mental u otros que se encuentren acreditados en cada jurisdicción.
 - Para la admisión de usuarios de salud mental, el equipo interdisciplinario evaluará la necesidad de ingreso y la estrategia terapéutica caso a caso. Sin restricciones de edad, de tiempo, ni de diagnósticos. En caso de niños/as y adolescentes su ingreso a este dispositivo contemplará además la inclusión en el ámbito escolar.
- Se incluirán entre otras actividades, las siguientes:
- ✓ Educación en habilidades para la vida diaria (cuidado personal, administración del dinero, movilidad, alimentación, vestimenta e higiene, entre otros).
 - ✓ Emprendimiento laboral y productivo: capacitación, producción y comercialización.
 - ✓ Alfabetización.
 - ✓ Arte y recreación.
 - ✓ Tratamiento individual, grupal y/ o socio familiar.
 - ✓ Control farmacológico.

SUBTIPOS: según ejes/especificidades de los programas.

4.4.1 Centro de día / Vespertino:

- Se define como un dispositivo diurno y/o vespertino ambulatorio inserto en la comunidad, dedicado a la promoción, prevención, atención, tratamiento y rehabilitación psicosocial de los usuarios del sistema. El equipo de salud propiciará la participación de la comunidad en general en las actividades de este efector, dado que ésta se considera fundamental para una efectiva rehabilitación psicosocial.
- Tiene por propósito fortalecer las capacidades de los usuarios y generar mayores

grados de autonomía en las actividades significativas para la vida de la persona. Se trata de un espacio terapéutico para que las personas puedan incluirse con mayor grado de autonomía en otros ámbitos de la comunidad.

- En caso de que el centro de día/vesperino funcione incluido en un establecimiento de internación o en un Centro de Salud Mental, su estructura edilicia deberá ser independiente y de uso exclusivo de los pacientes ambulatorios.

4.4.2 Centro Infanto Juvenil :

- Es un dispositivo diurno y/o vespertino ambulatorio inserto en la comunidad, atiende población con problemas de salud mental y adicciones de 0 a 18 años, su grupo familiar y/o referentes vinculares. Realiza acciones de promoción de la salud, prevención, atención clínica y rehabilitación.

- Pautas de ingreso: de 0 a 18 años.

- Egreso al dispositivo: inclusión en otros dispositivos, o cumplimiento de los objetivos terapéuticos o cumplimiento de mayoría de edad.

- Prestaciones específicas:

- ✓ Atención clínica a población infanto juvenil.
- ✓ Apoyo psicopedagógico para sostén e inclusión en el sistema educativo.
- ✓ Estimulación temprana.
- ✓ Musicoterapia.
- ✓ Psicomotricidad.
- ✓ Promoción de la salud a través del arte, recreación y deporte.

4.4.3 Centro de Rehabilitación Psicosocial:

- Es un dispositivo diurno y/o vespertino ambulatorio inserto en la comunidad. Atiende a población con problemáticas de salud mental y/o adicciones que requieran rehabilitación en su autonomía y en la interacción socio familiar. Puede especializarse en niños, adolescentes, adultos y tercera edad.

4.4.4 Centro Socioproductivo:

- Es un dispositivo diurno y/o vespertino ambulatorio inserto en la comunidad. Atiende a población con problemáticas de salud mental y/o adicciones que requieran en su estrategia terapéutica el fomento de la socialización, actividad laboral en el marco de la economía social y solidaria vinculado a experiencias de cooperativismo y autogestión. Puede especializarse en adolescentes, adultos o tercera edad.

- Pautas de ingreso: personas a partir de los 16 años

- **Prestaciones específicas:**

- ✓ Capacitación en oficios.
- ✓ Entrenamiento en habilidades socio productivas.
- ✓ Gestión de emprendimientos laborales.
- ✓ Acompañamiento en la producción y comercialización de productos.

