

Maestría en Gestión Servicios de Salud Mental

Trabajo Final de Maestría

Autora: Marcela Lemaitre

EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE ESTRATEGIAS DE SALUD MENTAL

Plan de estudio al bicentenario, Tucumán

2015

Director de Tesis: Dr. Hugo Barrionuevo

Citar como: Lemaitre, M. (2015). *Evaluación de resultados de estrategias de salud mental: plan de estudio al bicentenario, Tucumán*. [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.
<http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/481>



RESUMEN

Las transformaciones que deben realizarse en los servicios de salud mental del Sistema Provincial de Salud de Tucumán para adecuarse al modelo comunitario de salud mental, plantea la necesidad de estudiar:

¿Qué resultados produjeron las Estrategias de salud mental del Plan Salud Bicentenario? El presente trabajo se propone responder a esta problemática, asumiendo el objetivo de evaluar los resultados de las estrategias implementadas, considerando estándares internacionales y nacionales en materia de reformas de salud mental; a través de la descripción y análisis de los desarrollos alcanzados.

Parte de la hipótesis de que la inclusión de estrategias de salud mental en un plan de salud produce mejoras en el sistema de atención de salud mental.

Los resultados analizados evidencian el desarrollo de una red de servicios y programas que incrementó el acceso a la atención, mejoró la calidad de las prestaciones, y el resguardo de los derechos de los usuarios asistidos.

Los cambios realizados se orientan hacia el modelo comunitario de salud mental.

ABSTRACT

Transformations that have to be done in the mental health services of the health provincial sistem from Tucumán, in order to adequate to the mental health comunity model, pose the need of study:

¿What were the results of the estrategies of the mental health Plan forma the Bicentennial?

The purpose of the present work is to answer to this issue, assuming the objetive of evaluating the results, of the implemented strategies, considering international and national standards about mental health reforms; through description and analisys of reached developments.

Starts from the hypothesis that the inclusion of mental health strategies in a health plan, produces improvements on the mental health system attention.

Analyzed results reveal the development of a program and services network that increased the accsses to attention, improved the quality of the perfomances, and taked care of the asisted individuals.

The changes that have been made, are foccused toward the community model of mental health.

Palabras claves

<Estrategia>< Salud Mental> <Modelo Comunitario> < Nivel de Atención> <Oferta>
<Dispositivo> <Programa> <Vigilancia Epidemiológica> <Adecuación> <Accesibilidad>
<Continuidad> <Recursos Humanos> <Formación><Intersectorialidad>

Índice de contenidos

1. Presentación.....	5
2. Introducción.....	8
2.1. Relevancia del Problema.....	9
2.2. Planteamiento del Problema.....	11
2.3. Objetivos.....	12
3. Marco Teórico.....	13
3.1. Hipótesis.....	24
4. Metodología.....	25
5. La Salud Mental en el Plan Salud al Bicentenario.....	27
5.1. Situación en Tucumán, epidemiología y recursos.....	28
5.2 Estrategias de Salud Mental.....	32
5.3. Matriz de Evaluación de Resultados.....	35
6. Programas Provinciales de Salud Mental.....	37
6.1. Programa de Prevención y Abordaje de Conducta Suicida.....	39
6.2. Programa de Prevención y Asistencia de Violencia.....	44
6.3. Programa de Capacitación en Salud Mental para Equipos de Atención Primaria.....	46
6.4. Programa de Prevención y Abordaje de Anorexia y Bulimia.....	48
6.5. Programa de Trastornos Severos.....	50
6.6. Programa de Abordaje Integral de Consumos Problemáticos.....	53
6.7. Programa de Salud Mental Infantojuvenil.....	57
7. Sistema de Registro y Vigilancia Epidemiológica.....	60
8. Oferta de Servicios de Salud Mental y Adicciones.....	65
8.1. Atención de Salud Mental en el Primer Nivel de Atención.....	67
8.2. Servicios de Salud Mental y Adicciones del Segundo Nivel de Atención.....	71
8.3. Efectores del Tercer Nivel de Atención.....	78
9. Adecuación de los Hospitales de Salud Mental.....	83
9.1. Hospital de Salud Mental Nuestra Señora del Carmen.....	84
9.2 Hospital J.M. Obarrio.....	91
10. Dispositivos alternativos a la internación psiquiátrica.....	98
11. Atención Primaria.....	102
12. Recursos Humanos.....	105
12.1. Capacitación y actualización de profesionales de salud mental.....	106
12.2. Capacitación a equipos de salud y otras áreas del SIPROSA.....	107
12. 3. Formación de Postgrado.....	108
13. Intersectorialidad.....	110
13.1. Actividades con la Secretaría de Adicciones de la Provincia.....	111
13.2. Actividades con el Ministerio de Educación de la Provincia.....	112
13.3. Actividades con la Legislatura Provincial.....	113
13.4. Actividades con la Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Tucumán.....	114
14. Conclusiones.....	115
15. Bibliografía.....	124
Anexo I: Objetivos, Estrategias y metas sanitarias 2007-2016 "Salud al Bicentenario".....	129
Anexo II: Formulario de Inscripción de Pacientes con Enfermedades Crónicas.....	137
Anexo III: Formularios de Registro Informático.....	139
Anexo IV: Funciones del Psicólogo y de Referentes Operativos de Atención Primaria.....	142
Anexo V: Canasta Básica de Prestaciones de Salud Mental.....	148
Anexo VI: Ley Provincial de Salud Mental N° 8726.....	151

Índice de Cuadros y Gráficos.

Cuadro 1: Tucumán. Patologías por Nivel Atención y grupo etéreo. 2005. SIPROSA.....	28
Grafico 1: Tucumán. Consultas de adicciones. Período 2001-2005. SIPROSA.....	29
Cuadro 2: Tucumán. Servicios de salud mental según Niveles de Atención y Áreas Programáticas. Año 2006. SIPROSA.....	30
Cuadro 3: Tucumán. Distribución de la oferta de atención en salud mental según dispositivos implementados. Sectores privados y ONG. Año 2006.....	31
Cuadro 4: Tucumán. Programas Provinciales de Salud Mental. Año 2014. SIPROSA.....	38
Cuadro 5: Tucumán. Contenidos Programas Provinciales de Salud Mental.....	39
Grafico 2: Tucumán. Consultas por Tentativa Suicida. Hospitales de Referencia. Período 2011-2014. SIPROSA.....	40
Grafico 3: Tucumán. Consultas asistidas por Tentativa Suicida según modalidad de atención. Hospitales de Referencia. Período 2011-2014. SIPROSA.....	41
Grafico 4: Tucumán. Tentativa Suicidas según grupos de edad y sexo en servicios de APS. Tucumán, 2014.....	41
Grafico 5: Tucumán. Factores desencadenantes de Tentativa Suicidas según sexo en servicios de APS. Año 2014. SIPROSA.....	42
Grafico 6: Tucumán. Tasas ajustadas y Tendencia de mortalidad por Suicidio 2001-2013.....	43
Cuadro 6: Tucumán. Resultados Programa de Conducta Suicida.....	43
Grafico 7: Tucumán. Consultas asistidas por Violencia. Período 2010-2014. SIPROSA.....	45
Cuadro 7: Tucumán. Resultados Programa de Violencia. Año 2014. SIPROSA.....	46
Cuadro 8: Tucumán. Resultados Progr. Capacitación en SM para equipos de APS.....	47
Grafico 8: Tucumán. Consultas por Trastornos de Conducta Alimentaria. Periodo 2010-2014. SIPROSA.....	48
Grafico 9: Tucumán. Casos asistidos por Trastornos de Conducta Alimentaria según grupo etéreo. Año 2014. SIPROSA.....	49
Cuadro 9: Tucumán. Resultados Programa de Anorexia y Bulimia. Año 2014. SIPROSA.....	49
Grafico 10: Tucumán. Consultas por Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos. Periodo 2010-2014. SIPROSA.....	51
Grafico 11: Tucumán. Casos asistidos por Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos según grupo etéreo y sexo. Año 2014. SIPROSA.....	51
Grafico 12: Tucumán. Cobertura de atención de Trastornos Mentales Severos según años. SIPROSA.....	52
Cuadro 10: Tucumán. Resultados Programa de TMS. 2014. SIPROSA.....	52
Gráfico 13. Tucumán. Consultas por Adicciones. Años 2007-2014. SIPROSA.....	54
Grafico 14. Tucumán. Casos de Adicciones. Período 2008 – 2014. SIPROSA.....	54
Gráfico 15: Tucumán. Casos asistidos según tipo de consumo. Año 2014. SIPROSA.....	55
Gráfico 16. Casos según grupo etéreo y sustancias consumidas. Año 2014. SIPROSA.....	55
Cuadro 11. Tucumán. Resultados Prog Abordaje de Consumos problemáticos. 2014. SIPROSA.....	56
Gráfico 17. Tucumán. Consultas asistidas por trastornos infantiles. Período 2010-2014. SIPROSA.....	57
Gráfico 18. Tucumán. Motivos de Consulta en menores de 14 años. Año 2014.....	58
Cuadro 12. Tucumán. Resultados del Programa de SM Infanto-Juvenil. Año 2014. SIPROSA.....	59

Cuadro 13. Tucumán. Resultados del Programa de Información y Vigilancia de SM y Adicciones. Año 2008-2014. SIPROSA.	64
Cuadro 14. Tucumán. Efectores sanitarios según Área Programática y población. Año 2014. SIPROSA.	66
Cuadro 15. Tucumán. Dispositivos de salud mental implementados en Atención Primaria. Años 2007- 2014.....	69
Gráfico 19. Tucumán. Proporción de CAPS con atención en salud mental según Áreas Programáticas. SIPROSA. Año 2014.....	69
Gráfico 20. Tucumán. Consultas por Salud Mental en APS. Años 2007-2014.....	70
Cuadro 16. Tucumán. Servicios de Salud Mental y Adicciones del 2º Nivel de Atención. 2007 y 2014. SIPROSA.....	76
Gráfico 21. Tucumán. Consultas de SM en Hosp. Grales. 2007-2014. SIPROSA.....	76
Gráfico 22. Tucumán. Consultas por adicciones. Período 2004-2013. SIPROSA.	77
Cuadro 17. Tucumán. Dispositivos de SM y Adic. Años 2007 y 2014. SIPROSA.....	80
Grafico 23. Tucumán. Consultas SM según Nivel. SIPROSA. Años 2007-2014.....	80
Gráfico 24. Tucumán. Consultas SM. Año 2005-2014. SIPROSA.....	81
Grafico 25. Tucumán. Motivos de consulta de SM. Año 2014. SIPROSA.....	81
Cuadro 18. Tucumán. Salas s/ atención y nº pacientes. Hosp. Carmen. 2007.....	84
Cuadro 19. Tucumán. Dispositivos y Estrategias. Hosp. del Carmen. SIPROSA.....	89
Cuadro 20. Tucumán. Servicios. Hosp. del Carmen. 2007- 2014. SIPROSA.....	89
Cuadro 21. Tucumán. Especialidades. Hosp. del Carmen. 2007- 2014.....	90
Grafico 26. Tucumán. Total de Consultas. Hosp. Carmen. 2007-2014. SIPROSA.....	90
Cuadro 22. Tucumán. Dispositivos y Estrategias. Hosp. Obarrio. SIPROSA.....	96
Cuadro 23. Tucumán. Servicios. Hosp. Obarrio. 2007- 2014.....	96
Cuadro 24. Tucumán. Especialidades. Hosp. Obarrio. 2007- 2014.....	96
Grafico 27. Tucumán. Total de Consultas. Hosp. Obarrio. 2007-2014.....	97

1. Presentación

Los sistemas de atención de salud mental se han visto beneficiados por transformaciones que introdujeron mejoras en su funcionamiento.

Buena parte de estas transformaciones han sido fruto de una mejor comprensión de los procesos de reforma psiquiátrica. Esto ha sido posible gracias al aporte de investigaciones realizadas sobre las características, particularidades y resultados de las reformas realizadas en diferentes lugares.

Organismos rectores internacionales en materia de salud mental, como la Organización Mundial de la Salud entre otros, promueven desde hace décadas la restructuración de la atención psiquiátrica, y enfatizan la necesidad de reorientar el modelo de atención hacia el modelo comunitario de salud mental.

El presente trabajo tiene como objetivo evaluar desde una perspectiva de gestión, los resultados de la implementación de una política provincial de salud mental, y sus efectos en la orientación del modelo prestador.

En Tucumán la atención de los trastornos mentales y el consumo de sustancias psicoactivas se realiza en el ámbito el Sistema Provincial de Salud; a través de una red de establecimientos ambulatorios y hospitales de salud mental de diferentes complejidades.

El Sistema Provincial de Salud es un importante factor dinamizador del sector salud, no sólo por el volumen de población a la que brinda asistencia, sino debido a su rol de rectoría en materia sanitaria, por el cual impone una dinámica particular al conjunto del sistema; razón por la cual el estudio de los cambios que genere en el área de la salud mental, resulta de importancia para los sectores de la seguridad social y privado

En Tucumán dichas orientaciones normativas se incluyeron en el **Plan Objetivos, estrategias y metas sanitarias 2007-2016 "Salud al Bicentenario"**, que priorizó el abordaje de la morbilidad por causas mentales, a través de la implementación de estrategias de salud mental.

El presente trabajo se propone evaluar los resultados de las estrategias implementadas, considerando estándares internacionales y nacionales en materia de reformas de salud mental; a través del análisis de los resultados alcanzados.

El desarrollo del presente estudio está organizado en 10 capítulos:

En el capítulo 5 se describe el componente de **Salud Mental del Plan Salud al Bicentenario**, su proceso de formulación, la situación inicial de la provincia en relación a la epidemiología y los recursos asistenciales; se identifican las Estrategias de Salud Mental, y se presenta la Matriz de evaluación de resultados.

En el capítulo 6 se describen los **Programas Provinciales de Salud Mental**, la estructura desde la que se desarrollan y sus características generales; sus principales líneas de acción, su grado de implementación y resultados alcanzados.

En el capítulo 7 se describe el **Sistema de Registro y Vigilancia Epidemiológica** creado en articulación al Sistema Informático y la Dirección de Epidemiología del Sistema Provincial de Salud (SIPROSA).

En el capítulo 8 se analiza la **Oferta de Servicios de Salud Mental y Adicciones** implementada en los tres Niveles de Atención, considerando el número y tipo de efectores, sus características, su oferta prestacional, y los cambios implementados a partir de los lineamientos normativos vigentes.

En el capítulo 9 se describe el proceso de **Adecuación de los Hospitales de Salud Mental** provinciales, haciendo foco en las acciones orientadas a la reinserción

social de usuarios internados de larga data, el desarrollo de nueva oferta de servicios, y la incorporación de otras especialidades.

En el capítulo 10 se evalúa el desarrollo alcanzado por los **Dispositivos Alternativos a la Internación Psiquiátrica**.

En el capítulo 11 se evalúan las acciones realizadas en **Atención Primaria** para mejorar la accesibilidad a la atención y la continuidad de cuidados de los usuarios asistidos.

En el capítulo 12 se describen las acciones efectuadas para promover la **Formación de los Recursos Humanos** específicos del sector salud mental, en sistemas de residencias, cursos y carreras de formación de postgrado. También se consideran las capacitaciones y formación destinadas a otras áreas del Sistema Provincial de Salud vinculadas a la salud mental.

En el capítulo 13 se identifican las acciones **Intersectoriales**, realizadas con la Secretaria de Adicciones de la Provincia, el sector educativo y la Legislatura Provincial.

En el capítulo 14 se plantean las **Conclusiones**, se presenta la matriz de resultados alcanzados; y se analizan las fortalezas y debilidades del proceso.

2. Introducción

2.1. Relevancia del Problema

La preocupación en el mundo por los problemas relacionados con la salud mental se incrementó en los últimos años. Los trastornos mentales constituyen hoy un problema sanitario creciente; debido a la magnitud del sufrimiento que producen, su impacto negativo en la calidad de vida de las personas, la discapacidad asociada, y la carga emocional y económica que producen en la familia y la comunidad.

Su impacto más negativo en los grupos de mayor vulnerabilidad económica y social.

Según prevalencias de la Organización Mundial de la Salud, se estima que una de cada cuatro personas, el 25 % de la población, sufrirá en algún momento de su vida algún trastorno mental; actualmente hay 450 millones de personas en el mundo con trastornos mentales en países tanto desarrollados como en desarrollo.

Cuando se trata la discapacidad o invalidez que resulta de todas las enfermedades crónicas, los trastornos afectivos, el retardo mental, la epilepsia, la demencia y la esquizofrenia se encuentran entre las diez principales causas de discapacidad, es decir la mitad de los grupos diagnósticos.

Debido a la poca letalidad que presentan estas patologías en comparación con las enfermedades agudas, los indicadores clásicos basados en la mortalidad, no logran reflejar la magnitud del problema de la salud mental.

Para cuantificar la carga social que representan los trastornos mentales deben ser evaluados no solo los años de vida perdidos por la muerte, sino los años de vida con distintos grados de discapacidad que deben soportar tanto los afectados como sus familias y la sociedad en su conjunto.

Según la Organización Mundial de la Salud la carga global de morbilidad que producen los trastornos mentales y neurológicos en todo el mundo se prevé llegará al 15 % del total de AVAD (años de vida perdidos por discapacidad), perdidos por todas las enfermedades y lesiones en el año 2020; cifras estas que por sí solas deben colocar a estas patologías dentro de las prioridades en las distintas políticas de salud.

Merece una especial mención el incremento de trastornos mentales en la población infantojuvenil, y su impacto negativo en el desarrollo e inclusión comunitaria de esta población, cuya prevalencia se estima alrededor del 20 %.

La elevada discapacidad debida a los trastornos mentales y neurológicos es consecuencia de su aparición a edades tempranas, en comparación con otras afecciones crónicas, y a su alta prevalencia.

La carga de estos trastornos está en aumento a consecuencia de la transición epidemiológica, de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas. Y del incremento de trastornos emergentes, como la violencia.

El cambio de la estructura poblacional por el aumento de la expectativa de vida y la reducción de la población infantil y juvenil, juega un papel a considerar; ya que incrementa probabilidades de que se presenten trastornos mentales en etapas tardías de la vida.

La Organización Mundial de la Salud advierte desde hace tiempo, que esta altísima prevalencia de los trastornos mentales sobrepasa los límites de los servicios y profesionales especializados, e impacta en la atención médica general, de modo tal que, entre el 20 y el 30% de las consultas en atención primaria que se realizan en el mundo corresponden a trastornos mentales.

La salud mental como carga social también puede ser evaluada tomando en cuenta los costos directos implicados en la atención de estas patologías.

Numerosos estudios revelan que las personas con trastornos mentales no tratados son más propensas a observar una conducta negligente en relación a su salud, incumplir los tratamientos médicos prescritos, padecer disfunciones de su sistema inmunitario y sufrir una evolución negativa de su enfermedad.

Cuando se compara la carga de los trastornos mentales con la infraestructura y recursos disponibles para la atención sanitaria se observan brechas importantes.

En respuesta a esta situación organismos rectores como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud entre otros, promueven desde 1991 la reestructuración de la atención psiquiátrica en la región de América Latina y el Caribe.

Enfatizan que la atención convencional centrada en el hospital psiquiátrico, no posibilita alcanzar los estándares de calidad del modelo comunitario de salud mental, caracterizado por su accesibilidad, descentralización, integralidad, perspectiva de DDHH, y por un manifiesto componente de prevención.

Para la Organización Mundial de la Salud es prioritaria una reorientación del modelo de prestador, que posibilite pasar de una atención a corto plazo, a una de largo plazo que adopte un abordaje de carácter biopsicosocial.

La dimensión social de las enfermedades mentales debe ser prioritaria para el tratamiento, por lo que la rehabilitación de los enfermos mentales con trastorno severos constituye una tarea asistencial compleja que requiere estrategias y alianzas interdisciplinarias e intersectoriales.

Es importante considerar además en este contexto, los avances en materia de reconocimiento de los derechos humanos de las personas afectadas en su salud mental, que han sido reconocidos a nivel internacional y nacional, a través de la sanción de una serie de principios, declaraciones e instrumentos normativos.

Estos instrumentos establecen obligaciones específicas para los Estados, en relación a la creación de servicios comunitarios que posibiliten garantizar el derecho a vivir en la comunidad y a la inclusión social de los usuarios de las personas afectadas en su salud mental.

La sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 constituye un marco nacional que promueve la reestructuración de los servicios en un marco de inclusión social, y promueve la implementación de políticas públicas que hagan efectivo el derecho consignado por la ley.