4.5 Dispositivos Habitacionales Efectores de Salud (DHES).

- El efector deberá estar integrado a la red de servicios de salud. Una condición de funcionamiento es el establecimiento de acuerdos y/o convenios para la coordinación de acciones con el/los Hospitales Generales y Centros de Salud Mental de la zona.

- Supone la elaboración por parte del equipo interdisciplinario de estrategias terapéuticas personalizadas vinculadas a los diversos servicios de la red de servicios de salud. Las mismas deberán ser actualizadas periódicamente.

- En cada dispositivo, se sugiere un máximo de cuatro (4) plazas por habitación, y un máximo de 30 plazas en total. Se considera de importancia la existencia de un espacio de uso común que permita el intercambio, esparcimiento y el establecimiento de acuerdos y reglas que favorezcan la convivencia.

- En cada casa pueden convivir personas que requieran diferente grado de apoyo para su desenvolvimiento en la vida cotidiana y que necesiten por ello permanecer diferente tiempo de alojamiento.

- El equipo de salud tratante debe tener dependencia administrativa en el Hospital General o Centro de Salud / Salud Mental. Entre las funciones del equipo se encuentran la de mediar, facilitar y contribuir en la integración al DHES, así como responder a las necesidades de aquellas personas con menor grado de autonomía.

- En el caso de las viviendas para personas declaradas inimputables, debe contarse con personal de seguridad permanente y guardia de equipo de salud mental las 24 hs.

- Podrán integrar el equipo otras profesiones y/o RRHH no convencional que puedan integrar el sistema de apoyo.

- Deberá contar con programas orientados a la rehabilitación y la inclusión social.

- Para el Criterio de agrupabilidad tener en cuenta grupos etéreos y características clínicas del padecimiento a los fines de promover el mejor grado de autonomía de los usuarios y garantizar la convivencia en el DHES.

- El egreso estará a cargo del equipo interdisciplinario, evaluando la estrategia terapéutica caso a caso, promoviendo continuidad de cuidados y seguimiento en la comunidad.

- Prestaciones comunes:
- ✓ Provisión de alojamiento con distintos niveles de supervisión y apoyo.
- ✓ Establecimiento de un programa individualizado de cobertura de necesidades cotidianas, en coordinación con los servicios de la comunidad.
- ✓ Acompañamiento terapéutico.
- ✓ Actividades ocupacionales, educativas, recreativas en la comunidad y/o en el DHES acorde al nivel de autonomía del paciente.
- ✓ Servicio de enfermería.
- ✓ Facilitar y contribuir en la integración a DHES.
- ✓ Seguimiento de la estrategia terapéutica en coordinación con equipo de salud referente.

SUBTIPOS, según ejes/especificidades de los programas.

4.5.1 Casa de medio camino:

- Servicio de alojamiento destinado a personas con padecimiento mental, y que, por su problemática psico- social, requieran de un espacio de residencia transitoria.
- Brinda acompañamiento terapéutico transitorio en el proceso de inclusión de los usuarios del servicio en un dispositivo ambulatorio por fuera del espacio de residencia.
- La pauta de Egreso será cuando el usuario del servicio haya alcanzado la mayor autonomía posible, la posibilidad de reinsertarse en el ámbito familiar y/o comunitario y disponga de un espacio habitacional y espacio terapéutico ambulatorio o de internación sustitutivo. Considerándose un tiempo máximo de dos años para la estadía de cada usuario.
- **Prestaciones específicas:**
- ✓ Provisión de alojamiento temporario.
- ✓ Asistencia específica de acuerdo al grupo etareo y/o tipo de padecimiento (TMS, Adicciones, Infanto Juvenil, personas con padecimiento mental declaradas inimputables).
- ✓ Programas orientados a la inclusión social.

4.5.2 Residencia Asistida:

- Atiende población que por su padecimiento de salud mental y/o adicciones presenta una autonomía limitada temporal o permanente y que, por su problemática psico social requiere la provisión de alojamiento y la promoción del mayor grado de autonomía posible del usuario.
- Debe ofrecer cuidados mínimos, intermedios o permanentes de acuerdo a padecimiento mental y del grado de autonomía del usuario de servicio, es decir acorde a la evaluación diagnóstica situacional.

- Como pauta de ingreso considerar a la persona con padecimiento mental que requiera del dispositivo habitacional asistido como parte de la estrategia terapéutica ambulatoria.
- Estarán en condición de egreso aquellos usuarios que hayan logrado un nivel de autonomía que les permita insertarse en alguna forma de vivienda independiente del sistema de salud. En la medida en que la estrategia terapéutica lo requiera, continuar con su tratamiento ambulatorio.

4.6 Dispositivos Habitacionales con Dependencia de Otros Sectores Sociales (DHOSS).

- Comprende: Unidad convivencial / vivienda asistida / departamento asistido / hogar sustituto / casas amigables / alojamiento supervisado / vivienda autogestionada / vivienda de co-gestión (Estado/usuarios de salud mental) entre otros.
- Si bien no son efectores de salud, deben formar parte de la red de salud mental.
- El equipo de salud mental que presta servicio en estos dispositivos debe pertenecer a efectores de salud, preferentemente a través de programas de rehabilitación.
- El tratamiento y las actividades terapéuticas deben realizarse en efectores integrados a la red de servicios de salud mental.
- Los criterios de ingreso son:
 - a) Imposibilidad de procurarse vivienda propia asociado a su padecimiento mental.
 - b) No cuenta con la autonomía suficiente para vivir en soledad.
- Pueden ser Transitorias y/o permanentes.
- Son para usuarios de salud mental con mayor grado de autonomía que los usuarios de los servicios habitacionales efectores de salud.

4.7 Equipos Comunitarios Móviles (ECM):

- Se destaca la condición de “móvil” que permite el trabajo extramuro de equipos interdisciplinarios de Salud Mental con diferentes tareas y funciones, acorde al funcionamiento de la red de servicios de salud local.

- Es una figura importante para el funcionamiento de la red de servicios de salud mental con el modelo comunitario de atención, ya que permite el sostenimiento de los dispositivos intermedios y pueden ser enlaces entre los mismos con los centros de salud y los hospitales.

- **Subtipos:**

- ✓ Apoyo domiciliario: supervisión, monitoreo, apoyo de rehabilitación.
- ✓ Atención domiciliaria: prestación de atención clínica de salud mental.
- ✓ De rehabilitación psicosocial.
- ✓ Emergencia.

5. COMPONENTES ESTRATÉGICOS PARA LA ADECUACIÓN DE LAS INSTITUCIONES MONOVALENTES A LA RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Algunos COMPONENTES estratégicos del proyecto de adecuación:

- 1) Compromiso Político: viabilidad y conducción.
- 2) Modelo de Atención.
- 3) Presupuesto.
- 4) Administración/Gestión de RRHH.

1) Compromiso Político

Al hablar de Compromiso Político, estamos hablando, fundamentalmente, de conducción y de viabilidad institucional. Estos son aspectos determinantes de la programación.

Destacamos especialmente la voluntad política y administrativa así como de quienes ejercen cargos de conducción, siendo de especial importancia el grado de adhesión de la persona o grupo a cargo de la institución a adecuar, es decir, del director/a de la institución.

Es crucial tener en cuenta todos los actores involucrados: decisores políticos, financiadores, técnicos, población beneficiaria, que representan intereses diferentes ya que todos estos se verán afectados de una u otra forma por las acciones del proyecto que se pretende ejecutar.

El Proceso de Adecuación debe ser un proceso permanente y con la suficiente flexibilidad para ir modificando lo construido por los diferentes avances, tecnológicos, del conocimiento, demandas comunitarias, legislativas, de cada ámbito Jurisdiccional.

Debe quedar muy claro que debe desarrollarse este Proceso con una búsqueda permanente de consenso, activando los canales de participación más adecuados, que involucren a todos los actores que participan en esta instancia de Adecuación.