Dichos lineamientos han sido incorporados en el Plan Salud al Bicentenario de la Provincia de Tucumán.

Las consideraciones expuestas evidencian la magnitud, relevancia y complejidad del problema abordado en esta investigación.

Justifica la necesidad de estudiar las particularidades y características del proceso de reforma del sistema de atención de salud mental de la provincia de Tucumán realizado.

2.2. Planteamiento del Problema

En el año 2007 la Provincia de Tucumán adhiere a las Metas y Objetivos del Milenio, y la Secretaria de Planeamiento define el escenario provincial esperado al 2015.

En ese contexto el Ministerio de Salud Pública indicó el análisis de la situación actual y sus proyecciones al 2016, explicitando los objetivos, estrategias y metas sanitarias a ese año.

El nuevo compromiso de gestión asumido se plasmó en el documento **Objetivos, estrategias y metas Sanitarias 2007-2016 "Salud al Bicentenario"**.

El Plan estableció la misión del Ministerio de Salud Pública de Tucumán, y determinó prioridades sanitarias a abordar en el período, entre ellas la morbilidad por trastornos mentales.

El Plan incorporó las orientaciones normativas de Organismos rectores internacionales en materia de salud mental.

Planteó la necesidad de avanzar en la transformación del modelo prestador vigente, a través de la implementación de una serie de estrategias específicas a nivel programático y operativo, tendientes a disminuir brechas asistenciales, de calidad, y de resguardo de los DDHH de las personas asistidas.

Cabe agregar que en el marco de los determinantes de la salud se formularon estrategias a desarrollar en áreas del Estado y Sectores vinculados a la salud mental.

Se destaca que el Plan Salud al Bicentenario no incluyó metas a alcanzar en el área de salud mental.

A fin de profundizar en la evaluación del Sistema de Salud Mental de la provincia, durante el año 2008, se aplicó el Instrumento de Evaluación de Sistemas de Salud Mental IESM OMS, en cooperación técnica con la Organización Panamericana de la Salud; a partir de la cual se realizaron recomendaciones para avanzar en la reforma del modelo de atención hacia el modelo comunitario.

La promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental en Diciembre de 2010, su decreto Reglamentario N° 603/2013 y el Plan Federal de Salud Mental, constituyen un marco normativo de referencia nacional, que promovió la transformación de los sistemas de atención de salud mental provinciales, en un período previsto hasta el año 2020.

La Investigación realizada se enmarca en estos lineamientos estratégicos, y plantea la necesidad de estudiar:

¿Qué resultados produjeron las estrategias de salud mental del Plan Salud al Bicentenario implementadas durante el período 2007-2014?

El presente trabajo se propone responder a esta problemática, asumiendo el objetivo de evaluar los resultados de las estrategias implementadas, considerando estándares internacionales y nacionales en materia de reformas de salud mental; a través de la descripción y análisis de los desarrollos alcanzados.

El conocimiento producido constituirá un aporte a la gestión sanitaria, ya que podrá ser utilizado para evaluar los avances realizados en la Provincia en el periodo estudiado, y considerar la profundización y/o reorientación de las estrategias y programas vigentes en el Sistema Provincial de Salud.

Los resultados contribuirán a la visualización de buenas prácticas.

El estudio posibilitará la documentación y trasmisión de la experiencia.

2.3. Objetivos

Objetivo General:

Evaluar los resultados de las estrategias de salud mental incluidas en el Plan "Salud al Bicentenario" durante el período 2007-2014.

Objetivos Específicos:

- 1- Describir el componente de salud mental del Plan Salud al Bicentenario, identificando las estrategias.
- 2- Describir los programas y su grado de implementación.
- 3- Describir el sistema de registro de prestaciones y vigilancia epidemiológica de salud mental y adicciones implementado.
- 4- Analizar la oferta de atención implementada en el 1º, 2º y 3º Nivel de Atención.
- 5- Describir el proceso de adecuación realizado en los hospitales de salud mental y su oferta de atención.
- 6- Evaluar el grado de desarrollo alcanzado por los dispositivos alternativos a la internación psiquiátrica implementados.
- 7- Evaluar las acciones realizadas en la atención primaria para mejorar la accesibilidad y continuidad de cuidados.
- 8- Describir las acciones efectuadas para promover la formación de los recursos humanos.
- 9- Identificar las acciones implementadas con la Secretaria de Adicciones de la Provincia, el sector educativo y la Legislatura Provincial.

3. Marco Teórico

En los últimos 20 años la Organización Panamericana de la Salud (OPS) conjuntamente con la Organización Mundial de la Salud (OMS), promovieron una serie de iniciativas con el fin de poner en la agenda política de los ministerios de salud el abordaje de los trastornos mentales, haciendo hincapié en la reconversión de los modelos de atención vigentes, a través del desarrollo de directrices y recomendaciones.

Inicialmente las recomendaciones abordaron cuestiones relativas a la reorientación del modelo prestador, basadas en evidencia científica y parámetros éticos, tendientes a disminuir la brecha de atención en salud mental. Posteriormente se observa un importante desarrollo en las investigaciones epidemiológicas tendientes a mostrar la relevancia de la carga de morbilidad y discapacidad por causas mentales, y la inclusión de aspectos de gestión, relativos a la formulación de políticas, planes y organización de servicios de salud mental.

La Declaración de Caracas de 1990 instó a la restructuración de la atención psiquiátrica en el marco de la estrategia de atención primaria de la salud; implicó una revisión del papel centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios; y realizó recomendaciones en relación a las características de los tratamientos provistos en sus aspectos científicos y éticos.

El Informe Mundial de Salud de 2001 "Salud Mental: nuevos conocimientos nuevas esperanzas", estuvo destinado a colocar la salud mental en la agenda política internacional. Su contenido abarcó aspectos de la carga de morbilidad psiquiátrica, su vinculación con los años de vida perdidos por discapacidad, y las brechas en materia de acceso a tratamientos adecuados, resguardo de los DDHH de las personas asistidas y de calidad.

Formuló una serie de recomendaciones a fin de disminuir las brechas e implementar el modelo comunitario de salud mental:

- Dispensar tratamiento en la atención primaria.
- Asegurar la disponibilidad de psicotrópicos.
- Dispensar atención en la comunidad.
- Educar al público.
- Involucrar a las comunidades, familias y usuarios.
- Establecer políticas, programas y legislación nacionales.
- Desarrollar los recursos humanos.
- Establecer vínculos con los otros sectores.
- Vigilar a salud mental de la comunidad.
- Apoyar la realización de nuevas investigaciones.

La Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas, celebrada en Brasilia en 2005, tuvo como objetivo evaluar los avances logrados en el campo de la salud mental en la Región desde 1990.

En la misma se elaboró el documento "Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención de Salud Mental en las Américas", que ratificó los parámetros de la Declaración de Caracas, y mencionó nuevas estrategias dirigidas a la protección de poblaciones en vulnerabilidad psicosocial, como las comunidades indígenas y las víctimas de desastres.

Otros enfoques considerados se refirieron a la prevención y tratamiento de problemas psicosociales de la niñez y adolescencia, la conducta suicida, el abuso de alcohol y drogas y las diferentes modalidades de violencia.

Una conclusión importante a la que se llegó en la conferencia hizo alusión a las lecciones derivadas de las experiencias realizadas, en relación a la importancia de su documentación y trasmisión.

El Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mGAP) lanzado por OMS en 2008, se dirigió a países de ingresos bajos y medios bajos con el objetivo de mejorar la atención de trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias.

Presentó una Guía de intervención basada en evidencia científica, destinada a la atención de salud no especializada, para identificar y manejar una serie de trastornos prioritarios: depresión, psicosis, trastorno bipolar, epilepsia, trastornos del desarrollo y conductuales en niños y adolescentes, demencia, y trastornos por uso de alcohol y por uso de drogas, lesiones autoinflingidas, suicidio y otros.

La Estrategia Regional de Salud Mental para las Américas de Octubre de 2009, fue aprobada por todos los ministros de salud de los países del continente durante el 49º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud.

Presentó un abreviado pero minucioso análisis de la situación y delimitó cinco líneas de trabajo en áreas estratégicas claves:

- Formulación de políticas, planes y leyes nacionales de salud mental.
- Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos psíquicos, con énfasis en el desarrollo psicosocial de la niñez.
- Prestación de los servicios de salud mental centrados en la atención primaria de la salud. Definición de condiciones prioritarias y ejecución de intervenciones.
- Fortalecimiento de los recursos humanos.
- Fortalecimiento de la capacidad para producir, evaluar y utilizar información en salud mental.

El Consenso de Panamá de Octubre de 2010, instó a los gobiernos y estados a impulsar la implementación de la Estrategia y Plan de acción sobre salud mental, a fin de poder responder a las necesidades actuales y futuras en materia de salud mental; fortalecer el modelo de atención comunitaria en toda la región, de manera de erradicar el modelo manicomial en la próxima década.

El Conjunto de Guías sobre Políticas y Servicios de Salud Mental, fue una iniciativa de la Organización Mundial de la Salud, para ayudar a los planificadores y gestores a desarrollar políticas y estrategias amplias para la mejora de la salud mental.

En el marco de esta investigación se consideraran los aportes de los módulos sobre: Política, planes y programas de salud mental, Organización de los servicios de salud mental, Mejora de la Calidad de la Salud Mental, Sistemas de Información de Salud Mental, y Recursos Humanos y Formación en Salud Mental.

En este conjunto de Guías, la OMS considera que una política explícita sobre salud mental es una herramienta poderosa y esencial para el departamento de salud mental de cualquier ministerio de salud; una política correctamente formulada y puesta en práctica a través de planes y programas, puede tener un impacto significativo sobre la salud mental de la población afectada: los resultados descritos en la literatura incluyen mejoras en la organización y la calidad de la prestación de los servicios, la accesibilidad, el cuidado comunitario, los vínculos entre las personas con trastornos mentales y sus cuidadores y en varios indicadores de salud mental.

Sin embargo advierte que en ocasiones la salud mental suele estar imbricada dentro de un complejo cuerpo de políticas sociales, de salud, y de bienestar.

El campo de la salud mental se ve afectado por una gran variedad de políticas, estándares e ideologías que no están directamente relacionadas con la salud mental.

Sugiere que las estrategias sean formuladas y priorizadas mediante la consulta con las partes implicadas y tengan en cuenta:

- puntos débiles y fuertes del sistema de salud actual.
- oportunidades y obstáculos para el desarrollo de políticas y planes de salud mental en el país o región en cuestión.

Consigna que para la implementación de una política son necesarios una serie de pasos que incluyan su difusión, generar apoyo político y financiero, desarrollar una organización de apoyo para su implementación y reforzar los servicios de salud mental.

La puesta en marcha de políticas, planes y programas de salud mental en un país o región, se considera un proceso complejo, en el que deberán considerarse varios factores y tener en cuenta las necesidades de las diversas partes implicadas.

Las circunstancias específicas para el desarrollo de políticas, planes y programas de salud mental varían de un país a otro; por lo que es necesario adaptar el proceso a las condiciones de cada país.

La OMS recomienda definir un cronograma para cada estrategia, establecer en qué año comenzará y durante cuánto tiempo estará en funcionamiento; aunque podría ser necesario que algunas estrategias sigan funcionando continua e indefinidamente; y otras operarán durante períodos limitados.

Advierte que a menudo puede ocurrir que una estrategia no puede ponerse en marcha totalmente desde el año de su inicio porque los recursos o capacidades son inadecuados.

Las estrategias estudiadas deben desglosarse en objetivos e indicadores específicos creados para determinar a posteriori si el plan ha resultado eficaz o no. Los objetivos deben ser claros y explícitos y especificar detalladamente qué es lo que se debe lograr dentro del marco temporal establecido.

Debe ser posible evaluar la cuantificación de los resultados y la identificación de indicadores para cada objetivo.

Además de una política y de planes estratégicos detallados, la OMS recomienda implementar programas en lo que se refiere a la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos, su tratamiento y rehabilitación.

En relación a la evaluación de los planes y programas de salud mental, la OMS remarca su importancia, ya que la falta de información se asocia con deficiencia en los procesos de planificación, la falta de rendición de cuentas, la incapacidad de monitorear el cambio promovido por las reformas y la posibilidad de desarrollar soluciones antes de comprender adecuadamente la situación.

El instrumento de Evaluación de Sistema de Salud Mental IESM OMS, es una herramienta de evaluación integral de los sistemas de salud mental, diseñada teniendo en cuenta las necesidades de países de bajos o medianos recursos, capaz de proveer una visión amplia e integral de los servicios de salud mental.

Destacados autores produjeron conceptualizaciones en relación a procesos de reformas implementados en España e Italia, y en países de América Latina como Chile, Brasil y Argentina, que se consideran a continuación:

Víctor Aparicio Basauri plantea en Evaluación de Servicios de Salud Mental, que la preocupación por la evaluación de servicios se da en países que han alcanzado un grado importante de desarrollo de sus servicios, donde la cantidad puede dejar paso a la calidad. Define la evaluación como un juicio sobre una actividad en cuanto al grado de alcance de un objetivo previamente establecido, valorando los recursos utilizados y

comparándola con otra actividad de objetivos similares. Remarca que la especificidad de los servicios de salud mental no permite trasladar mecánicamente la metodología usada por los servicios de salud. El modelo Golbreg y Huxley muestra flujos de salud mental y justifica la necesidad de tipificar criterios de utilización de servicios considerando que una parte de los enfermos mentales utilizan múltiples dispositivos asistenciales en distintos niveles y de forma repetida; por lo que resalta la importancia de registros de casos como instrumentos adecuados para la recogida de información de sistemas de salud mental cada vez más complejos.

En Apuntes sobre la Reforma Psiquiátrica, el autor plantea en relación al informe de la Comisión Ministerial para la Reforma de Atención Psiquiátrica como aspectos sobresalientes del proceso:

- un giro a nivel de la hospitalización psiquiátrica, a través de la reducción progresiva del papel de los hospitales psiquiátricos mediante el aumento de la hospitalización en hospitales generales.
- un salto cualitativo al establecer claramente la relación de la salud mental con el nivel de atención primaria de la salud, dando soporte a la atención primaria para que asuma su rol en la salud mental.
- se introduce la definición de Programas prioritarios, como marco de actuación y de carácter permanente, centrados en la salud infantojuvenil, en la vejez, psiquiatría penal y drogadependencias.
- la definición del modelo como territorializado y de marcado acento comunitario;
- se busca que los recursos asistenciales tengan una gran funcionalidad, no quedando aislados por objetivos.

El autor señala cuatro elementos básicos que hacen posible un cambio real: un marco legislativo que sustente los cambios, la concreción y asunción del modelo comunitario a desarrollar, la necesidad de un compromiso del poder político para afianzar y financiar el proceso, y por últimos la existencia de trabajadores motivados.

Manuel González de Chávez plantea que la Psiquiatría Comunitaria en su conjunto presenta un alto grado de variabilidad, y complejidad organizativa, siendo un desafío para la teoría de las organizaciones.

Remarca que el asilo no es el complemento posible de una organización psiquiátrica comunitaria, la reforma aparente del mismo modelo de servicios, sin ninguna clase de cambios importantes en la distribución de recursos y presupuestos.

Es por ello que según el autor el panorama en España de los procesos de Reforma Psiquiátrica en las diferentes Comunidades Autónomas presenta considerables diferencias.

Plantea la necesidad de contar con indicadores válidos para el análisis de las reformas, de contexto, del proceso de reforma psiquiátrica, organizativo de la reforma psiquiátrica, de recursos, de resultados y del proceso asistencial.

El análisis cualitativo y cuantitativo de la asistencia psiquiátrica y los procesos de reforma, por la estructura multidimensional de estas, no deben ser simples o simplificadores, recomendando el trabajo en comisiones de expertos para la definición de indicadores y su medición.

Manuel Desviat analiza el devenir de la reforma psiquiátrica después de tres décadas de implantación en España. Plantea un análisis de las circunstancias y principios que la caracterizaron en su origen, y la situación del modelo comunitario que la

fundamentaba en el marco de los cambios producidos en la sociedad y el sistema sanitario.

Trata de explicar las insuficiencias, atención a la cronicidad, programas preventivos, programas comunitarios; y las amenazas a su sostenibilidad, que encuentra en la tendencia privatizadora del sistema sanitario, en la insuficiente conciencia colectiva de la importancia de la salud pública, y en las dificultades de una clínica diferente anclada en una psicopatología que comprenda la enfermedad mental en su determinación múltiple.

Franco Rotelli sostiene que las experiencias eficaces y duraderas en el mundo han sabido responder al mismo tiempo a los problemas de como extender la atención de un sistema de salud mental, como mejorar la ayuda proporcionada, y como reemplazar las respuestas violentas, antiterapéuticas, que lesionan la ética y los derechos civiles.

Enuncia ocho principios para la Salud Mental Comunitaria Colectiva y Territorial, que mancomunan situaciones lejanas desde lo geográfico, cultural y económico.

Estos principios pueden ser aplicados tanto dentro como desde el exterior de los Hospitales Psiquiátricos:

1) El desplazamiento esencial de la perspectiva de intervención, de los hospitales a la comunidad.

2) El desplazamiento del centro de interés desde la enfermedad a la persona y a al funcionamiento social.

3) El desplazamiento de una acción individual a una acción colectiva en relación a los pacientes y a su contexto.

4) La dimensión territorial de la acción colectiva.

5) La dimensión práctico-afectiva de la acción. Nunca se subrayará suficientemente el valor terapéutico que desarrolla una dimensión afectiva del trabajo comunitario rica en contenidos de solidaridad.

6) La búsqueda de un corpus de derechos formales y de normas jurídicas administrativas en defensa de los derechos de los pacientes.

7) La activación de las políticas sociales que garanticen el afrontamiento de los problemas relativos a vivienda trabajo, formación profesional, socialización, calidad de vida, y la conquista de competencias para los usuarios de servicios.

8) La articulación con instancias administrativas municipales capaces de capitalizar la acción de los técnicos y también de realización de una nueva organización de los servicios.

Sostiene que la desinstitucionalización de los manicomios no ha sido acompañada de la desinstitucionalización de la psiquiatría y ello determino en distintos lugares resultados discutibles o negativos.

Giovanni de Platto plantea que la aplicación de las pautas de Caracas y las experiencias de cooperación técnica con países europeos, han posibilitado variados resultados en países latinoamericanos. Las particularidades de cada nación, su trasfondo histórico y cultural, y su realidad socioeconómica, revisten importancia singular y justifican diferencias en la aplicación del modelo.

Desde esta multiplicidad de realidades, quedan por resolver:

- El papel hegemónico del hospital psiquiátrico que solo parcialmente ha sido mitigado y sigue recibiendo la mayor parte de los recursos financieros.
- La atención psiquiátrica comunitaria, descentralizada, integral, continua, y preventiva.

- La falta de promulgación en diferentes países de una Ley de Reforma, lo que constituye un obstáculo al proceso que respaldan dirigentes y prestadores de servicios.

Alberto Minoletti, Rafael Sepúlveda, Patricia Narváez y Angélica Capriles, plantean que en Chile a partir del año 2000 con la Reformulación del Plan Nacional de Salud Mental, realizado con consenso de profesionales y representantes de la sociedad civil, se explicitó la necesidad de implementar un sistema de atención ambulatorio basado en la comunidad.

El plan reconoció que la atención integral requiere de intervenciones de carácter intersectorial para la promoción de la salud mental, en las que la participación comunitaria resulta fundamental en la creación de entornos que favorezcan el bienestar y la calidad de vida de los ciudadanos, y disminuyan factores de riesgo psicosocial.

Igualmente debe participar en la programación y ejecución de acciones dirigidas al diagnóstico oportuno, tratamiento temprano, y rehabilitación de personas con enfermedad mental.

En relación a aspectos pendientes, identifican retos críticos por resolver, tales como:

- La formulación y puesta en marcha de una política de recursos humanos en salud mental y psiquiatría.
- Actualización de redes territoriales que posibilite la implementación de dispositivos faltantes.
- Desarrollo de una línea de defensoría e iniciativas legales que garanticen el ejercicio de los derechos de las personas afectadas en su salud mental entre otros.

Pedro Gabriel Delgado en relación a la reforma iniciada en Brasil, sostiene que la reforma psiquiátrica es un proceso político y social complejo en el que intervienen una diversidad de actores, instituciones y fuerzas de diferente origen que abarca los ámbitos estatal, municipal y federal, las universidades, los servicios de salud, los gremios profesionales y las asociaciones de usuarios y familiares.