Todo **COMPROMISO POLÍTICO** implica el análisis de la **VIABILIDAD** política, social, técnica y de financiación.

✓ Viabilidad Política:

- Básicamente implica considerar la correlación de las fuerzas entre los actores y el compromiso político que se expresa en el apoyo u oposición a la propuesta. Por ello, la construcción de esta propuesta se verá dificultada en su concreción si no se realizan esfuerzos para construir una Red de Alianzas y Acuerdos y, lograr apoyos con actores significativos para esta propuesta.
- Para que la Viabilidad Política de la propuesta sea alta, todos los actores involucrados, desde las autoridades directivas con mayor responsabilidad hasta los propios actores hacia quienes se dirigen las acciones, deben estar convencidos de ésta para adherir a las mismas.
- Tales propuestas y cambios, claramente, no pueden surgir de una tarea de escritorio. Por el contrario, se deben construir a través de discusiones y búsquedas de alternativas y acuerdos con los actores involucrados en la temática que se intenta solucionar, como así también con todas las autoridades y actores locales involucrados.

Importante: Se sugiere la construcción de una Estrategia que procure su propia VIABILIDAD POLITICA, AVALADA POR UN PLAN/PROGRAMA O PROYECTO.

✓ Viabilidad Social:

- Nos referimos a Viabilidad Social en términos de lograr la adhesión general de los actores, siendo por ello necesario trabajar los mitos, costumbres, actitudes y expectativas de los actores que intervendrán en el desarrollo de estos PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS, disminuyendo las posibilidades (esperadas) de resistencia en el Proceso de Adecuación.
- Básicamente se podrá lograr esto, promoviendo la participación interdisciplinaria e intersectorial en todas sus formas posibles y, en todas las etapas de este proceso, bajo diferentes formas, por ejemplo consultas, asesoramientos, cooperación técnica, Foros, Mesas de Gestión.

Importante: Debemos dejar en claro que la concreción final de un plan, programa o proyecto, no dependerá exclusivamente de la voluntad de los técnicos sino integralmente de todos los actores involucrados.

✓ Viabilidad Técnica:

Está basada en la pertinencia y coherencia técnica de la propuesta, tomando en consideración:

- La identificación correcta del problema.
- Las líneas de acción adoptados.
- La idoneidad de los profesionales y técnicos responsables para llevar a cabo las actividades y/o acciones pertinentes.
- La infraestructura física, materiales, insumo, equipos y otros.
- Las características políticas, socioculturales y económicas del territorio donde se implementará la Adecuación (por ejemplo: la legislación vigente relacionada con el proyecto; el desarrollo de las sociedades civiles y su vínculo con el gobierno; la estructura administrativa del sector público Nacional y Provincial; los Recursos Humanos existentes y debidamente formados. El presupuesto asignado, costos y financiamiento. La Calidad de la Gestión de los Servicios de la Red de Salud Mental en su organización y funcionamiento. El cumplimiento de derechos y deberes de los actores intervinientes).

✓ Viabilidad de financiación.

- Adecuación de las normativas vigentes para la financiación.
- Diálogo y compromiso entre los actores de los sectores involucrados (público, privado y de la seguridad social).
- Tiene que ver con la previsión presupuestaria, relacionada con el grado de descentralización de la gestión administrativa de cada Jurisdicción, los fondos asignados por esa jurisdicción como así también de otros financiamientos (Públicos: Ministerios de Salud, de Desarrollo, de Trabajo de la Nación; Obras Sociales y Privados y/o de Organismos Internacionales).
- Implica la posibilidad de que el proyecto deje capacidad instalada lo que contribuirá a la sustentabilidad del mismo.

2) Modelo de Atención: algunos aspectos.

- El Modelo de Atención Comunitario se caracteriza por la apertura e integración de las prácticas institucionales a las redes de servicios socio-sanitarias con base territorial; con el objetivo de promover y garantizar el proceso de inclusión social. Comprende el desarrollo y/o fortalecimiento de servicios comunitarios sustitutos del modelo asilar, la coordinación con recursos humanos no convencionales durante el proceso de atención e inclusión social, y la adopción de prácticas de salud acordes con el respeto y garantía de los Derechos Humanos.

✓ Intervenciones y abordajes múltiples:

- **La integridad del enfoque** implica enfoques amplios de la problemática de Salud/Salud Mental/Social y/u otras, lejos de abordajes específicos de forma parcializada o fragmentada. Si hablamos de Salud Mental, debemos entender la integralidad como la integración permanente de acciones de promoción, prevención, asistencia, rehabilitación e inclusión, pensado a partir de los aportes que cada institución puede realizar al desempeño de la Red, sin importar en qué Nivel del Sistema de Salud se esté desarrollando este PLAN, PROGRAMA O PROYECTO.

- **Carácter participativo.** La gestión deberá pensar y entender las formas y metodologías, incluyendo protagónicamente a todos los actores, especialmente a los beneficiarios, en todas y cada una de las etapas en la medida que corresponda (léase: consejerías en salud mental con eje en usuarios y familiares).

- **Carácter Asociativo.** Hacemos referencia a la articulación formal e informal para el logro de objetivos comunes entre áreas de los Gobiernos Locales (Interdisciplina e Intersectorialidad): Salud, Educación, Justicia, Desarrollo Social, etc., ONGs, Organizaciones Religiosas, Organizaciones de Pueblos Originarios, Inmigración interna y externa, Asociaciones y Colegios de Profesionales y/o Técnicos. El "Carácter Asociativo favorece ampliamente la formación de escenarios de gestión mixta, intersectorial e interdisciplinaria donde se va construyendo una cultura de lo político, lo público, lo privado y en general, lo social más transparente y democrático". (Poggiere, 2000). El Carácter Asociativo está íntimamente vinculado a EL TRABAJO EN RED. Es una estrategia de Articulación e Intercambio entre Organizaciones y sus PLANES, PROGRAMAS O PROYECTOS y/o personas que deciden "asociar" sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes.

- **La Red** es el resultado de esta estrategia y una modalidad organizativa y de gestión de los sistemas y servicios de Salud que deciden esta vinculación. El concepto de "REDES" es muy próximo al de "gestión asociada" porque ambos conceptos se refieren al trabajo intersectorial y/o multisectorial articulados, basados en discusiones, acuerdos, alianzas y/u otros. El trabajo en Red como estrategia, es necesaria y fundamental para promover el acercamiento de los niveles decisorios a donde se encuentra el Ciudadano – Usuario – Interesado siendo primordial para una gestión eficaz.

Importante: Pensar en **REDES**, es pensar en **REDES** como forma de dar una mejor respuesta a los problemas de la gente de forma más integral, más integrada, menos excluyente, más articuladamente.

- Este es un tiempo de REDES para la Salud/Salud Mental, es tiempo de cambiar la lógica de las pirámides jerárquicas y burocratizadas de organizaciones ya obsoletas y CONCÉNTRICAS, las REDES, son conceptualmente MULTICÉNTRICAS. Tienen múltiples

nodos de articulación cada uno de estos con mayor densidad que otros, algunos principales y otros secundarios.

- El concepto de REDES es un concepto básicamente vincular que permite pensar la conexión de personas, grupos e instituciones.
- Se sostiene en los principios de solidaridad, reciprocidad y un mayor grado de horizontalidad en los intercambios.