La reforma engloba un conjunto de transformaciones de prácticas, conocimientos y valores culturales y sociales, presentes en la vida cotidiana de instituciones y servicios y en las relaciones interpersonales, caracterizada por los frecuentes puntos muertos, tensiones, conflictos y desafíos.

Magda Dimenstein plantea en relación al panorama actual de la Reforma en Brasil que a pesar de los avances realizados en municipios, aún coexisten dos paradigmas de atención uno basado en la institución del manicomio y otro enfocado en la atención psicosocial.

Hugo Barrionuevo y colaboradores plantean que a pesar del tiempo transcurrido, la reforma en Brasil se encuentra en pleno proceso, con resultados evidentes, así como también interrogantes hacia el futuro, en relación a la sustentabilidad en el tiempo y recambio generacional de los actores.

A continuación se consideran aportes de autores que han llevado a cabo procesos de reforma en provincias e instituciones argentinas:

Hugo Cohen y Graciela Nattella sostienen que la desmanicomialización en Rio Negro fue un proceso colectivo, gradual y progresivo con un fuerte liderazgo, en el que participaron sectores sociales hasta ese momento desestimados en salud mental, como usuarios, familia y comunidad. Las alternativas al manicomio se desarrollaron con base en principios éticos y científicos, que se sancionaron administrativa y legalmente.

Entre los hitos significativos del proceso se distinguen el desarrollo de nuevas prácticas, sistemas y servicios, el cierre del hospital psiquiátrico provincial y la promulgación de la Ley N° 2440.

El principal efecto del nuevo enfoque fue reducir la idea de peligrosidad asociada a los enfermos mentales; constituyó un nuevo cambio cultural que involucro a todos los sectores sociales; fue el fruto de un proceso que intentaba garantizar los derechos de ciudadanía a las personas con salud mental alterada. La continuidad en el tiempo de esta política, fue la condición que aseguro el éxito a la labor realizada.

Jorge Pellegrini plantea en relación al proceso de Transformación Institucional de la provincia de San Luis, que es necesario abordar aspectos relacionados con el proceso desde el interior de las instituciones: las patologías del encierro, sus características; el modo concreto en que se expresa cotidianamente el control social en la institución social y en los efectores de salud; los procesos de desidentificación propios de la reclusión; la institucionalización como diagnóstico médico y abuso de poder; y los instrumentos clínicos creados para superar el modelo asistencial clásico donde tratamiento y encierro son sinónimos; los hechos producidos en el hospital que mostraron el quiebre del esquema asilar; los fundamentos teóricos actuales en lo que se sustentan los procesos.

El autor considera imprescindible la puesta en discusión sobre la participación de una amplia red de instituciones sanitarias que realizan procesos particulares de transformación dentro de la Argentina y fuera de ella.

Jorge Rossetto, en relación al proceso de transformación de la Colonia Nacional Montes de Oca, la caracteriza como una institución en transición, donde coexisten un modelo de atención biomédico y custodial como única alternativa posible de respuesta asistencial, y otro modelo con un perfil diferente de atención en salud: implementación de prácticas de rehabilitación de base comunitaria, construcción de redes territoriales y otras prácticas.

Describe cuatro etapas en el proceso de reforma: la primera se caracterizó por la eliminación de las salas de aislamiento y la incorporación de talleres en pabellones; en 2006 se habilita la unidad de Orientación y Evaluación, y la regularización de las salidas terapéuticas y altas. La segunda etapa se caracteriza por la apertura de los Centros de Día y se implementa el Programa Regreso al Hogar, que consiste en un subsidio económico a las familias, acompañado de acciones psicoeducativas. La tercera etapa a partir del año 2010 encara la creación de un programa de Apoyo comunitario y dispositivos asociados o casas autogestionadas. La cuarta y última etapa tiene que ver con la categorización de los servicios, a fin de mejorar la calidad de la atención y los cuidados.

El Programa PREA del Hospital Estévez, es un programa surgido en 1999 a partir de una Resolución del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, que tiene como objetivo promover y sostener la externación de pacientes internadas en los hospitales psiquiátricos de la provincia que carecen de soportes familiares y económicos, organizando redes asistenciales y sociales que actúen como soportes del proceso de externación.

El programa implementa diferentes dispositivos intrahospitalarios, como el dispositivo de admisión del programa y de talleres para la externación, y dispositivos extrahospitalarios como un centro de día y las viviendas protegidas, y ha diseñado dispositivos de asistencia en la externación de carácter interdisciplinario, que combinan estrategias clínicas con el abordaje de las problemáticas de la convivencia y la inserción barrial y comunitaria.

En relación a normativas nacionales vigentes es necesario considerar los parámetros establecidos a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

Su aprobación fue precedida por de un proceso de consenso colectivo, que incluyó a organismos de DDHH, asociaciones de usuarios y familiares, asociaciones de profesionales, referentes del campo de la salud mental y la justicia, nacionales e internacionales.

La ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el Territorio Nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias.

Promueve la atención integral, interdisciplinaria, basada en evidencia científica y parámetros éticos vigentes en el campo de la salud mental; destaca la necesidad del trabajo intersectorial y el desarrollo de dispositivos comunitarios alternativos a la internación.

Sostiene la importancia de mantener el tratamiento en el ámbito comunitario, considerando la internación como última opción terapéutica; prohíbe la apertura de nuevas instituciones psiquiátricas monovalentes con lógica manicomial.

Brinda un marco de referencia para que las provincias puedan adecuar sus normativas y sus prácticas, y poner en marcha reformas en sus sistemas de atención, que deberán estar centrados en el tratamiento en hospitales generales y dispositivos comunitarios.

A partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, el Ministerio de Salud de la Nación presentó a fines de 2013 el Plan Nacional de Salud Mental, que incluye entre sus principales objetivos la adecuación de los establecimientos, servicios y redes de atención en salud mental.

En esta línea de trabajo la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones publicó orientaciones técnicas, como una Guía de adecuación de servicios y hospitales, en las cuales brinda directrices para la reformulación de los servicios asistenciales en el marco de la ley y los principios del Plan Federal; y otras relativas a la atención de urgencias de salud mental y aspectos de comunicación responsable para medios de comunicación.

Investigadores nacionales como Hugo Barrionuevo en su investigación sobre Salud Mental y Seguridad Social, plantea en relación a aspectos vinculados la gestión de redes de salud mental, que se requiere de un adecuado conocimiento acerca del comportamiento de la demanda y su respuesta ante los distintos tipos de intervención, identificar los grupos de riesgo e implementar estrategias asistenciales focalizadas.

Para ello es recomendable entonces la utilización de métodos de diagnóstico más integrales que abarquen las necesidades de los pacientes tanto en lo que respecta al componente psicopatológico, como en aquellos aspectos que ejercen influencias decisivas en la evolución de los mismos.

Una de las ventajas de la conformación de redes asistenciales es la posibilidad de garantizar la continuidad de la atención médica, requisito indispensable para la implementación efectiva de sistemas de seguimiento de pacientes de riesgo a través de las diferentes instancias terapéuticas.

El desarrollo de estrategias que tiendan a evitar demoras innecesarias en los tratamientos con internación, y favorezcan el acortamiento en los tiempos de hospitalización, puede producir efectos inmediatos tanto en la calidad de la atención como en la reducción de costos que no agregan valor.

Hacia el interior de las redes y de los proveedores institucionales, las estrategias de gestión solo pueden ser exitosas con la participación del recurso humano, lo que hace de la capacitación otra herramienta imprescindible.

El autor sostiene en lo referido a la cronicidad de algunas afecciones de salud mental, que requieren tratamientos prolongados costosos para el paciente y su familia, que es imprescindible establecer cómo han de financiarse los tratamientos farmacológicos.

El autor señala siguiendo investigaciones de la OMS, que cuando en salud mental se estudia la demanda, se está muy lejos de evaluar las verdaderas necesidades de la población en términos de tipo y número de servicios de salud mental; y que si se tomaran los estudios de prevalencia en salud mental como indicadores de necesidad de atención, y la misma se tradujera en demanda efectiva, la población en tratamiento sería varias veces superior a la actual.

Por lo que es necesario pensar cuáles serían entonces los recursos técnicos y financieros necesarios para satisfacer cualitativa y cuantitativamente esa demanda.

Para el autor la atención de la salud mental es uno de los componentes dentro del sector salud que requiere una participación muy activa de parte del sector público; es por esto que para comprender el papel del Estado en toda su dimensión es necesario identificar sus distintas formas de intervención, desde la financiación y provisión directa de servicios asistenciales, hasta su rol en materia de regulación y control, como así también la formulación e implementación políticas y programas.

En "Vigilancia Epidemiológica En Salud Mental: Pautas Para Su Implementación Argentina", plantea que un Sistema de Vigilancia Epidemiológica se distingue por realizar una recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre algunas condiciones de salud de la población.

El análisis e interpretación de los datos debe proporcionar bases para la toma de decisiones, y al mismo tiempo ser utilizada para su difusión.

Señala que la vigilancia epidemiológica se enfoca principalmente en eventos o casos ya ocurridos, pero puede hacerlo también sobre los factores de riesgo que son causa o facilitan su ocurrencia.

Los distintos Sistemas de Vigilancia se clasifican en función del alcance geográfico que se defina, de los objetivos que se quieran cumplir, de las posibilidades presupuestarias, humanas y de organización de quien organice, y por último del interés de organismos gubernamentales o no gubernamentales.

Los objetivos que deberían cumplir los Sistemas de Vigilancia y por tanto ser tenidos en cuenta a la hora de diseñarlos serían:

- Producir información confiable y oportuna
- Monitorear cambios
- Generar hipótesis de causalidad (que puedan luego ser puestas a prueba por otros tipos de estudios).
- Servir para la toma de decisiones
- Evaluar el impacto de programas e intervenciones

La información sobre patologías sociales como las adicciones a las drogas y el alcohol, la violencia y el suicidio, aportan el complemento del estado de

bienestar/malestar sobre el que se manifiesta el grupo de patologías clasificadas como "trastornos mentales".

Para el autor es necesario el pasaje de una situación de mera fuente informativa o de dato, a la más jerarquizada de información sobre el estado de salud mental de la población; se requiere de una inteligencia específica que las integre y analice; esta sería la sala de situación de vigilancia de salud mental.

A continuación se considerarán aportes de la OMS y autores Argentinos en materia de recomendaciones para la formación de recursos humanos:

La OMS en su Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental, en el Módulo sobre Recursos Humanos y Formación en Salud Mental, sugiere vincular la planificación de los recursos humanos con los programas de atención de salud, y con las instituciones de formación.

Examinar la capacitación del personal de salud mental, y mejorarla de acuerdo con las necesidades concretas de salud mental de la población; y una vez que el personal este cualificado, desarrollar la educación, capacitación y supervisión continuas, para garantizar prestaciones de la mejor calidad.

La profesionalización de los niveles formales de salud mental debiera tender a un desarrollo sistémico y continuo en su formación, fundamentado en la acción y el conocimiento especializado. De manera que las decisiones se adopten de acuerdo con los avances científico técnicos, las practicas basadas en evidencia, las necesidades de salud mental de cada población, los marcos de responsabilidades preestablecidos, los criterios éticos que rigen la profesión, los diversos contextos y las características culturales de cada entorno.

Según Oscar Ferro es necesario que los países posean una organización que posibilite la formación del personal, de salud en general y de salud mental en particular, basadas en categorías analíticas y en conceptos operacionales actualizados y contextualizados mediante las investigaciones apropiadas, y que esta formación se extienda a equipos de salud generales, como a miembros del servicios informales de salud mental.

Un grupo meta esencial para recibir una adecuada formación de pre y post grado en salud mental comunitaria son los técnicos y profesionales, ya que generalmente esta temática no forma parte o está muy limitada en las currículas.

Otro grupo especial para recibir estos conocimientos es el de los profesionales de los medios de comunicación, oral escrita y televisiva, pues su mensaje tiene la posibilidad de llegar a amplios sectores de la población.

Así mismo la formación en salud mental comunitaria requiere que las investigaciones estén ajustadas a cada contexto social, se apoyen en estudios de la problemática psicosocial, y en la evaluación continua de las acciones ejecutadas. De lo contrario se corre el riesgo de repetir técnicas obsoletas y descontextualizadas.

Martin Dellelis afirma que desde hace décadas, documentos internacionales y expertos en la materia alertan acerca de la brecha existente que resulta de relacionar dos aspectos fundamentales que orientan las políticas públicas: la relevancia epidemiológica y el impacto sanitario de la problemáticas de salud mental y las insuficiente disponibilidad de servicios y /o recursos humanos adecuadamente capacitados para asegurar una eficaz respuesta.

En el marco del Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental, la OMS señala que existe una idea ampliamente compartida, aunque errónea, con

respecto a que todas las intervenciones en salud mental requieren de tecnologías sofisticadas, onerosas y con personal altamente especializado.

Para la OMS lo que se necesita es aumentar la capacidad del sistema de atención primaria de salud para que pueda prestar un paquete de servicios asistenciales integrado mediante capacitación, apoyo y supervisión.

Afirmación que permite cuestionar la extendida creencia de que las intervenciones que deben ser adoptadas en este campo dependen únicamente de la cantidad de recursos asignados.

Contrariamente a ello se imponen desafíos como lograr la adecuada capacitación y evaluación de los técnicos y profesionales que intervendrán en una variada gama de prestaciones comprendida en el sistema de servicios de salud mental.

3.1. Hipótesis

Esta investigación se plantea la siguiente hipótesis de trabajo:

La inclusión de estrategias de salud mental en un plan de salud produce mejoras en el sistema de atención de salud mental.

4. Metodología

La investigación se desarrolló en el Sistema Provincial de Salud de Tucumán, e incluyó niveles de gestión técnica y operativa vinculados a la salud mental; la accesibilidad al campo estuvo garantizada considerando que la realización del proyecto tuvo el aval institucional correspondiente, mediante Resolución N° 711 de la Secretaría Ejecutiva Médica del SIPROSA, y que la investigadora se desempeña en la Jefatura de la División Salud Mental del Sistema Provincial de Salud, con experiencias de trabajo previas en el ámbito.

La División Salud Mental es un organismo perteneciente al nivel técnico del Sistema Provincial de Salud, con funciones de normatización de procedimientos, programación y supervisión de servicios de salud mental de los tres niveles de atención.

En relación a ejecución del Plan Salud al Bicentenario, la Jefatura de la División Salud Mental, participó y supervisó la formulación y ejecución de programas provinciales prioritarios, a través de un equipo de referentes programáticos y supervisores integrantes del staff técnico de la División. Formuló orientaciones técnicas para el desarrollo de los servicios asistenciales de los tres niveles de atención; y realizó recomendaciones al nivel político del Sistema para el desarrollo de las estrategias.

Tipo de Estudio

El estudio es una evaluación de política pública de salud cualicuantitativa.

Fuente de Datos

La investigación se realizó utilizando fuentes de datos secundarias: documentos resolutivos, lineamientos estratégicos, programas y normativas vigentes, informes de funcionarios y técnicos disponibles, y Memorias del Ministerio de Salud Pública publicadas.

Se analizó la producción de los servicios de los tres niveles de atención, la evolución y perfil epidemiológico de la demanda asistida durante el período 2007-2014.

Los datos fueron relevados de las siguientes áreas del Sistema Provincial de Salud:

- Dirección General de Programa Integrado de Salud - División Salud Mental.
- Dirección de Epidemiología.
- Sistema Informático de Gestión de Hospitales.
- Hospitales de Salud Mental.
- Dirección General de Red de Servicios.

Universo, muestra

El universo del estudio son todos los servicios de salud mental del Sistema Provincial de Salud de Tucumán que asisten a población afectada en su salud mental.

Se incluyen en el estudio centros de atención primaria con atención de salud mental, servicios de salud mental de hospitales de referencia, Hospitales de Salud Mental y Centros y servicios de Adicciones dependientes del Sistema Provincial de Salud.

No se incluyen en la investigación servicios y/o clínicas de salud mental del sector privado.

5. La Salud Mental en el Plan Salud al Bicentenario

El Plan Salud al Bicentenario definió entre sus prioridades sanitarias para el período 2007-2016, a la morbilidad por trastornos mentales, incorporando un componente de salud mental.

En este capítulo se presentan los aspectos más relevantes del diagnóstico de situación de la provincia, las Estrategias de Salud Mental formuladas y una Matriz de Evaluación de Resultados.

5.1. Situación en Tucumán, epidemiología y recursos

El diagnóstico de situación se realizó con información disponible del período 2005 - 2006. En el año 2005 la demanda de atención por problemas de salud mental en el Sistema Provincial de Salud (SIPROSA) fue de 93.007 consultas¹; los principales motivos de consulta asistidos se describen en el siguiente cuadro:

Cuadro 1. Tucumán. Patologías asistidas según Nivel Atención y grupo etéreo. Año 2005. SIPROSA.

Nivel de atención y Nro. Consultas	PATOLOGÍA	%
CENTROS DE ATENCION PRIMARIA 36.172	<u>NIÑOS (0 a 12 años)</u> -Trastornos Emocionales y del comportamiento -Trastornos del Desarrollo Psicológico -Otros trastornos	45.18% 46% 41% 13%
	<u>ADULTOS (13 y más años)</u> -Trastornos Neuróticos, del stress y somatomorfos -Personas con riesgos en su salud relacionadas con circunstancias socioeconómicas y psicosociales -Trastornos afectivos -Otros trastornos	54.82% 29% 27% 17% 6%
HOSPITALES POLIVALENTES 27.681	<u>NIÑOS (Sin detalle de patología)</u> <u>ADULTOS</u> -Trastornos Neuróticos, del stress y somatomorfos -Trastornos Afectivos -Adicciones -Esquizofrenia y Trastornos delirantes -Otros trastornos	3% 97% 44% 39% 7% 1% 9%
HOSPITALES PSIQUIATRICOS 29.154	<u>ADULTOS C.EXT.</u> -Trastornos Neuróticos, el stress y somatomorfos -Esquizofrenia, y Trastornos Delirantes -Trastornos Afectivos -Clínica médica -Epilepsia -Otros trastornos	100% 29% 18% 18% 7% 5% 23%

Fuente: Plan Salud al Bicentenario- División Salud Mental- SIPROSA

¹ Ministerio de Salud Pública de Tucumán: Objetivos, metas y estrategias sanitarias 2007-2016 "Salud al Bicentenario". Tucumán. 2007. Cap.4. P 182.

Durante el año 2005 la primera causa de consulta de la población infantil en los Centros de Atención Primaria (CAPS) fueron los Trastornos Emocionales y del Comportamiento, seguidos por los Trastornos del Desarrollo Psicológico.

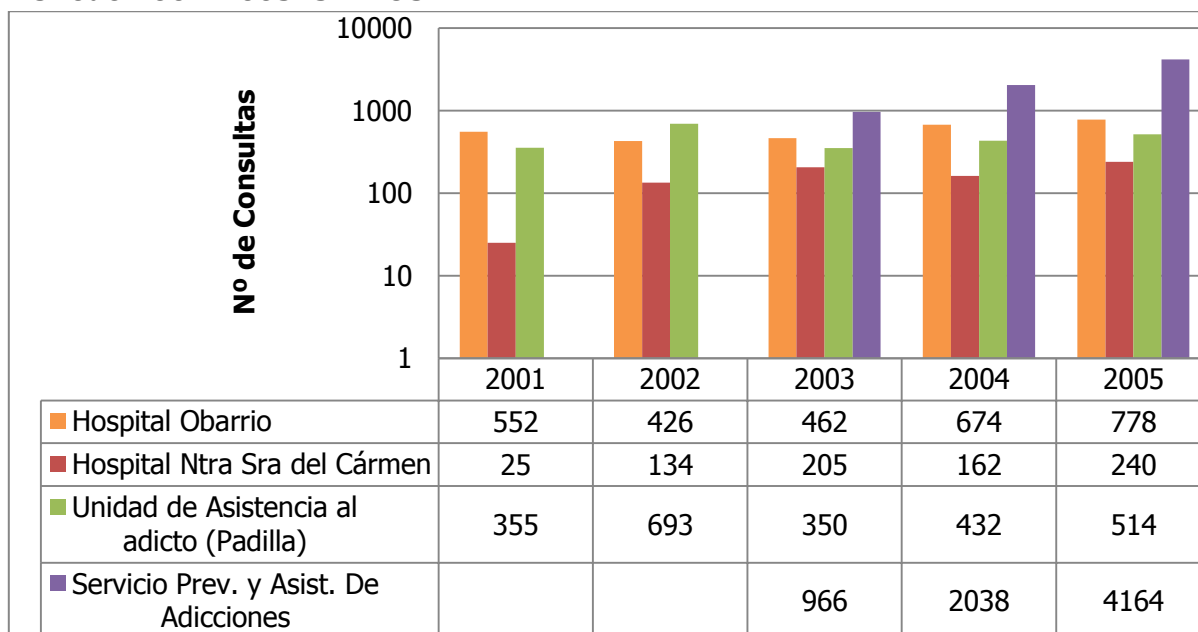
En la población adulta los Trastornos de Ansiedad constituían el primer motivo de consulta en los tres Niveles de Atención.

Los estados depresivos eran la segunda causa de consulta en los Servicios de Salud Mental de los Hospitales Generales, seguidos por las adicciones.

En los hospitales de psiquiátricos los trastornos neuróticos relacionados al estrés y somatomorfos ocuparon el primer lugar, seguidos por los trastornos psicóticos y los estados depresivos en tercer lugar.

Se consignó un aumento paulatino de las consultas por consumo de sustancias y alcoholismo, que para el período 2001-2005 fue de un 630% de incremento², según se detalla en el siguiente gráfico:

Grafico 1. Tucumán. Prevalencia de consultas de adicciones. Período 2001-2005. SIPROSA.



Fuente: División Salud Mental- SIPROSA- Plan Salud al Bicentenario

Las adicciones se asistían principalmente en los hospitales psiquiátricos y servicios específicos de hospitales generales.

El diagnóstico incluyó datos aportados por informantes claves de Servicios de Adicciones, que advirtieron una alarmante disminución en la edad de inicio del consumo, observándose la concurrencia a la consulta de niños, y un incremento de cuadros de intoxicaciones agudas en los servicios de emergencia.

Cabe destacar que en otros capítulos del Plan se incluyeron análisis epidemiológicos de problemáticas vinculadas a la salud mental que se considera oportuno consignar.

² Ministerio de Salud Pública de Tucumán: Objetivos, metas y estrategias sanitarias 2007-2016 "Salud al Bicentenario". Tucumán. 2007. Cap. 4. P 183.

En relación a estilos de vida y factores de riesgo se consideraron resultados de la Encuesta Nacional de Riesgos³ relativos al tema del consumo de alcohol; en Tucumán el consumo de riesgo fue 6% mayor en hombres en el grupo de 65 años y más; en relación al consumo episódico excesivo, en Tucumán fue mayor (12%) que en el resto del país con predominio del sexo masculino y en el grupo de 18 a 24 años.

Se exploró la mortalidad por suicidio, la tendencia en general por esta causa de muerte fue ascendente: de 3,6 episodios por 100 mil habitantes en 2001 a 5,6 en el año 2005⁴.

En relación a la temática de discapacidad se observó que la certificación de discapacidad tuvo un incremento sostenido desde 2001 cuando hubo 51 registros hasta el año 2006 en que se certificaron 5.922 casos. Hubo mayor demanda de certificación por causa mental y motora con tasas de 44,5 y 40 por 100 mil habitantes respectivamente. Al desagregar la información se observó que la discapacidad mental se presentó sobre todo en el grupo de 11 a 20 años⁵.

La oferta de atención para los trastornos mentales en el SIPROSA comprendía una red de servicios distribuida en tres Niveles de Atención de complejidad creciente⁶ que se detalla en el siguiente cuadro:

Cuadro 2. Tucumán. Servicios de salud mental según Niveles de Atención y Áreas Programáticas. Año 2006. SIPROSA.

Área Programática	1° Nivel CAPS con atención psicológica	2° Nivel Servicios y Consultorios de Hospitales Polivalentes	3° Nivel Hospitales Monovalentes	POBLACIÓN (2001)
CENTRO	47	7	2	680.154
ESTE	14	2	-	256.523
OESTE	10	5	-	163.687
SUR	10	5	-	283.017

Fuente: División Salud Mental-SIPROSA- Plan Salud al Bicentenario

El diagnóstico planteó una situación de inequidad en la distribución de los efectores, concentrados mayoritariamente en el Área Programática Centro; solo el 20 % de los Centros de Atención Primaria contaba con atención psicológica, ninguno con prestaciones psiquiátricas.

Se consignó que era escasa o nula la capacitación de profesionales de atención primaria en temas de salud mental.

³ Ministerio de Salud Pública de Tucumán: Objetivos, metas y estrategias sanitarias 2007-2016 "Salud al Bicentenario". Tucumán. 2007. Cap.4. P 75.

⁴ Ministerio de Salud Pública de Tucumán: Objetivos, metas y estrategias sanitarias 2007-2016 "Salud al Bicentenario". Tucumán. 2007. Cap.4. P 174.

⁵ Ministerio de Salud Pública de Tucumán: Objetivos, metas y estrategias sanitarias 2007-2016 "Salud al Bicentenario". Tucumán. 2007. Cap.4. P 180.

⁶ Ministerio de Salud Pública de Tucumán: Objetivos, metas y estrategias sanitarias 2007-2016 "Salud al Bicentenario". Tucumán. 2007. Cap.4. P 183.

En el interior de la provincia la atención estaba sostenida mayoritariamente por consultorios de atención psicológica insertos en Centros de Atención Primaria y hospitales del interior, no existían servicios de atención a la urgencia, ni dispositivos de internación y rehabilitación.

La internación y la atención de la urgencia solo estaban previstas en el 3° Nivel de Atención en el Área Centro.

La internación en los hospitales psiquiátricos mantenía su carácter asilar, debido a la insuficiente protección social de los asistidos, y a la escasa existencia de dispositivos de rehabilitación intermedios.

En el sector privado y de ONG se observaba un mayor desarrollo de dispositivos intermedios y de rehabilitación⁷, que se presenta en el siguiente cuadro:

Cuadro 3. Tucumán. Distribución de la oferta de atención en salud mental según dispositivos. Sectores privados y ONG. Año 2006.

TIPO DE OFERTA	DISPOSITIVOS	SECTOR PROVEEDOR	SECTOR FINANCIADOR
Instituciones monovalentes	Ambulatorio Urgencias Hospital de Día Internación	Privado	Seguridad Social Prepagas
Instituciones ambulatorias	Ambulatorio Hospital de Día	Privado, ONG	Seguridad Social Prepagas
Centros Rehabilitación	Hospital de Día	Privado, ONG	Seguridad Social Prepagas
Policonsultorios	Atención ambulatoria Interconsulta	Privado	Seguridad Social, Prepagas y Particulares
Consultorios	Atención ambulatoria	Privado	Seguridad Social Prepagas y Particulares

Fuente: Plan Salud al Bicentenario- División Salud Mental - SIPROSA

La consulta ambulatoria se desarrollaba en instituciones monovalentes, polivalentes y consulta privada.

La oferta de internación era predominantemente asilar y la atención de la urgencia estaba prevista en modalidad institucional y domiciliaria.

Se observó el surgimiento de centros destinados a problemáticas específicas como adicciones, violencia y rehabilitación de discapacidad.

⁷ Ministerio de Salud Pública de Tucumán: Objetivos, metas y estrategias sanitarias 2007-2016 "Salud al Bicentenario". Tucumán. 2007. Cap.4 P 184.

5.2 Estrategias de Salud Mental

La evaluación de la situación de la provincia en relación a la salud mental de la población y la oferta de servicios existente para su abordaje, evidenció una brecha significativa entre las necesidades de la población y la posibilidad de acceso a tratamientos adecuados.

Estos análisis fundamentaron la necesidad de instituir una política provincial que profundice la descentralización de la atención de salud mental en una red de servicios comunitarios, que posibilite incrementar la accesibilidad y mejorar la calidad de la atención.

El modelo comunitario de salud mental posibilitaría avanzar hacia la concreción de respuestas preventivas y tempranas a nivel de la atención primaria, el trabajo articulado entre los equipos de salud y los especialistas, y la atención cercana al hogar.

Otro eje de transformación que se planteó fue la adecuación de los hospitales psiquiátricos a la estrategia de desmanicomialización, a fin de lograr la reinserción social de los usuarios internados de larga data.

Una vez analizada la situación sanitaria, y formulados los objetivos y estrategias sanitarios a 2016 que en materia de salud proponían los equipos técnicos del SIPROSA, se llevó a cabo una amplia invitación a expertos tucumanos, del Ministerio de Salud de la Nación y organismos internacionales, con el fin de recibir comentarios y aportes a fin de ajustarlas y socializarlas en búsqueda de consenso.

La formulación de las Estrategias se realizó en un proceso participativo que incluyó la convocatoria de una Mesa de Expertos de Salud Mental, que asesorara en el proceso e implementación de las estrategias:

La Mesa de análisis de las Estrategias de Salud Mental se integró con representantes de los siguientes sectores y áreas:

- Ministerio de Desarrollo Social
- Ministerio de Educación
- Secretaria de Adicciones
- Poder Judicial
- Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán
- Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Tucumán
- Facultad de Psicología de la Universidad Santo Tomas de Aquino
- Sociedad de Psiquiatría de Tucumán
- Colegios de Psicólogos de Tucumán
- Organización Panamericana de la Salud

La Mesa analizó el diagnóstico de situación de salud mental de la provincia en una Jornada de trabajo, y realizó recomendaciones en la implementación de las estrategias necesarias para avanzar en la reforma hacia el modelo comunitario de salud mental.

Se establecieron 9 **Estrategias de Salud Mental**⁸ a desarrollar a nivel programático y operativo, durante el período 2007-2016, que se detallan a continuación:

- 1. Formular programas que den respuesta a prioridades epidemiológicas, que se sintetizan a continuación: conducta suicida, alcoholismo y adicciones, violencia, trastornos del desarrollo infantil y discapacidad.**
- 2. Implementar un sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental y adicciones**
- 3. Adecuar los hospitales centrales y del interior para la atención de urgencias de salud mental; conformar equipos de salud mental en todos los niveles de atención, incluyendo en su capacitación el abordaje de las situaciones de desastre y violencia.**
- 4. Adecuar los hospitales psiquiátricos según la estrategia de desmanicomialización; promover la reinserción social de pacientes crónicos, y la continuidad de atención que estos necesitan.**
- 5. Desarrollar dispositivos comunitarios alternativos a la internación psiquiátrica, tales como casas de medio camino, hogares, residencias protegidas, centros de estimulación temprana y de rehabilitación de discapacidad.**
- 6. Desarrollar redes de contención locales en articulación con organismos comunitarios.**
- 7. Privilegiar por medio de la educación continua, estímulo y la comunicación la formación de los recursos humanos.**
- 8. Dentro de las adicciones se priorizara la atención del alcoholismo, por su aceptación social y por su relación con los índices de accidentes, violencias y suicidios.**
- 9. Llegar a una efectiva coordinación de políticas y programas con la Secretaría de Adicciones de la Provincia, conformando una instancia permanente de consulta y evaluación**

⁸ Ministerio de Salud Pública de Tucumán: Objetivos, metas y estrategias sanitarias 2007-2016 "Salud al Bicentenario". Tucumán. 2007. Cap. 5 P 213.

En el marco del análisis de los determinantes de la salud se formularon estrategias a desarrollar en sectores vinculados a la salud mental, tales como el sector educativo y el Poder Legislativo⁹.

Para el sector educativo, en sus diferentes niveles, se propusieron las siguientes estrategias:

- 1. Incluir en la currícula educativa contenidos de prevención de violencia y adicciones**
- 2. Capacitar a los docentes en el abordaje de situaciones problemáticas vinculadas a la salud mental**
- 3. Complementar la actual formación de grado de las carreras relacionadas con la salud, para que los egresados adquieran destrezas en el trabajo en equipo, abordajes comunitarios y la tarea intersectorial**

Para el sector Legislativo se formuló la siguiente estrategia:

- 4. Lograr el reconocimiento de la salud mental como un componente de la salud imprescindible para el desarrollo integral de las personas.**

El hecho de que el Ministerio de Salud Pública dentro de los Objetivos del Milenio a los cuales adhirió Tucumán haya formulado sus Objetivos, Metas y Estrategias Sanitarias al año 2016, fue un hecho sin precedentes en la Provincia.

La inclusión de la morbilidad por trastornos mentales como prioridad sanitaria, y la inclusión de estrategias a desarrollar para su abordaje, representó un compromiso de gestión inédito en la provincia, asumido en el marco de una reforma sanitaria en curso.

A continuación se presenta la Matriz de Evaluación de Resultados de las estrategias, los objetivos específicos a través de las cuales se las analizará y los indicadores de resultados propuestos.

⁹ Ministerio de Salud Pública de Tucumán: Objetivos, metas y estrategias sanitarias 2007-2016 "Salud al Bicentenario". Tucumán. 2007. Cap.7. P 249, 250, 251.

5.3. Matriz de Evaluación de Resultados

ESTRATEGIAS	OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADOS
1. Formular programas prioritarios: conducta suicida, alcoholismo y adicciones, violencia, trastornos del desarrollo infantil y discapacidad	2.Describir los programas y su grado de implementación	- N° programas implementados en el período - Población alcanzada por programa
2.Implementar un sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental y adicciones	3.Describir el sistema de registro y vigilancia epidemiológica de salud mental y adicciones implementado	- N° de eventos vigilados - N° de informes VE por período
3.Adecuar los hospitales centrales y del interior para la atención de urgencias de salud mental	4.Analizar la oferta de atención implementada en el 1°, 2° y 3° Nivel de Atención 2.Describir los programas y su grado de implementación	- % Hosp. Referencia con SSM - % Hosp. Referencia con guardia de SM - % Hosp. Interior asisten urgencias de SM
4.Adecuar los hospitales psiquiátricos según la estrategia de desmanicomialización	4.Analizar la oferta de atención implementada en el 3° Nivel de Atención 2.Describir los programas implementados y las metas alcanzadas	- N° de dispositivos de rehabilitación implementados en Hosp. psiquiátricos - N° de programas de externación implementados - Cobertura tratamiento farmacológico post- alta - % pacientes con internación crónica externados en el período
5. Desarrollar dispositivos comunitarios alternativos a la internación psiquiátrica: casas de medio camino, hogares, residencias protegidas	6.Evaluar el grado de desarrollo alcanzado por los dispositivos alternativos a la internación psiquiátrica implementados	- N° de dispositivos alternativos a la internación psiquiátrica funcionando -N° pacientes alcanzados por los dispositivos implementados

ESTRATEGIAS	OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADOS
6.Desarrollar redes de contención locales articuladas con organismos comunitarios	7.Evaluar las acciones realizadas en la atención primaria para mejorar la accesibilidad y continuidad de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> - Equipo de Coordinación de SM en APS -% CAPS con atención psicológica -% CAPS con atención psiquiátrica - Sistema de Referencia y Contrarreferencia - Programas Locales de salud mental
7.Privilegiar la formación de los recursos humanos	9.Describir las acciones efectuadas para privilegiar la formación de los recursos humanos 2.Describir los programas implementados y las metas alcanzadas	<ul style="list-style-type: none"> - Programas de Capacitación en SM - % Residencias reformuladas - % Incremento cupos residencia psiquiatría - % Incremento cupos residencia psicología - N° Residencias implementadas - % Directores y Jefes capacitados en estión
8 .Priorizar la atención del alcoholismo	5.Analizar la oferta de atención implementada para alcoholismo en el 1°, 2° y 3° Nivel de Atención 2.Describir los programas implementados y sus resultados	<ul style="list-style-type: none"> -N° Protocolos atención alcoholismo -N° Servicios específicos implementados -Casos consumo de alcohol asistidos
9.Establecer una coordinación de políticas y programas con la Secretaría de Adicciones de la Provincia	9. Identificar las acciones implementadas con la Secretaria de Adicciones	<ul style="list-style-type: none"> -N° Acuerdos realizados -N° Actividades programáticas implementadas
10.Estrategias Intersectoriales: -Incluir en currícula educativa prevención de violencia y adicciones -Capacitar docentes en abordaje de situaciones vinculadas a la salud mental -Complementar formación de grado de las carreras relacionadas con la salud -Lograr el reconocimiento legislativo de la salud mental como un componente de la salud	9. Identificar las acciones implementadas con el sector educativo y la Legislatura Provincial	<ul style="list-style-type: none"> -N° Acuerdos con el Ministerio de Educación -N° de Convenios con Universidades -N° Resoluciones Legislativas sobre SM -Legislación en salud mental sancionada

6. Programas Provinciales de Salud Mental

La formulación e implementación de programas prioritarios de salud mental se realizó desde la División Salud Mental, estructura perteneciente al nivel técnico del Sistema con funciones de normatización de procedimientos, programación de actividades, supervisión de servicios y capacitación a efectores, entre otras.

La División Salud Mental integra la Dirección General de Programa Integrado de Salud, creada en el año 2005 con el fin de coordinar todos los programas sanitarios, utilizar eficazmente los recursos y focalizar en las prioridades de salud. La integración programática que promueve se realiza en función de los grupos etáreos y los niveles de complejidad.

En este marco se implementaron desde la División Salud Mental ocho Programas Provinciales de Salud Mental cuyos objetivos generales estuvieron orientados a mejorar la respuesta del Sistema Sanitario a las problemáticas priorizadas en Salud al Bicentenario, mitigar su impacto poblacional y desarrollar la articulación intersectorial para el abordaje de las mismas.

Los programas abordaron las afecciones mentales desde una perspectiva biopsicosocial, y fomentaron la incorporación de recomendaciones basadas en evidencia científica que posibilitaron a los equipos de salud el desarrollo de buenas prácticas.

A continuación se enumeran los Programas Provinciales los implementados:

Cuadro 4: Tucumán. Programas Provinciales de Salud Mental. Año 2014. SIPROSA.

<ol style="list-style-type: none"> 1. Prevención y Abordaje de Conducta Suicida 2. Prevención y Asistencia de la Violencia en el ámbito Sanitario 3. Capacitación en Salud Mental a Equipos de Salud de Atención Primaria 4. Prevención y Asistencia de Anorexia y Bulimia 5. Trastornos Severos 6. Abordaje Integral de Consumos Problemáticos 7. Salud Mental Infantojuvenil 8. Información y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones
--

Fuente: Elaboración propia en base a datos de División Salud Mental- SIPROSA

Cada programa posee un Coordinador responsable de la gestión de las acciones del programa y sus resultados.

La implementación de los mismos se realizó bajo la supervisión de la Jefatura de la División Salud Mental, y se articularon en temáticas comunes, en aspectos vinculados a complejidades clínicas, como a la transmisión de normativas generales.

Debido a que todos los programas incluyeron un componente de investigación epidemiológica, trabajan en estrecha articulación con el Programa de Información y Vigilancia Epidemiológica de Salud Mental, que por su importancia y desarrollo será abordado en el capítulo destinado al Sistema de Registro y Vigilancia Epidemiológica.

Los objetivos específicos de los programas incluyeron la normatización de procedimientos, la capacitación de equipos de salud y salud mental, la programación del desarrollo de servicios y redes de atención, investigación epidemiológica, consideración de aspectos legales, elaboración y distribución de materiales bibliográficos y folletería, asesoramiento a efectores en resolución de problemas y acciones de articulación con otros sectores; que se explicitan en el siguiente cuadro:

Cuadro 5: Tucumán. Contenidos de los Programas Provinciales de Salud Mental. Año 2014. SIPROSA.

<ul style="list-style-type: none"> • Normatización de procedimientos: guías de práctica clínica/ flujogramas • Niveles de atención implicados: criterios de derivación • Actualización, capacitación y sensibilización a equipos de salud • Desarrollo y articulación de servicios y redes de atención • Asesoramiento en la resolución de problemas • Consideración de aspectos legales • Investigación epidemiológica de factores asociados • Materiales bibliográficos y de consulta • Articulación Intersectorial
--

Fuente: Elaboración propia en base a datos de División Salud Mental- SIPROSA

6.1. Programa de Prevención y Abordaje de Conducta Suicida

La mortalidad por suicidio se consideró prioritaria en el Plan Salud al Bicentenario 2007-2016, debido a su magnitud, y al daño familiar y social asociado; a partir de lo cual se implementó en la Provincia desde el año 2008, el Programa Provincial de Prevención y Abordaje de Conducta Suicida.

El programa abordó la problemática según parámetros de la Organización Mundial de la Salud y la evidencia científica actual, que consideran a la conducta suicida como un problema de salud pública, de etiología multifactorial, relacionada a enfermedades mentales y problemáticas psicosociales; por lo que promueve su abordaje incluyendo sus componentes biopsicosociales.

Dicha concepción se halla presente en sus normatizaciones y en las guías de práctica clínica que implementó.

El programa normatizó la asistencia de personas afectadas por conducta suicida y sus familiares, a través de servicios de salud mental de diferentes complejidades creados y/o adecuados para tal fin.