✓ **Sustentabilidad o Institucionalización de las acciones.**

- La sustentabilidad comprende la posibilidad de la continuidad y el arraigo de los PLANES, PROGRAMAS O PROYECTOS, más allá del periodo de financiamiento (sea o no subsidiado).
- Es un resultado a alcanzar como producto de la Eficacia de las líneas de acción desplegadas, las articulaciones institucionales, la consolidación de formas organizativas, el impacto de la capacitación, en las concepciones y prácticas de los recursos humanos involucrados y, de la población beneficiaria, de las adhesiones logradas y fundamentalmente de la instalación de la temática en cuestión en la agenda política o pública en el espacio local.
- Para que la sustentabilidad sea posible, todo plan, programa o proyecto debe:
 - a) diseñar estrategias eficaces para lograr adhesiones y legitimidad;
 - b) incluir capacitaciones y apoyos que se orienten a dejar capacidades instaladas en los escenarios locales;
 - c) prever la diversificación de fuentes financieras;
 - d) influir en la orientación de las políticas mediante el proceso de Institucionalización del plan, programa o proyecto en cuestión, léase cuando los cambios incorporados en este proceso pasan a ser prácticas o modos regulares de actuación de los actores y áreas involucradas. Esto tiene clara connotación política que nos indica el grado de involucramiento de las autoridades gubernamentales con la planificación.

3) Presupuestos: costos y financiamientos.

- El Plan, Programa, Proyecto de Salud Mental Jurisdiccional deberá tener en cuenta cómo se financiarán los recursos para la adecuación de los Hospitales Monovalentes a la Red de servicios de Salud Mental.
- Los prestadores del sector privado deberán adaptar su estructura de funcionamiento y el presupuesto de Salud Mental a los principios del modelo de atención comunitaria.

- Aún en los casos, en que al pertenecer a organismos públicos, se cuente con actividades y presupuestos regulares que por lo general se repiten anualmente, actualizando valores monetarios, como ocurre en los sistemas de salud, se deberá programar y en especial presupuestar las acciones o actividades operativamente con los proyectos correspondientes, adecuando sus contenidos a las actuales demandas, necesidades y situaciones concretas como así también a las nuevas legislaciones vigentes.
- Se debe tener muy en claro que la adecuación, solidez, claridad, coherencia y pertinencia que se exprese en el/los proyecto/s que se presenten, favorecerá el apoyo político y financiero que se obtenga de las instancias decisorias, ya sean políticas, financieras o técnicas.
- En Salud Mental, las características de cada población, sus necesidades específicas y la intensidad y características particulares de los problemas deberán ser introducidas como criterios de asignación de los Recursos Humanos y Financieros.
- Revisar, desde la óptica de la Equidad, los modos actuales de Financiamiento, así como también la dinámica de esta asignación para cada Servicio, en los tres Niveles de Complejidad del Sistema, de modo de sostener un equilibrio en la organización y funcionamiento con calidad de la red de servicios de salud mental.
- El Presupuesto y el Financiamiento deben contemplar claramente los costos para la Promoción y Prevención y la Inclusión Social, además de los diferentes tipos de Atención.
- Tener en cuenta que los Gastos de salud incluyen habitualmente: **Inversiones de Capital**, llamadas **Costos Indirectos** (el capital en bienes inmuebles incluye edificios, equipo y vehículos, electricidad, agua etc., que son habitualmente gastos discontinuos y no necesitan incluirse todos los años en el plan sobre salud mental. La pérdida de productividad y de salario del paciente como resultado de la enfermedad, también son considerados como costos indirectos. No obstante, el capital en bienes inmuebles se deteriora con rapidez y es obligatorio planificar un gasto regular de este tipo) y **Gastos Regulares** llamados **Costos Directos** (Gastos en Servicios de Salud/Salud Mental tales como: Recursos humanos y material fungible. carga de trabajo, cálculo de costos de los servicios y Análisis de la Rentabilidad, costo-Eficacia).

Ejemplos:

- Uso de Espacios y Locales, propios o alquilados o cedidos en comodato o préstamo.
- Los Recursos Genuinos provienen de diferentes fuentes tales como: cuotas de asociados, donaciones de dinero por parte de articulares, empresas o particulares, ingresos por venta de bienes y servicios arancelados por el propio Plan / Programa / Proyecto, por ferias, festivales, etc..