Consideró a la formación y actualización continua de los RRHHS del SIPROSA, fundamental para la atención de la problemática, para lo cual desarrolló acciones de sensibilización, capacitación y actualización destinadas a profesionales de salud mental, y a integrantes de los equipos de salud de atención primaria y hospitales de referencia, tales como médicos de diferentes especialidades, enfermeros y agentes sanitarios.

Capacitó al personal de la Dirección de Emergencias de la Provincia para la atención prehospitalaria de esta conducta, tanto a médicos como a telefonistas del call center de emergencias, y a los médicos coordinadores de la base de emergencias.

El programa convocó anualmente a una Comisión Ad Hoc de Expertos, integrada por miembros de la Facultad de Psicología, la Facultad de Medicina, del Ministerio de Educación, del Ente Cultural de la Provincia y especialistas de los Servicios de Salud Mental de reconocida trayectoria, para el asesoramiento del Programa en relación a acciones preventivas y asistenciales.

Consideró imprescindible para la asistencia de esta conducta en población infantojuvenil la articulación de acciones con los Ministerios de Educación y Desarrollo Social, a fin de favorecer mayor continuidad de cuidados y detección precoz de niños y

jóvenes en situaciones de riesgo suicida; brindó asesoramiento a Instituciones Educativas de Gestión Privada.

Para una mayor concientización de la población en relación a la importancia de la prevención de esta conducta, desde el año 2012 realizó campañas preventivas anuales en diferentes puntos de la capital y el interior de la provincia.

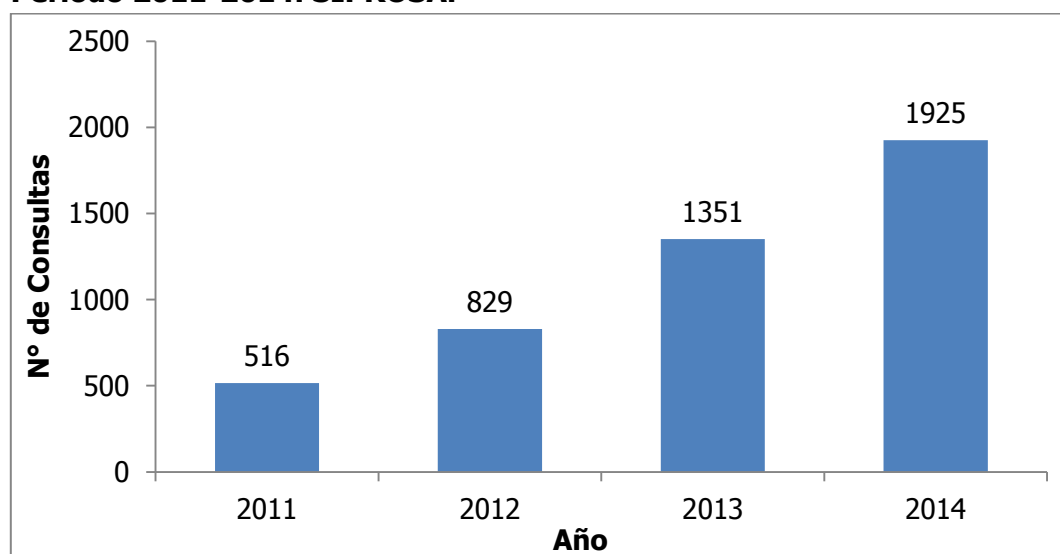
Desarrolló acciones con el Ente de Cultura Provincial, la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Tucumán, organismos comunitarios, y otros sectores para la implementación de acciones preventivas.

Los principios y lineamientos del Programa Provincial de Abordaje de Conducta Suicida, se identifican con los principios y el modelo comunitario de salud mental de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, su Decreto Reglamentario y la Ley de Adhesión Provincial N° 8762.

Conjuntamente con la Dirección de Epidemiología y el Programa de Información y Vigilancia Epidemiológica de Salud Mental, realizó vigilancia anual de mortalidad por suicidio.

El análisis de las consultas asistidas por Tentativas Suicidas en los Hospitales de Referencia de la Provincia durante el período 2011-2014 evidenció un incremento en de las consultas asistidas del 278 % que se presenta en el siguiente gráfico:

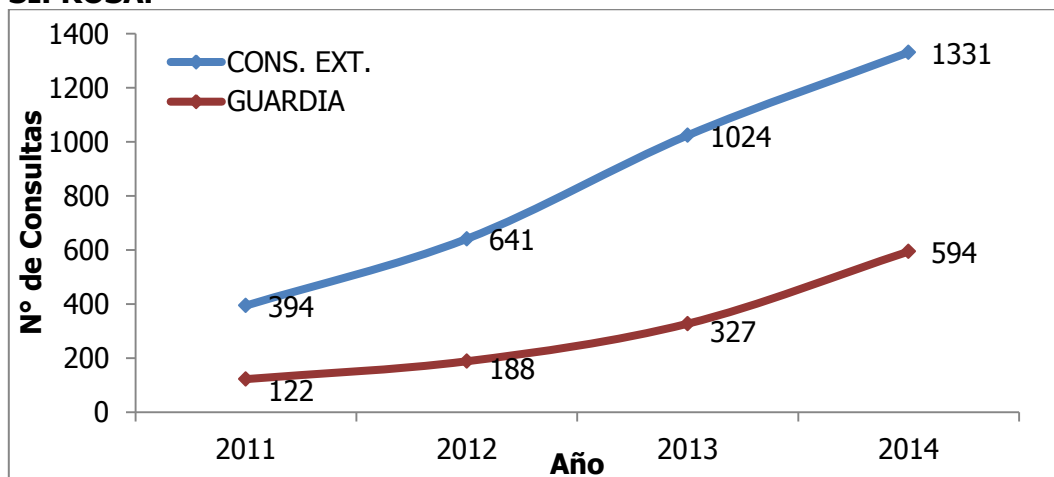
Gráfico 2. Tucumán. Consultas por Tentativa Suicida. Hospitales de Referencia. Período 2011-2014. SIPROSA.



Fuente: Programa de Vigilancia Epidemiológica- División Salud Mental- SIPROSA

En relación a la modalidad de atención, se observó un incremento mayor de las consultas asistidas por guardias (378%), que en las consultas ambulatorias (238%), que se presenta en el siguiente gráfico:

Grafico 3. Tucumán. Consultas asistidas por Tentativa Suicida según modalidad de atención. Hospitales de Referencia. Período 2011-2014. SIPROSA.

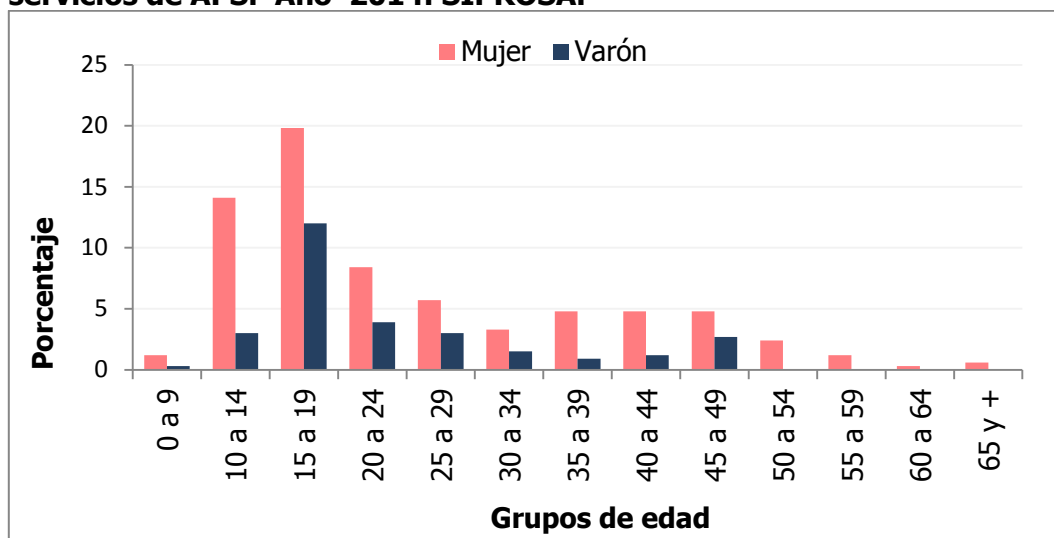


Fuente: Programa de Vigilancia Epidemiológica- División Salud Mental- SIPROSA

Lograr mayor accesibilidad a la atención en crisis y derivación posterior a tratamiento ambulatorio, fue una de las estrategias priorizadas por el programa, basada en recomendaciones internacionales respecto a su impacto a largo plazo en la disminución de la mortalidad por esta causa.

Desde el año 2014 el programa implementa vigilancia de tentativas suicidas y factores de riesgo asociados en Centros de Atención Primaria con atención psicológica; a fin de monitorear el estado de las áreas operativas provinciales en relación a la incidencia de casos, y favorecer la continuidad de atención:

Gráfico 4. Tucumán. Tentativas Suicidas según grupos de edad y sexo en servicios de APS. Año 2014. SIPROSA.



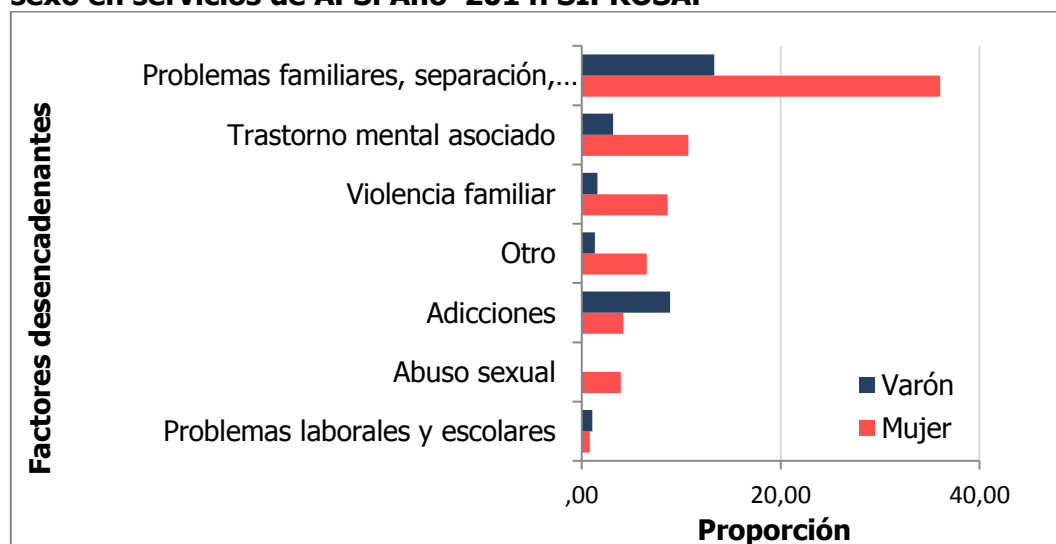
Fuente: Programa de Vigilancia Epidemiológica- División Salud Mental- SIPROSA

Se detectaron 334 Tentativas Suicidas a partir de la Red de Atención Primaria, el 71% fueron mujeres, y en ambos sexos el 45% tuvieron antecedentes de intentos anteriores.

La mayor frecuencia de Tentativas Suicidas estuvo entre los adolescentes de 10 a 19 años (49%).

Los factores desencadenantes asociados a tentativas suicidas observados fueron los problemas familiares, separación y abandono, seguidos por los trastornos mentales, la violencia familiar, las adicciones, abuso sexual y problemas labores y escolares:

Gráfico 5. Tucumán. Factores desencadenantes de Tentativas Suicidas según sexo en servicios de APS. Año 2014. SIPROSA.



Fuente: Programa de Vigilancia Epidemiológica- División Salud Mental- SIPROSA

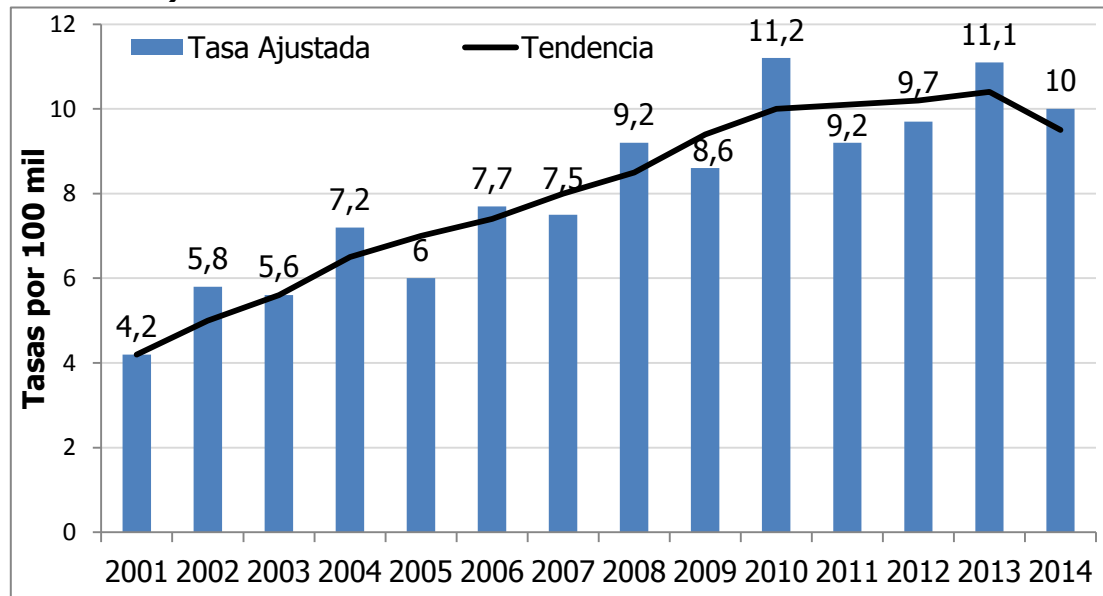
El análisis de los grupos etáreos más afectados, factores de riesgo asociado, y métodos autolesivos más utilizados a nivel local, se consideraron por el Programa para la adecuación de los servicios de urgencias y servicios de salud mental, en especial los que abordan problemáticas infantojuveniles.

Según informe de la Dirección de Epidemiología del SIPROSA, a partir del período 2014 se produjo una inflexión en la tendencia de suicidios en la población en general; en ambos sexos; sobre todo en grupos de mayor edad.

La tasa de mortalidad por suicidios, se ubicó en 2014 en el 10 por ciento cada 100.000 habitantes, tres puntos menos que la media nacional que está en 13 por ciento cada 100.000 habitantes.

Mostrando el efecto de las intervenciones correctas que se hicieron desde el sistema de salud, tal como se detalla en el siguiente gráfico:

Gráfico 6. Tasas ajustadas y Tendencia de mortalidad por Suicidio (por 100.000 habitantes). Provincia de Tucumán. 2001-2014



Fuente: Dirección de Epidemiología del SIPROSA

A continuación se sintetizan los principales logros alcanzados por el Programa:

Cuadro 6. Tucumán. Resultados del Programa de Prevención y Abordaje de Conducta Suicida. Año 2014. SIPROSA.

<ul style="list-style-type: none"> • Incrementó las consultas asistidas en un 278% en el período 2010-2014. • Protocolizó la atención de la Conducta Suicida. • Normatizó de la asistencia a través de una red de atención integral e integrada: traslado prehospitalario, guardias generales, guardias de salud mental e internación en crisis de hospitales generales, servicios de salud mental, CAPS • Implementó vigilancia de tentativas suicidas. • Promovió y acompañó la implementación de servicios de atención en crisis. • Capacitó a 1320 agentes de salud en el abordaje de la temática. • Implementó mecanismos de articulación con el Ministerio de Educación para el abordaje oportuno de urgencias y seguimiento de casos. • Transmitió normativas de abordaje a medios de comunicación provinciales. • Implementó ámbitos de discusión científica sobre la temática a Jornadas Anuales sobre la temática, y la convocatoria de una Comisión de Expertos Locales.
--

Fuente: Elaboración propia en base a Informes de División Salud Mental- SIPROSA

6.2. Programa de Prevención y Asistencia de Violencia

En Tucumán la prevalencia de la problemática de la violencia en grupos vulnerables determinó su priorización en el Plan de Salud al Bicentenario.

Por lo que se planteó la necesidad de implementar un programa que abordara la complejidad del fenómeno, brindara orientaciones normativas para la asistencia, asegurara una canasta básica de prestaciones, generara información epidemiológica, y articulara acciones a nivel intersectorial, imprescindibles para el abordaje integral de la problemática.

El programa siguió las recomendaciones de los organismos rectores en la temática a nivel internacional y nacional, por lo que incorporó la perspectiva de género y de derechos humanos.

En este marco elaboró Guías de Práctica Clínica para el abordaje de la Violencia de Género y de asistencia al Maltrato Infantojuvenil en el ámbito sanitario.

Dichas Guías de Práctica Clínica permitieron el diseño de flujogramas de actuación, y normativas para la realización de denuncias, que orientan el accionar de los servicios de diferentes complejidades que intervienen en la asistencia; y su articulación con las áreas de justicia, educación y desarrollo social.

El Programa participó en la elaboración del Protocolo Provincial Interinstitucional para la atención de niños, niñas y adolescentes víctimas o testigos de abuso sexual infantil o violencia, tarea convocada desde la Suprema Corte de Justicia Provincial.

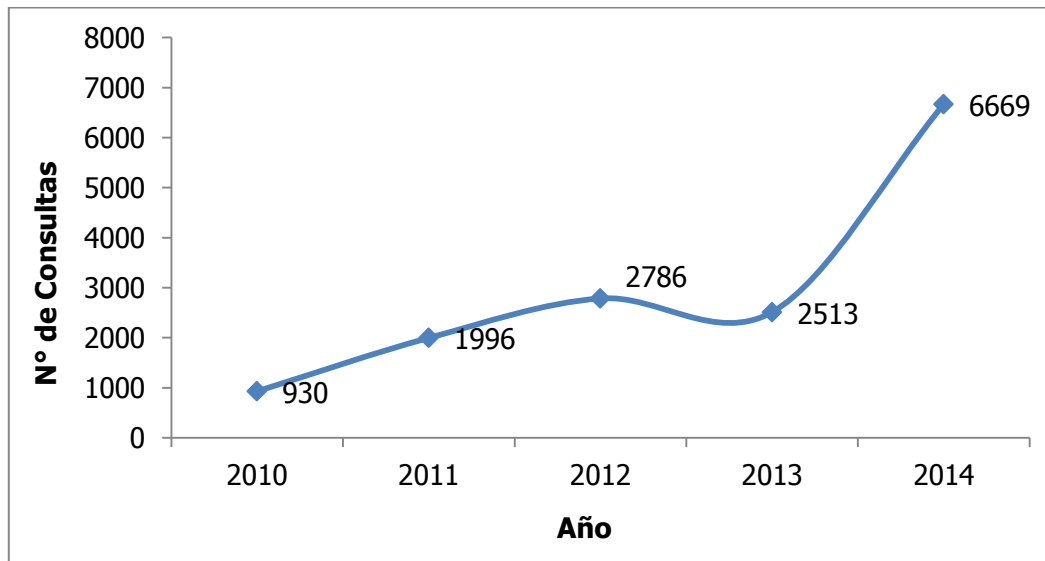
Conjuntamente con el Programa de Información y Vigilancia en Salud Mental, normatizó el registro de las prestaciones de personas afectadas por violencia, a fin de avanzar en la visibilización de la problemática en el ámbito sanitario, incluyendo esta temática en la capacitación a equipos de salud.

El programa desarrolla en forma constante acciones de sensibilización y capacitación en la temática, orientadas a los equipos de salud generales y servicios de salud mental de hospitales de referencia; y supervisa los procedimientos que desarrollan dichos servicios.

El programa integra las instituciones que forman parte de la *Red Provincial Contra la Violencia hacia la Mujer*, que coordina acciones de sensibilización comunitaria en la temática de violencia de género.

A continuación se detalla la evolución de las consultas asistidas en el SIPROSA por Síndromes de Maltrato:

Grafico 7. Tucumán. Consultas asistidas por Violencia. Período 2010-2014. SIPROSA.



Fuente: Programa de Vigilancia Epidemiológica- División Salud Mental- SIPROSA

Se observó un incremento de consultas asistidas del 617% en el período 2010-2014, vinculado a las acciones capacitación y sensibilización realizadas, y a mejoras en el registro de los casos asistidos; lo que evidencia una mayor visibilización de la problemática desde la implementación del programa.

A partir del año 2012 el programa desarrolló una serie de actividades vinculadas a área de los Derechos Humanos y Lesa Humanidad en el marco de las Leyes de Reparación del Estado Nacional.

Tuvo a su cargo la coordinación del Equipo de Acompañamiento Psicológico a víctimas y testigos en Juicios por delitos lesa Humanidad desde el año 2012.

Participó en cuatro Juicios, acompañando a testigos y familiares durante las Audiencias Orales y Públicas en el Tribunal Oral Federal.

Promovió espacios de supervisión a las integrantes del equipo interinstitucional de acompañamiento, a fin de garantizar la calidad del proceso de atención.

Organizó la implementación y conformación de los Equipos de Juntas Médicas, realizadas en articulación con el Centro de Asistencia a Víctimas de Terrorismo de Estado Dr. Fernando Ulloa del Ministerio de Justicia de la Nación, en coordinación con los servicios de salud mental de hospitales perteneciente a la red sanitaria.

Realizó en esta línea de acción actividades de capacitación que abordan las temáticas de subjetividad, daño y DDHH a cargo de disertantes asesores del Centro Ulloa, dirigidas a los servicios de salud mental.

A continuación se presentan los resultados alcanzados por el Programa en el siguiente cuadro:

Cuadro 7. Tucumán. Resultados del Programa de Prevención y Asistencia de Violencia. Año 2014. SIPROSA.

<ul style="list-style-type: none"> • Incrementó las consultas asistidas en un 617% en el período 2010-2014. • Protocolizó la atención de la Violencia de Género y el Maltrato Infantojuvenil. • Normatizó el circuito de denuncias desde los Tres Niveles de Atención, a fin de cumplir lo previsto en legislación provincial. • Capacitó a 550 trabajadores de servicios de salud mental, guardias y servicios ambulatorios de los tres niveles de atención. • Normatizó el registro de casos asistidos. • Participó en la elaboración del Protocolo Provincial Interinstitucional para la atención de niños, niñas y adolescentes víctimas o testigos de abuso sexual infantil o violencia, impulsados por la Suprema Corte de Justicia Provincial. • Instaló mecanismos de articulación con el Poder Judicial y los Ministerios de Seguridad y de Desarrollo Social para el abordaje integral y seguimiento de casos. • Coordinó el Equipo de Acompañamiento Psicológico a víctimas y testigos en Juicios por delitos Lesa Humanidad: 400 testigos y familiares acompañados durante audiencias, durante 4 juicios realizados en la Provincia. • Conformó 3 Equipos de Salud Mental para la realización de 50 Juntas Médicas en articulación con el Centro de Asistencia a Víctimas de terrorismo de estado Dr. Fernando Ulloa del Ministerio de Justicia de la Nación.
--

Fuente: Elaboración propia en base a Informes de División Salud Mental- SIPROSA

6.3. Programa de Capacitación en Salud Mental para Equipos de Atención Primaria.

El diagnóstico de situación del Plan Salud al Bicentenario planteó la necesidad de avanzar en la formación en salud mental de los equipos del Primer Nivel de Atención, por lo que desde el año 2009 se implementó el Programa de Capacitación en Salud Mental para equipos de atención primaria.

El programa tuvo como propósito mejorar, a través de la capacitación, la detección y abordaje de trastornos mentales en los Centros de Atención Primaria y hospitales del interior.

A través de la transferencia de conocimientos para el abordaje de patología prevalentes.

Promovió el tratamiento integral de aquellas situaciones que puedan ser resueltas en la atención primaria, o la derivación a equipos especializados de salud mental, de aquellas que por su complejidad superan sus capacidades resolutorias.

Buscó mejorar así la continuidad de los cuidados de las personas afectadas y sus familias a nivel local.

El programa desarrolló Orientaciones Técnicas para la Atención de Urgencias de Salud Mental y Guías de Práctica Clínica de Patologías Prevalentes, que fueron consensuadas con expertos locales, y transmitidas en las capacitaciones a los equipos de salud.

El programa desarrolló redes de consultoría clínica con los servicios especializados de salud mental y adicciones, a fin de supervisar y acompañar los abordajes de los profesionales de atención primaria.

Dentro de su metodología incorporó la figura de profesionales referentes del segundo y tercer nivel de atención para realización de capacitaciones en servicio y seguimiento de actividades.

Su accionar se articula con las capacitaciones de los otros programas prioritarios de salud mental.

Dentro de sus contenidos de capacitación incluyó la temática de Salud Mental en Situaciones de Emergencias y Desastres, la cual fue destinada a todos los Niveles de Atención.

Si bien en una primera instancia se focalizó en equipos de atención primaria, extendió sus actividades de capacitación a otras áreas del Sistema que intervienen en los procesos de atención de enfermedades mentales, o realizan acciones de promoción de salud tales como: Dirección de Emergencias, Guardias de Hospitales de Referencia y Hospitales del Interior, Departamento de Comunicaciones y otros programas prioritarios de salud.

A continuación se presentan los resultados alcanzados por el Programa en el siguiente cuadro:

Cuadro 8. Tucumán. Resultados del Programa de Capacitación en SM a Equipos de APS. Año 2014. SIPROSA.

<ul style="list-style-type: none"> • Capacitó a 500 agentes de APS en el período 2007-2014. • Incorporó en APS guías de práctica clínica y flujogramas de atención de patologías mentales prevalentes y urgencias de salud mental. • Incrementó la visualización de redes de atención de salud mental para la referencia y contrarreferencia de casos. • Incorporó contenidos de salud mental a programas prioritarios de APS: Adolescencia, Adulto Mayor, Obesidad, TBC. • Supervisó procesos de atención realizados desde APS. • Promovió la articulación entre Niveles de Atención

Fuente: Elaboración propia en base a Informes de División Salud Mental- SIPROSA

6.4. Programa de Prevención y Abordaje de Anorexia y Bulimia

La implementación de este programa se realizó a partir de la sanción de la Ley Provincial N° 8.218 en Diciembre de 2009, que impulsó la creación del Régimen de Prevención y Abordaje de las Enfermedades de Anorexia y Bulimia en el ámbito del Sistema Provincial de Salud.

En este marco el programa realizó inicialmente acciones de relevamiento a fin de determinar la situación de la atención de estos trastornos tanto en el ámbito público como de la seguridad social.

Posteriormente avanzó con la protocolización de la atención; proceso para el cual convocó a expertos locales de diferentes especialidades, a fin de incorporar a la guía de práctica clínica, recomendaciones para una asistencia integral de estas patologías, que oriente la actuaciones en los tres niveles de atención.

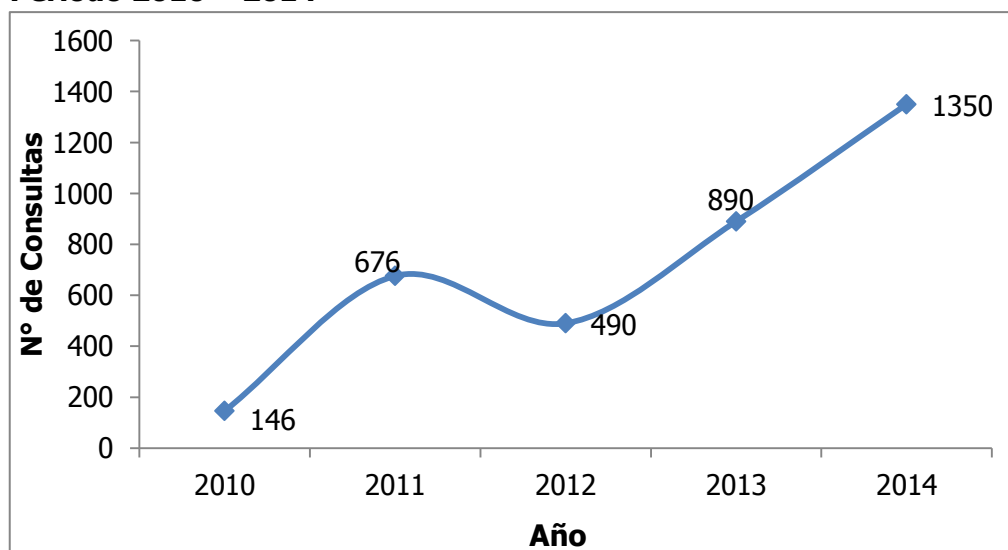
Realizó acciones de sensibilización, capacitación y actualización en la temática, tendientes a mejorar la detección precoz y la asistencia adecuada de los trastornos de la conducta alimentaria.

Las capacitaciones y acciones del programa, se destinaron a efectores de salud mental de los tres niveles de atención, y a otras especialidades involucradas en el proceso de atención, tales como nutricionistas, enfermeros y médicos generalistas, pediatras y clínicos de la red de atención primaria y hospitales generales.

En conjunto con el Programa de Información y Vigilancia Epidemiológica de Salud Mental, estudió la prevalencia asistida de estos trastornos y la incidencia de casos nuevos por período; supervisó los procedimientos de atención implementados, a fin de realizar recomendaciones relativas a la integralidad de la atención.

El análisis de las consultas en el periodo 2010-2014, se presenta en el siguiente gráfico:

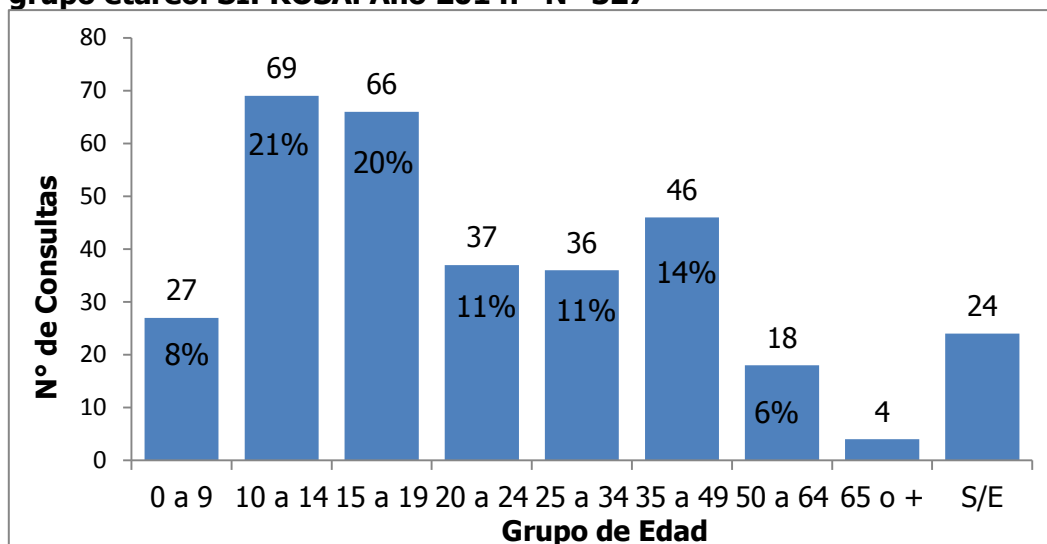
Gráfico 8. Tucumán. Consultas por T. de la Conducta Alimentaria. SIPROSA. Periodo 2010 – 2014



Fuente: Programa de Vigilancia Epidemiológica- División Salud Mental- SIPROSA

Se observó un incremento de las consultas asistidas del 824% en el período 2010-2014.

Gráfico 9. Tucumán. Casos asistidos por T. de la Conducta Alimentaria según grupo etéreo. SIPROSA. Año 2014. N=327



Fuente: Programa de Vigilancia Epidemiológica- División Salud Mental- SIPROSA

El 48 % de los casos asistidos corresponde a los grupos de menores de 19 años, por lo que el programa articuló acciones con el Programa Provincial de Adolescencia y destinó gran parte de sus actividades a los servicios de atención que asisten esos grupos etéreos.

A continuación se presentan los resultados alcanzados por el Programa en el siguiente cuadro:

Cuadro 9. Tucumán. Resultados del Programa de Prevención y Asistencia de Anorexia y Bulimia. Año 2014. SIPROSA.

<ul style="list-style-type: none"> • Incrementó la consultas asistidas en un 824 % en el período 2010-2014 • Normatizó la asistencia de la Bulimia y Anorexia a través de una red de atención integral e integrada a la red sanitaria general. • Capacitó • Formó Nodos de atención en APS (Policlínicas y Hospitales del Interior) para la asistencia ambulatoria. • Integró Servicios de Hospitales de Referencia para la formación de unidades funcionales para asistencia ambulatoria e internación de casos severos. • Estableció directrices para internación de casos graves en Hosp.de Salud Mental. • Transmitió normativas para la atención a las principales obras sociales y prepagas provinciales.
--

Fuente: Elaboración propia en base a Informes de División Salud Mental- SIPROSA

6.5. Programa de Trastornos Severos

El Plan Salud al Bicentenario priorizó el abordaje de la morbilidad por trastornos mentales y su discapacidad asociada, por lo que se impulsó el desarrollo del Programa Provincial de Trastornos Severos, cuyos objetivos se orientaron a acortar la brecha de atención de estas afecciones y disminuir la discapacidad asociada.

La atención adecuada de estos trastornos tiene como objetivos disminuir su prevalencia y recurrencia, la condición de riesgo o el tiempo en el cual las personas permanecen con síntomas, previniendo o retardando las recurrencias; disminuyendo el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad.

En este marco el programa promovió que la atención de los trastornos mentales severos, realizada históricamente en los Hospitales de Salud Mental, se descentralice paulatinamente hacia los otros niveles de atención del Sistema y dispositivos intermedios.

El programa normatizó la atención de estas patologías desde una perspectiva integral, mediante la implementación de Guías de práctica clínica en los tres niveles de atención.

Promovió el uso racional de psicofármacos en su tratamiento, para lo cual consensuó un vademécum con los Jefes servicios y Directores de hospitales de Salud Mental.

Implementó el modelo de Historia Clínica Unificada de Salud Mental en hospitales de salud mental.

Incorporó al Formulario de Enfermedades Crónicas, el registro de los pacientes detectados con estas patologías, con la finalidad de disponer de un padrón informatizado que posibilite su identificación y la zona de residencia, a fin de realizar seguimiento.

Mantuvo un flujo de información adecuado y oportuno con los servicios implicados en la atención y rehabilitación, tendiente a garantizar la continuidad de cuidados.

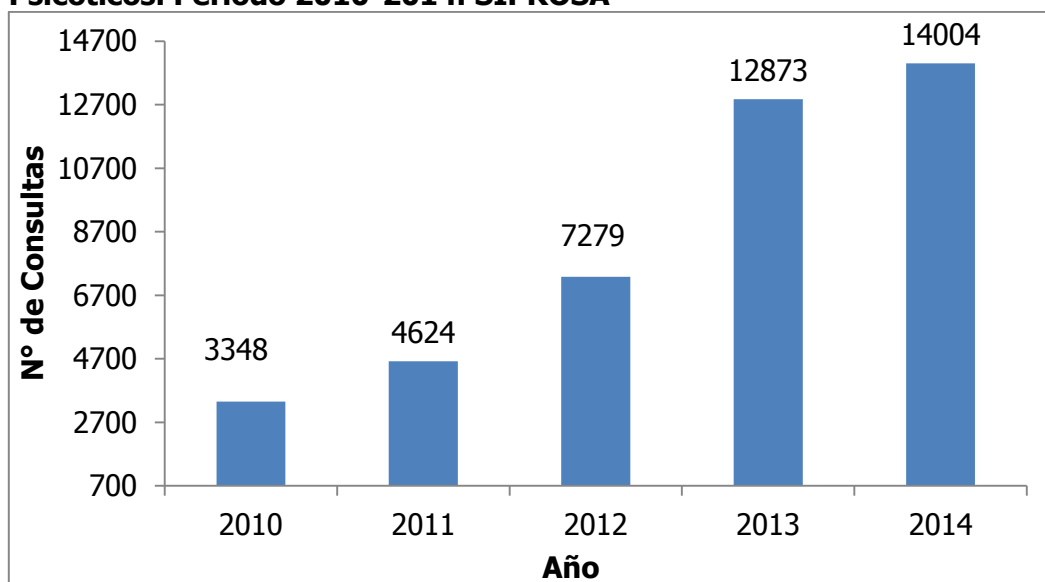
Promovió la implementación de dispositivos de atención comunitaria tendientes a evitar la cronificación de los usuarios en hospitales de salud mental.

Articula acciones con otros Ministerios y Áreas del Estado, a fin de brindar respuesta a las necesidades sociales, laborales y de inclusión laboral de los usuarios asistidos.

Trabajó con los medios de prensa y difusión a fin de disminuir la estigmatización de las personas afectadas.

Articuló acciones con el Programa de Vigilancia Epidemiológica de Salud Mental y la Dirección de Epidemiología del SIPROSA a fin monitorear la cobertura de estos trastornos y características de la población asistida.

Gráfico 10. Tucumán. Consultas asistidas por Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos. Período 2010-2014. SIPROSA

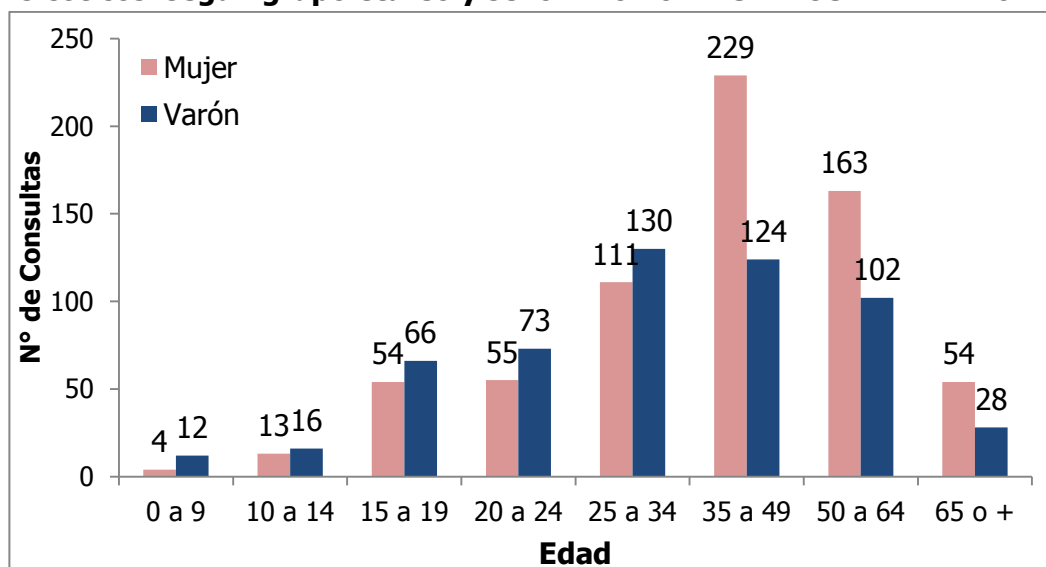


Fuente: Programa de Vigilancia Epidemiológica- División Salud Mental- SIPROSA

Se observó un incremento del 318 % de consultas asistidas en el período 2010-2014. Durante el año 2014 se asistieron 1.246 casos nuevos por TMS, que generaron 14.004 consultas ulteriores.

El mayor porcentaje de casos corresponde a los grupos etáreos a partir de los 35 años y son mujeres; esta información se utiliza por el Programa para monitorear la captación de los servicios y sugerir adecuaciones según necesidades.

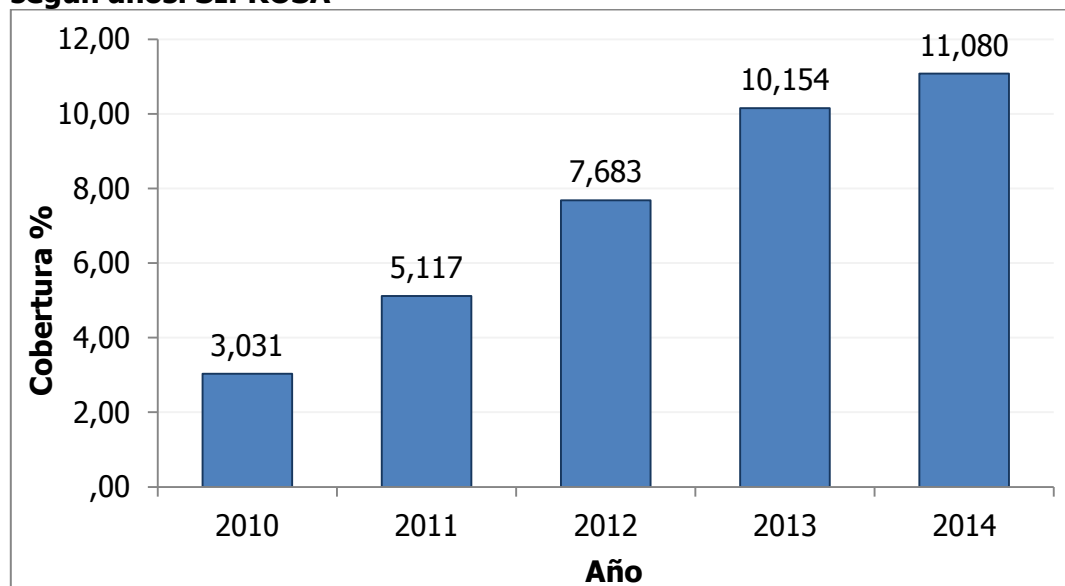
Gráfico 11. Tucumán. Casos asistidos por Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos según grupo etáreo y sexo. Año 2014. SIPROSA. N=1246



Fuente: Programa de Vigilancia Epidemiológica- División Salud Mental- SIPROSA

La vigilancia de casos asistidos desde el sector público mostró un aumento de la cobertura para la contención de la demanda por TMS; desde un 3% en 2010 a un 11 % en 2014.