4. Administración y gestión de RRHH

- El proceso de adecuación institucional requiere de la redistribución de la planta de profesionales y trabajadores de la institución monovalente hacia la red jurisdiccional, fortaleciendo los dispositivos y efectores existentes, y simultáneamente creando los nuevos que se consideren necesarios.
- La reasignación del recurso humano es un proceso gradual que debe realizarse de forma paralela a la transferencia de recursos materiales. Así como el plan de reducción de camas monovalentes tiene que acompañarse de apertura de servicios de salud mental con base comunitaria, la transferencia de los profesionales constituye un requisito para tener un proyecto de adecuación eficaz. Esto debe plantearse en etapas, con objetivos claros y cercanos para poder cumplir las metas en un plazo dado y así ingresar en la nueva etapa.
- Es necesario lograr un consenso con los profesionales de salud mental para el nuevo papel que les tocará desempeñar para la desconcentración de recursos (la idea de que trabajar en atención primaria o en efectores de otros niveles de atención constituye un ámbito para no especialistas). Asimismo se buscará su participación en deliberaciones sobre políticas y programas de salud, para promover el nuevo sistema, obtener apoyo público, aconsejar a las autoridades y a los jefes de otros sectores y persuadir a los medios de información.

6. GLOSARIO

Calidad de la Atención

EQUIDAD: distribuir servicios de acuerdo a las necesidades objetivas o percibidas de la población. Garantía de accesibilidad.

EFICACIA: capacidad de producir el efecto deseado. Cobertura e Impacto.

EFFECTIVIDAD: grado en el cual las mejoras posibles son obtenidas en los hechos: Impacto actual/Impacto potencial. Calidad de Proceso. Relación con los resultados.

EFICIENCIA: capacidad de disminuir los costos sin disminuir las mejoras: Producción / Rendimiento / Costos. Producción / Rendimiento/costos.

Modelo comunitario de atención:

Se caracteriza por la apertura e integración de las prácticas institucionales a las redes de servicios socio-sanitarias con base territorial. A través de su aplicación se logra promover y sostener canales legítimos de participación comunitaria y se facilita la integración a otros sectores sociales con el objetivo de promover y garantizar el proceso de inclusión social. Comprende el desarrollo y/o fortalecimiento de dispositivos comunitarios sustitutos del modelo asilar, la coordinación con recursos humanos no convencionales durante el proceso de atención e inclusión social, y la adopción de prácticas de salud acordes con el respeto y garantía de los Derechos Humanos.

Red de servicios con base en la comunidad:

Conjunto de servicios coordinados e integrados cuyo objetivo es asegurar el proceso integral de atención e inclusión social. De acuerdo a lo señalado en el Artículo 11 del Decreto reglamentario N° 603/2013 de la Ley Nacional N° 26.657, “debe incluir servicios, dispositivos y prestaciones tales como: centros de atención primaria de la salud, servicios de salud mental en el hospital general con internación, sistemas de atención de la urgencia, centros de rehabilitación psicosocial diurno y nocturno, dispositivos habitacionales y laborales con distintos niveles de apoyo, atención ambulatoria, sistemas de apoyo y atención domiciliaria, familiar y comunitaria en articulación con redes intersectoriales y sociales, para satisfacer las necesidades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, que favorezca la inclusión social”.

SISTEMATIZADORES

Directora Nacional de Salud Mental y Adicciones.

Lic. María Matilde Massa.

Equipo Redes de Servicios.

Lic. María Inés Torres.

Lic. Daniela Moreno.

Dr. Julián Zapatel.

Dra. Analía Pena.

Dr. Juan Manuel Suppa Altman.

Lic. Sofía Venesio.

Equipo de Capacitación y Contenido.

Lic. Martín De Lellis.

Lic. Lucía Pomares.

Equipo de Salud Mental Infante Juvenil.

Dr. Federico Beines.

Dr. Carlos Tisera.

Equipo Asuntos Jurídicos.

Lic. Laura Fernández.

Dr. Javier Frías.

Equipo de Comunicación Social.

Lic. Andrea Demasi.

Lic. Jorge Daniel Barros.