Gráfico 12. Tucumán. Cobertura de atención de Trastornos Mentales Severos según años. SIPROSA



Fuente: Programa de Vigilancia Epidemiológica- División Salud Mental- SIPROSA

A continuación se presentan los resultados alcanzados por el Programa en el siguiente cuadro:

Cuadro 10. Tucumán. Resultados del Programa de Trastornos Severos. Año 2014. SIPROSA.

<ul style="list-style-type: none"> • Incrementó las consultas asistidas en un 318 % % en el período 2010-2014. • Incrementó la cobertura de TMS desde un 3% en 2010 a un 11 % en 2014. • Incorporó al Formulario de Enfermedades Crónicas el registro de patologías mentales severas: Esquizofrenia, Psicosis, Trastorno Bipolar, Depresión Severa. • 243 pacientes registrados en Padrón de Salud Mental hasta noviembre 2014. • Consensuó un vademécum de psicofármacos para la provisión de tratamientos a pacientes bajo programa. • Normatizó la Historia Clínica de Salud Mental en servicios de guardia, ambulatorio e internación. • Actualizó Guías de Práctica Clínica de Trastornos Severos • Supervisó tratamientos psicofarmacológicos. • Supervisó procesos de atención de trastornos severos en los 3 Niveles de Atención.
--

Fuente: Elaboración propia en base a Informes de División Salud Mental- SIPROSA

6.6. Programa de Abordaje Integral de Consumos Problemáticos

El programa se enmarcó en normativas internacionales y nacionales en la materia, en especial la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, que estableció que las adicciones, incluido el alcoholismo, constituyen una problemática que debe ser tratada en el marco de las políticas de salud mental.

Considerando las características de la demanda asistida, y que los principales motivos de consulta registrados fueron el consumo de múltiples drogas, que en la mayoría de los casos combina alcohol y otras sustancias, y de alcohol, se incluyó el abordaje la temática del alcoholismo en el programa; y su atención en el marco de los servicios de adicciones, y servicios generales de salud en modalidades ambulatorias y de urgencias.

Sus objetivos generales se orientaron a mejorar la respuesta de los efectores de salud en el abordaje de las adicciones en los distintos Niveles de Atención; y a facilitar la organización de redes sociosanitarias locales, tendientes a mitigar los efectos que produce el consumo de sustancias a nivel individual, familiar y comunitario.

Para lo cual promovió la articulación intersectorial en las diferentes acciones necesarias para el abordaje de las adicciones.

El Programa enfatizó diagramar las intervenciones atendiendo a los principios transversales de accesibilidad, territorialidad e integralidad.

Promovió intervenciones que atiendan las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales, implicadas en el consumo problemático de sustancias psicoactivas; a través de capacitaciones y sensibilización a todo el equipo de salud que faciliten la captación de usuarios afectados.

Elaboró guías de práctica clínica y flujogramas para la atención ambulatoria y de urgencias toxicológicas; y formuló orientaciones técnicas para la derivación de usuarios con situaciones de consumo problemático a los servicios del SIPROSA.

Realizó capacitaciones en el 1er Nivel de Atención, a fin de favorecer la accesibilidad al sistema de salud a personas usuarias de drogas, desde un enfoque de salud integral.

Impulsó la participación de los equipos de APS en mesas de gestión local, a fin de sensibilizar a las organizaciones de la comunidad y favorecer intervenciones desde esos sectores.

Promovió la adecuación de servicios que asisten a la población infantil, y a los que asisten mujeres embarazadas, para la asistencia de casos con consumo problemáticos.

Conjuntamente con la Dirección de Planificación del SIPROSA, el programa elaboró los programas funcionales de los efectores especializados de distintas complejidades implementados en el período.

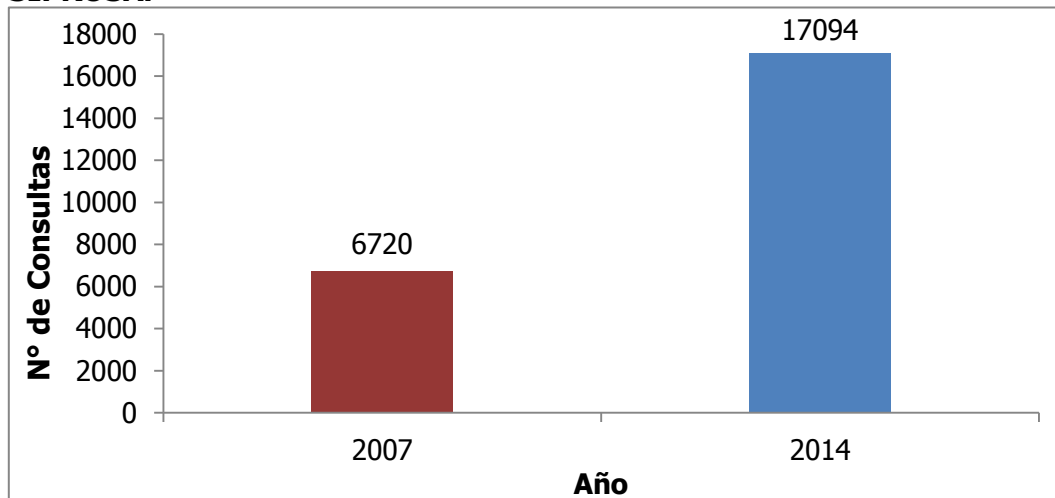
Estableció mesas de trabajo entre niveles de atención con los servicios específicos de adicciones, a fin de favorecer el consenso de criterios en el abordaje.

Desarrolló articulaciones con la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones y la Secretaría de Articulación Territorial dependientes del Ministerio de Desarrollo Social.

Durante los últimos períodos brindó asesoramiento al Poder Legislativo en el tratamiento de Proyectos de Leyes en materia de abordaje de consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Articuló acciones con el Programa de Vigilancia Epidemiológica de Salud Mental y la Dirección de Epidemiología del SIPROSA a fin monitorear las consultas y características de la población asistida por consumos problemáticos:

Gráfico 13. Tucumán. Consultas asistidas por Adicciones. Años 2007 - 2014. SIPROSA.

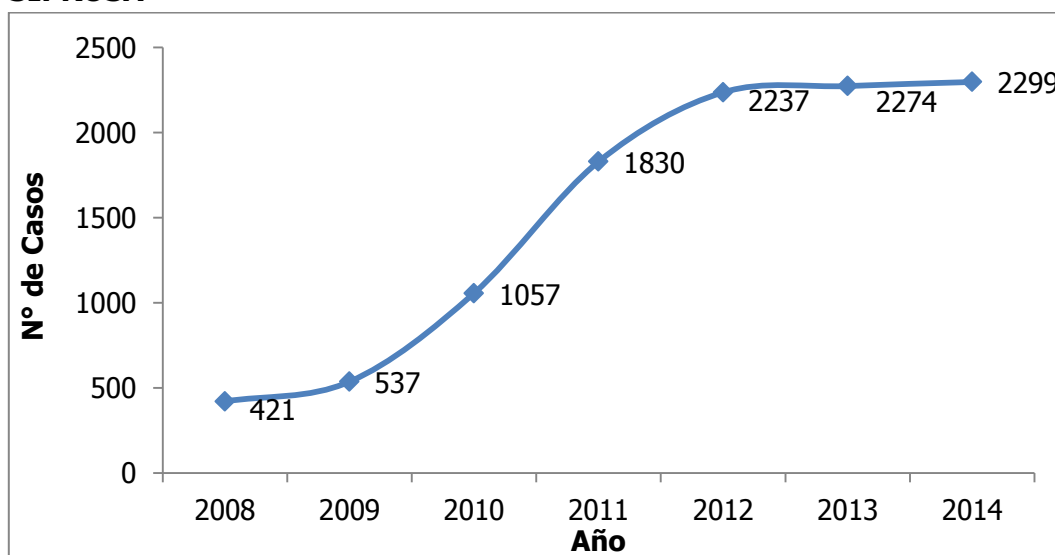


Fuente: Programa de Vigilancia Epidemiológica- División Salud Mental- SIPROSA

Las consultas asistidas por adicciones en se incrementaron en un 154 % en el período 2007-2014.

La vigilancia epidemiológica de casos asistidos anualmente, evidencia un incremento del 445 % de casos nuevos captados en el período 2008- 2014:

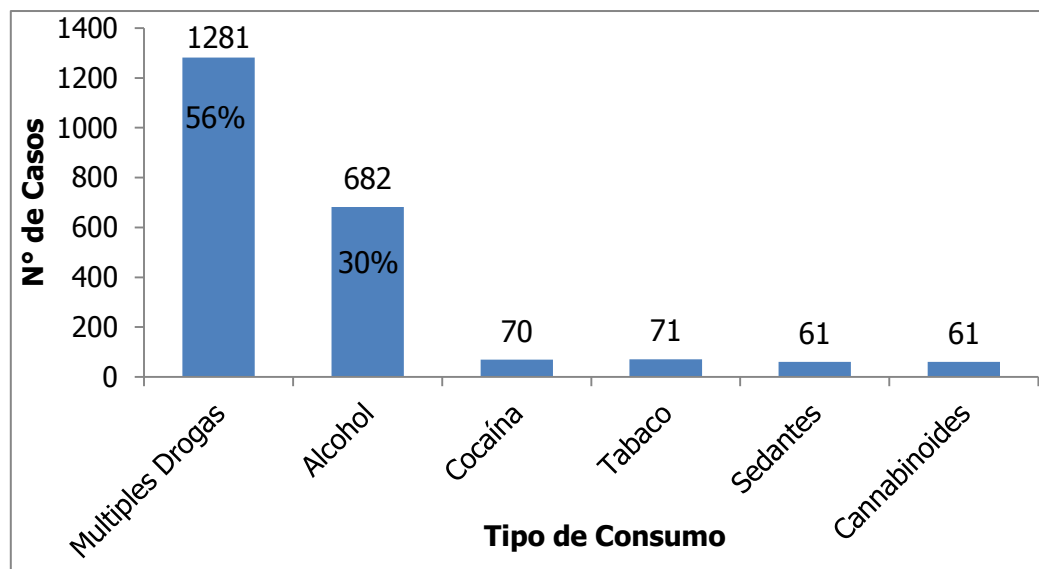
Grafico 14. Tucumán. Casos asistidos por Adicciones. Período 2008 – 2014. SIPROSA



Fuente: Programa de Vigilancia Epidemiológica- División Salud Mental- SIPROSA

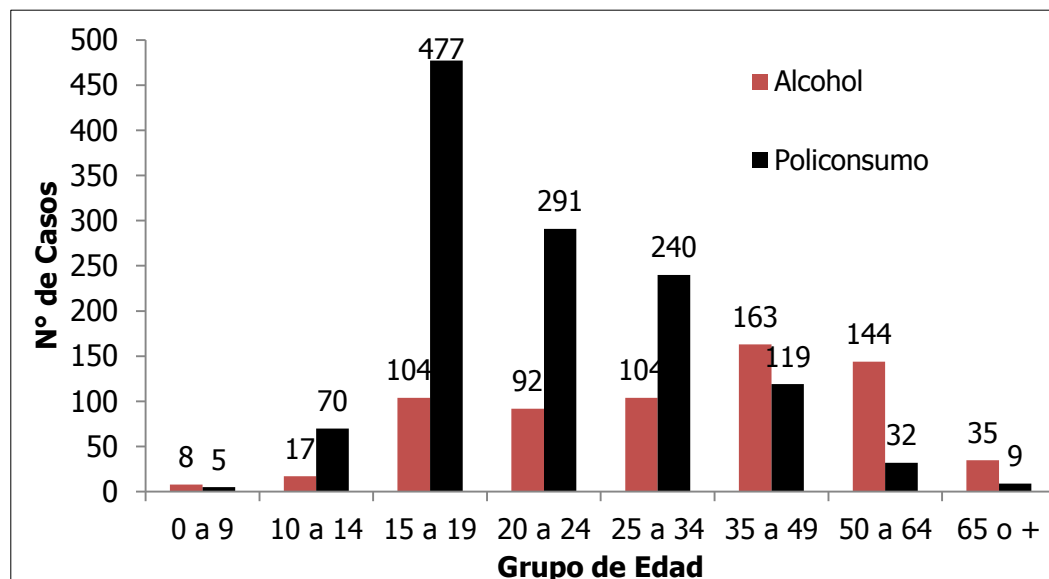
Múltiples drogas y el alcohol, fueron las sustancias mayoritariamente consumidas; el diagnóstico de múltiples drogas, incluyó en la mayoría de los casos, la ingesta de alcohol en asociación con otras. Esta tendencia se condice con estadísticas a nivel nacional.

Gráfico 15: Tucumán. Casos asistidos según tipo de consumo. N = 2.299. Año 2014. SIPROSA.



Fuente: Programa de Vigilancia Epidemiológica- División Salud Mental- SIPROSA

Gráfico 16. Casos asistidos según grupo etéreo y principales sustancias consumidas. N=2.299. Año 2014. SIPROSA



Fuente: Programa de Vigilancia Epidemiológica- División Salud Mental- SIPROSA

Se observó que el policonsumo tiene mayor frecuencia en jóvenes hasta los 34 años de edad, a partir de esa franja etaria se incrementa el consumo de alcohol, que pasa al primer lugar.

La tendencia epidemiológica estudiada desde el programa, fue insumo para la toma de decisiones en la reorientación de los servicios que se realizó en el período, y que se presentará en el capítulo que describe la oferta de atención.

A continuación se presentan los resultados alcanzados por el programa en el siguiente cuadro:

Cuadro 11. Tucumán. Resultados del Programa de Abordaje de Consumos problemáticos. Año 2014. SIPROSA.

<ul style="list-style-type: none"> • Incrementó las consultas asistidas en un 154 % el período 2008-2014. • Normatizó la atención del consumo problemático de sustancias psicoactivas a través de una red de atención integral e integrada en los tres Niveles de Atención • Protocolizó la atención de urgencias toxicológicas por sustancias psicoactivas. • Impulsó la participación de los equipos de APS en mesas de gestión local. • Capacitó a 679 integrantes equipos de salud de APS. • Supervisó y evaluó la implementación de efectores especializados en adicciones. • Estableció lineamientos para la conformación de equipos territoriales que aborden las adicciones en zonas de alta vulnerabilidad social. • Elaboró orientaciones técnicas para el Poder Judicial para derivación de usuarios a servicios del SIPROSA.
--

Fuente: Elaboración propia en base a Informes de División Salud Mental- SIPROSA

6.7. Programa de Salud Mental Infantojuvenil

El incremento de las problemáticas de salud mental en la población infantojuvenil, observado a nivel mundial, nacional y local, determinó su necesario abordaje a fin de mejorar la respuesta del SIPROSA a estas problemáticas en los tres Niveles de Atención.

El Programa se implementó desde una perspectiva de derechos, acorde a legislación nacional y provincial vigente en materia de protección de la infancia.

Formuló guías de práctica clínica de patologías infantiles prevalentes, que se consensaron con expertos locales; a partir de las cuales organizó la asistencia según Niveles de Atención, mediante la implementación de guías de derivación y directorios intersectoriales.

Promovió la detección temprana y la atención integral de las problemáticas; fomentó acciones tendientes a promover el desarrollo emocional de los niños e incrementar su grado de autonomía personal.

En este marco capacitó a los equipos de salud en la evaluación y la promoción del desarrollo psicológico de niños y adolescentes en sus diferentes etapas del crecimiento; a fin de incrementar la visualización de las necesidades de esta población en los diferentes Niveles de Atención.

Supervisó y promovió la articulación de los servicios de diferentes complejidades que abordan la población infantojuvenil.

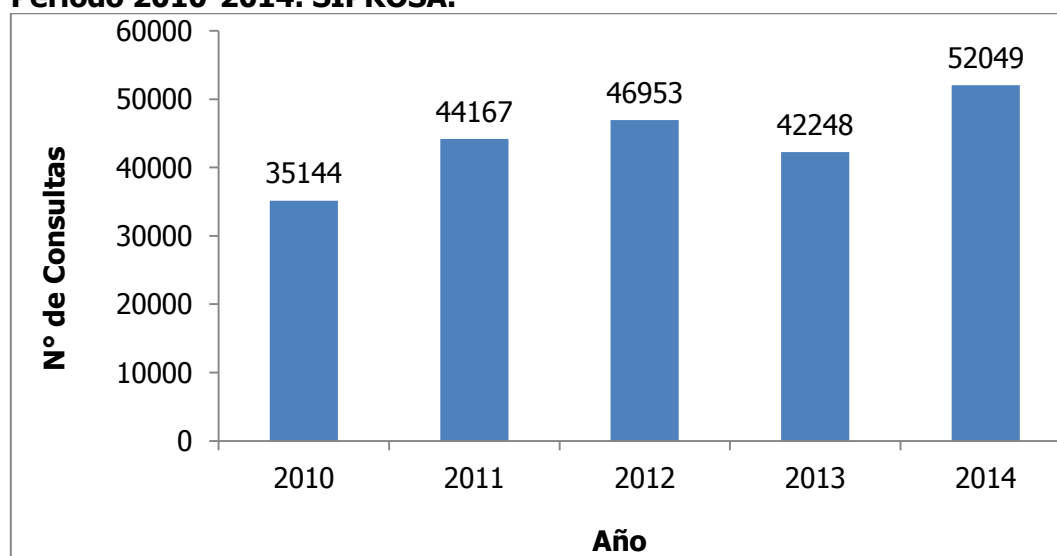
Articuló acciones con Ministerios y áreas del Estado vinculadas a este grupo etáreo.

Brindó asesoramiento a Instituciones Educativas de Gestión Privada en diferentes temáticas solicitadas.

Desde el año 2014 inició la vigilancia de consultas infantojuveniles asistidas en los efectores de salud mental del SIPROSA.

Se observó que el 24% de las consultas de salud mental corresponden a niños de entre 0 -14 años:

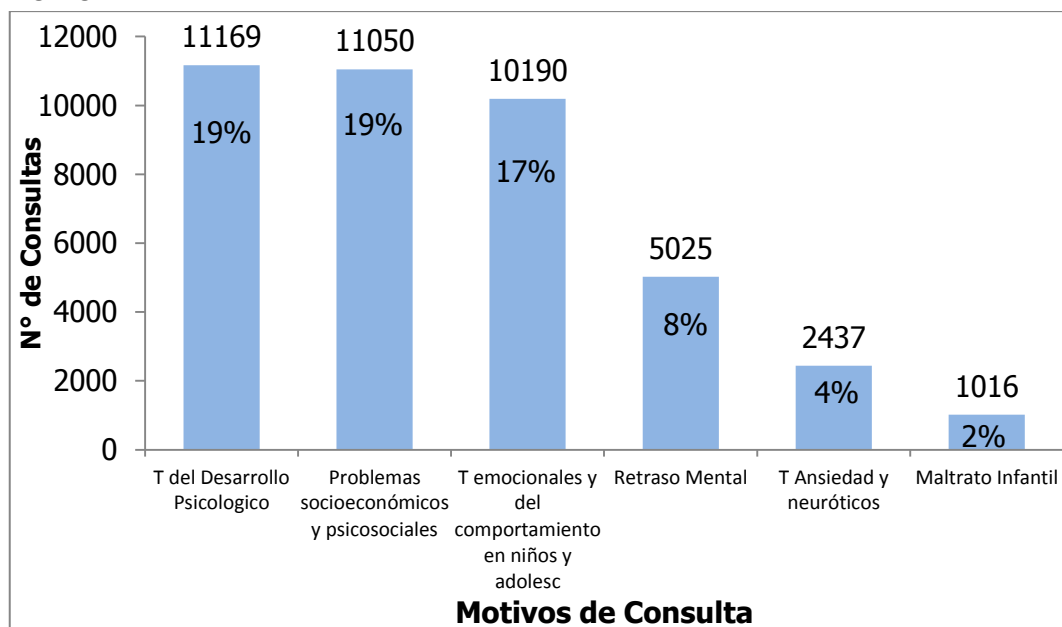
Gráfico 17. Tucumán. Consultas asistidas por trastornos infantiles. Período 2010-2014. SIPROSA.



Fuente: Programa de Vigilancia Epidemiológica- División Salud Mental- SIPROSA

Durante el período 2010-2014 se observó un incremento del 48 % las consultas asistidas por trastornos infantiles en el grupo de niños menores de 14 años.

Gráfico 18. Tucumán. Principales Motivos de Consulta en menores de 14 años. Año 2014



Fuente: Programa de Vigilancia Epidemiológica de División Salud Mental- SIPROSA

La información sobre las principales causas de consulta, se utilizó por el programa para la orientación de las temáticas de capacitación, y la orientación de los servicios infantojuveniles.

Posibilitó dimensionar la necesidad de desarrollar la atención temprana, y de implementar centros de estimulación temprana y centros educativos terapéuticos. Para lo cual el programa articuló acciones con la Dirección de Discapacidad del SIPROSA, y acompañó programáticamente el desarrollo de los 2 centros de estimulación temprana que se instalaron en los Hospitales Lamadrid de Monteros y el Centro de Rehabilitación Los Menhires, durante el período 2012-2014.

Cuadro 12. Tucumán. Resultados del Programa de SM Infantojuvenil. Año 2014. SIPROSA.

<ul style="list-style-type: none"> • Incrementó las consultas asistidas en un 67 % en el período 2010-2014. • Formuló orientaciones técnicas para el abordaje de patologías prevalentes en la infancia y adolescencia. • Instrumentó a los profesionales del primer nivel de atención en la evaluación y promoción del desarrollo psicológico infantil en acciones articuladas con el Departamento Materno Infantojuvenil. • Incrementó la visualización de la red de salud mental infantojuvenil y las de otros Ministerios. • Incrementó las consultas asistidas en un 71% en el periodo 2010-2014 en el grupo de menores de 5 años. • Promovió el desarrollo de centros de estimulación temprana y rehabilitación
--

Fuente: Elaboración propia en base a Informes de División Salud Mental- SIPROSA

Durante el período estudiado se avanzó en la implementación de programas provinciales tendientes a mejorar la respuesta del Sistema Sanitario a las problemáticas priorizadas.

Los programas aportaron herramientas conceptuales y metodológicas efectivas, basadas en evidencia científica, que mejoraron la calidad de atención y facilitaron a los equipos la incorporación de procedimientos requeridos en el modelo comunitario.

Los programas contribuyeron a la integración de contenidos de salud mental en la atención sanitaria general.

7. Sistema de Registro y Vigilancia Epidemiológica

Según la Organización Mundial de la Salud, un sistema de información de salud mental es un sistema que permite recoger, procesar, analizar, difundir y utilizar la información sobre un servicio de salud mental y las necesidades de la población a la que atiende¹⁰.

Es una herramienta que posibilita a los planificadores, gestores y proveedores de servicios de salud mental tomar decisiones adecuadas, más informadas para mejorar la calidad de atención, y así asegurar prestaciones más eficientes y equitativas.

Es un sistema para la actuación, y debe existir no solo para la recolección de datos, sino para permitir la toma de decisiones adecuada de todas las áreas del sistema de salud mental.

Los planificadores de los sistemas de información de salud mental, deberían considerar distintos tipos de información necesarios:

- A nivel del episodio, necesaria para gestionar un episodio de contacto con el servicio.
- A nivel de caso, necesaria para atender a un usuario individual del servicio.
- A nivel del dispositivo asistencial, necesaria para gestionar el dispositivo.
- A nivel de sistemas, necesaria para desarrollar y evaluar una política y un plan para el sistema de salud mental en su conjunto.

En la provincia de Tucumán, se observó un desarrollo en etapas del registro de prestaciones de salud mental y adicciones, que posibilitó incorporar paulatinamente los niveles de información para la toma de decisiones sugeridos por las recomendaciones internacionales; y avanzar posteriormente hacia la implementación de la vigilancia epidemiológica de patologías priorizadas por los programas provinciales de salud mental.

En el período 2003 a 2007, la División Salud Mental implementó una serie de normativas que le posibilitaron la conformación de un sistema de registro y monitoreo de las prestaciones de salud mental y adicciones ambulatorias.

Para los 3 Niveles de Atención instrumentó tres nuevas planillas, una para registro de las prestaciones diarias, y dos planillas mensuales de consultas y patologías que se realizaban por consultorio externo.

Normatizó el uso del Nomenclador CIE 10 para la codificación de los diagnósticos volcados en las planillas.

Definió circuitos de información, para que las planillas mensuales conformadas lleguen a la División Salud Mental, donde se realizaba la carga manual en la base de datos, el análisis de las prestaciones, y se elaboraban informes anuales.

El incremento de servicios en la red de atención y la necesidad de sistematizar las acciones de monitoreo permanente a los efectores para el funcionamiento adecuado del circuito, requirió la implementación a partir del año 2008 del *Programa de Información y Vigilancia Epidemiológica de Salud Mental y Adicciones*.

Las acciones del programa en esta etapa se orientaron fundamentalmente a transmitir normativas de registro, capacitar y supervisar en los efectores la implementación adecuada del procedimiento.

¹⁰ Organización Mundial de la Salud: "Sistemas de Información de Salud Mental" 2006. Cap1 Págs. 13-20

La ejecución del Programa favoreció la instalación del procedimiento normado y la elaboración de informes que posibilitaron:

- Identificar las patologías mentales prevalentes asistidas en el subsector público.
- Identificar los grupos etéreos asistidos en cada nivel de atención.
- Determinar los tipos de prestaciones asistenciales usadas más frecuentemente.
- Obtener información para la supervisión de los servicios, orientar prestaciones y planificar recursos necesarios.
- Realizar informes anuales de producción de servicios, principales causas de consulta y grupos poblacionales asistidos según niveles de atención.
- Integrar el análisis estadístico de Salud Mental a la Dirección de Epidemiología del SIPROSA.

Si bien la implementación del programa produjo avances en el registro y análisis de la prevalencia asistida en servicios ambulatorios de salud mental; el circuito de la información presentaba demoras en la entrega de las planillas, y la consiguiente demora en carga y análisis de los datos, por lo que los informes producidos se realizaban en el período posterior al analizado.

Se observó además que el registro realizado no era nominalizado por paciente, por lo que no fue posible en esta etapa implementar acciones de vigilancia epidemiológica por patologías.

A partir del año 2010, el avance en la implementación del Sistema Informático del SIPROSA¹¹, permitió el inicio de las acciones de vigilancia epidemiológica que se llevaron a cabo desde el programa. Entre las principales características del Sistema Informático se destacan:

- Se administra y mantiene desde el Departamento de Informática del SIPROSA, en donde funciona el Data Center: centro de cómputos donde se albergan los sistemas de información con sus bases de datos y componentes asociados, como las telecomunicaciones y sistemas de almacenamiento.
- Posee una base de datos única que permite inscribir al paciente por única vez para todo el Sistema Provincial de Salud, generando un registro único y perdurable.
- Permite tener al paciente como centro de información y así ver su trazabilidad en todos los efectores a los que acudió con información del episodio.
- Está compuesto por tres subsistemas: el Subsistema de Gestión Hospitalario, el Subsistema de Gestión de CAPS, y el Subsistema de Programas de Salud.

El **Subsistema de Gestión Hospitalaria** está formado por módulos integrados y relacionados, que acompañan al paciente desde el ingreso al hospital hasta el egreso, y de acuerdo con la prestación que requiera: turnos espontáneos y programados por

¹¹ Ministerio de Salud Pública de Tucumán: "Memoria Anual 2011". Tucumán. 2012. Cap 12 Informática. Pág. 100

especialidad y profesional y para estudios complementarios; atención por emergencias, internaciones programadas y de urgencias, y suministro de medicamentos entre otros.

El **Subsistema de Gestión de CAPS** se nutre de toda la información de las prácticas realizadas por los profesionales de estos centros.

El **Subsistema de Programas de Salud** se encarga de la gestión de la información de múltiples programas prioritarios, permitiendo nominalizar los pacientes en cada programa y registrar información para su seguimiento.

La implementación del Sistema Informático fue progresiva, comenzando inicialmente por los hospitales de referencia y CAPS de la capital; para luego extenderse al interior de la provincia.

El Programa de Información y Vigilancia Epidemiológica de Salud Mental y Adicciones, articuló acciones con el Departamento de Informática para la incorporación de las prestaciones de salud mental al Sistema Informático.

El Programa asesoró al Departamento de Informática en cuestiones relativas a los tipos de prestaciones de salud mental existentes, sus ámbitos y características.

Para ello creó y puso en funcionamiento, formularios y procesos de registro específicos de salud mental; y tuvo a su cargo la capacitación y orientación de los profesionales de salud mental necesaria para su implementación.

Diseñó los siguientes formularios y procesos de registro:

- Formulario de registro de prestaciones de salud mental realizadas en centros de atención primaria, para el Subsistema de CAPS.
- Proceso para el registro de información institucional de salud mental del Subsistema de Gestión Hospitalaria: para pacientes espontáneos, turnos programados, internación en sala y atención de urgencias. Para lo cual implementó tres Planillas de registro: *Diario de Consultas de Salud Mental*, *Mensual de Consultas* y *Mensual de Patologías*
- Formulario de Registro de Pacientes con Enfermedades Crónicas, para el Subsistema de Programas.
- Diseñó módulos y reportes específicos de salud mental para la lectura y análisis posterior de los datos.

Esta ingeniería de procesos realizada por el Programa, posibilitó en el año 2010 iniciar la vigilancia epidemiológica de patologías priorizadas por los programas provinciales.

En primera instancia se vigilaron casos asistidos por Trastornos por Consumos de Sustancias y Trastornos Mentales Severos, entre los que se incluyeron Esquizofrenia, Trastornos Psicóticos, y Trastorno Bipolar, y luego se incorporó la vigilancia de Anorexia y Bulimia. Se observó que la vigilancia epidemiológica implementada posibilitó estudiar en relación a las patologías vigiladas:

- Incidencia
- Aspectos demográficos de la población asistida: edad, sexo
- Aspectos sociales de la población asistida: cobertura social , nivel educativo
- Distribución geográfica de los casos.
- Trazadora del caso: diagnósticos, contactos, derivaciones, comorbilidades.
- Proceso de atención: integralidad, continuidad de cuidados, integración por niveles de atención.

Durante el año 2014 inició la vigilancia de Tentativas Suicidas, mediante la notificación mensual de casos desde la Atención Primaria por Área Operativa, a través de planilla específica elaborada para tal fin.

La vigilancia de tentativas suicidas posibilitó estudiar:

- Factores de riesgo asociados a tentativas suicidas en el medio local.
- Métodos de autolesiones utilizados.
- Monitorear acciones de contención y seguimiento de casos.
- Implementar acciones de postvención comunitaria.
- Incrementar la visibilidad de la problemática en de los efectores de APS

Cuadro 13. Tucumán. Resultados del Programa de Información y Vigilancia de SM y Adicciones. Año 2008-2014. SIPROSA.

<ul style="list-style-type: none"> • Mejoró la calidad y oportunidad de la información disponible para la toma de decisiones de los programas de salud mental • Posibilitó evaluar el impacto de la enfermedad mental en la provincia en términos de incidencia, prevalencia y factores de riesgo. • Facilitó el seguimiento de pacientes, a través de los sucesivos contactos con los servicios de salud mental; incluyendo información epidemiológica y clínica, relativa a la prestación recibida. • Posibilitó el seguimiento de indicadores de calidad y disponibilidad, actividad y utilización de los servicios; permitió evaluar aspectos vinculados a la integralidad de la atención de los casos, continuidad de cuidados y la integración por niveles de atención. • Realizó 5 informes anuales que se utilizaron para la toma de decisiones vinculadas a la planificación y desarrollo de políticas y redes de atención. • Incorporó los análisis de salud mental a la sala de situación epidemiológica de la provincia. • Posibilitó la formulación de metas de salud mental para el año 2020 que se incorporaron al Plan Provincial Quinquenal, elaboradas conjuntamente con la Dirección de Epidemiología Provincial.

Fuente: Elaboración propia en base a Informes de División Salud Mental- SIPROSA

8. Oferta de Servicios de Salud Mental y Adicciones

En este capítulo se analiza la oferta de servicios especializados en salud mental y adicciones que presta asistencia a los usuarios del Sistema Provincial de Salud de Tucumán.

Inicialmente se describe brevemente la red sanitaria general; luego se profundiza el análisis de los servicios de salud mental y adicciones de los tres Niveles de Atención, su canasta prestacional, se cuantifica el volumen de efectores, y sus resultados.

El Sistema Provincial de Salud es un ente autárquico creado por Ley Provincial N° 5.652, destinado a la atención sanitaria de la población de la Provincia de Tucumán, que en el último censo realizado fue de 1.529.525 habitantes.

Del mismo dependen diversos establecimientos de salud, 10 Hospitales de Referencia, 315 Efectores de Atención Primaria de la Salud: CAPS, Policlínicas, Postas Sanitarias, y 26 Hospitales Locales. Estos efectores están distribuidos en 4 Áreas Programáticas según se especifica en el siguiente cuadro:

Cuadro 14. Tucumán. Efectores sanitarios según Área Programática y población a cargo. Año 2014. SIPROSA.

Áreas Programáticas	Población Total	Hospitales	CAPS
CENTRO	49%	8	77
OESTE	12%	6	60
ESTE	18%	10	78
SUR	21%	11	74
TOTAL	100%	35	289

Fuente: División Salud Mental- SIPROSA

En lo atinente a la atención sanitaria de los problemas de salud mental se realiza a través de una red de efectores de complejidad creciente, integrada a la red general de servicios y hospitales, distribuidos en los tres Niveles de Atención en toda la provincia.

Las políticas operacionales a partir de las cuales se organizó y desarrolló la red de salud mental durante el período estudiado fueron las siguientes:

- La Red de Salud Mental integra la red general de atención de salud.
- La atención de adicciones forma parte de la red de salud mental.
- La organización de la oferta se basa en un modelo de atención integral e integrada, con base territorial y en respuesta a las necesidades locales.
- Enfoque comunitario en las prestaciones y los servicios.
- Protección de los DDHH de los usuarios.
- Promoción y fortalecimiento de la participación social.
- Accesibilidad y Continuidad de la atención

8.1. Atención de Salud Mental en el Primer Nivel de Atención

La Atención Primaria tiene un papel clave en la detección, tratamiento, derivación, y seguimiento del trastorno mental en la población general.

Sus efectores son la puerta de ingreso al Sistema de Salud, ya que al estar insertos en el medio comunitario, se encuentran en óptimas condiciones para realizar acciones de promoción de salud mental y prevención de problemáticas de salud mental.

El abordaje de los trastornos mentales desde la Atención Primaria en coordinación con la atención especializada es un lineamiento estratégico fundamental del modelo comunitario de salud mental.

En el período estudiado se observó variaciones en la cantidad y tipo de efectores implementados en el 1º Nivel de Atención para la atención de salud mental:

En una primera etapa se incrementaron los CAPS y Hospitales locales con **Atención Psicológica**; luego se extendió, a medida que fueron habilitados, a Centros de Integración Comunitaria y Policlínicas.

Se observó en el período estudiado, un fuerte impulso a las obras edilicias que mejoró la infraestructura de la mayoría de los establecimientos; optimizó la planta física y equipamiento de los consultorios de atención psicológica según parámetros de calidad.

Desde el año 2010 se inició la incorporación de **Atención Psiquiátrica** en este Nivel de Atención; en una primera etapa se instaló en algunos Hospitales locales; posteriormente se extendió a CAPS y Policlínicas.

A partir del año 2011 se observó la implementación de dispositivos destinados a ampliar la capacidad de resolución en zonas de alta vulnerabilidad psicosocial, creándose dos Equipos Territoriales de Salud Mental y Adicciones:

El primer **Equipo Territorial de Salud Mental** se instaló en la Policlínica Pedro Solórzano del Área Programática Oeste; se integró por un equipo interdisciplinario compuesto por psiquiatra, psicólogos, trabajador social y agente sanitario. Es responsable de la población de su área territorial; tiene a su cargo la gestión del flujo del usuario a través de la red de atención del área, realiza actividades preventivas y asistenciales, y promueve la formalización de redes comunitarias locales; funciones que fueron establecidas en el programa funcional del mismo.

El segundo **Equipo Territorial de Adicciones** se implementó en el Área Programática Centro, en el CAPS Carlos Catáneo; se integró por un equipo interdisciplinario compuesto por médico, psicólogos, odontólogo, nutricionista, técnico en psicología social y agente sanitario. Sus actividades se destinan fundamentalmente a la captación de usuarios con consumo problemático de sustancias en el medio comunitario, en la línea de la estrategia de reducciones de daño y riesgos; el equipo trabaja bajo los lineamientos del Programa Provincial de Abordaje de Consumos Problemáticos.

La implementación de los dispositivos se acompañó por orientaciones técnicas y capacitaciones dictadas desde los programas prioritarios de salud mental; e instancias de supervisión capacitante realizadas por supervisores de la División Salud Mental, en las que se evaluaron aspectos de estructura, procesos y resultados, y se sugirieron adecuaciones según necesidad.

A nivel organizativo los efectores del Primer Nivel dependen operativamente de la Dirección General de Red de Servicios, estructura de gestión desde la cual se implementan desde el año 2008 equipos de coordinación y un sistema de referencia,

tendientes a organizar y coordinar los efectores de la Red de Atención Primaria de Salud Mental, que a continuación se describen:

Equipo de Coordinación de Salud Mental: cuyas funciones son la coordinación general de la respuesta de salud mental del Primer Nivel de Atención, el fortalecimiento de los equipos de salud mental, garantizar la implementación de los Programas Priorizados de Salud Mental en ese Nivel, a fin de mejorar la accesibilidad y continuidad de cuidados. Está integrado por psicólogas, trabajadoras sociales y psiquiatra. Interviene en la gestión de la atención de urgencias y casos de riesgo, para la articulación con el 2° y 3° Nivel de Atención.

Referentes de Salud Mental: cuya misión es gestionar y coordinar la respuesta de salud mental de su Área Programática u Operativa, siguiendo los lineamientos operativos de la Dirección de Red de Servicios y normativos de la División Salud Mental.

Son 12 Referentes que trabajan identificando las fortalezas y debilidades de las respuestas de su área, a fin de poder diagramar actividades de intervención con los equipos para el cumplimiento de las funciones del psicólogo de APS.

Coordinan la gestión y seguimiento de casos clínicos complejos que lo requieran en articulación con el 2° y 3° Nivel de Atención.

Promueven la implementación de proyectos locales preventivos, en articulación con programas del Ministerio de Desarrollo Social.

Sistema de Referencia y Contrarreferencia¹²: tiene la función de gestionar turnos desde los establecimientos de niveles de atención 1° y 2° con los de 3° Nivel.

Existe un circuito por el cual el paciente que llega a un servicio de primer o segundo nivel es asistido, si se considera necesaria la interconsulta con un especialista o un método complementario de diagnóstico, el turno es solicitado a través de un formulario de referencia el cual es enviado al Área Operativa y de allí es remitido a la Oficina de Referencia y Contrarreferencia.

Desde esa la Oficina de Referencia y Contrarreferencia se asigna un turno en la agenda hospitalaria, y se informa al usuario telefónicamente, el cual deberá presentarse con su Documento Nacional de Identidad en el Hospital de Referencia 10 minutos antes del turno programado. Funciona para todas las especialidades del Sistema.

A nivel normativo el desarrollo de la oferta de atención se acompañó con la formulación de las la **Canasta Básica de Prestaciones de Salud Mental**, prevista según grupos etáreos y niveles de atención; y las **Funciones del Psicólogo de Atención Primaria, y las Funciones del Referente Operativo de Salud Mental**.

Los lineamientos normativos fueron elaborados por la División Salud Mental, en coordinación con la Dirección General de Red de Servicios.

¹² Ministerio de Salud Pública de Tucumán: "Memoria Anual 2012". Tucumán. 2012. Cap .9 Referencia y Contrarreferencia. Pág. 76.

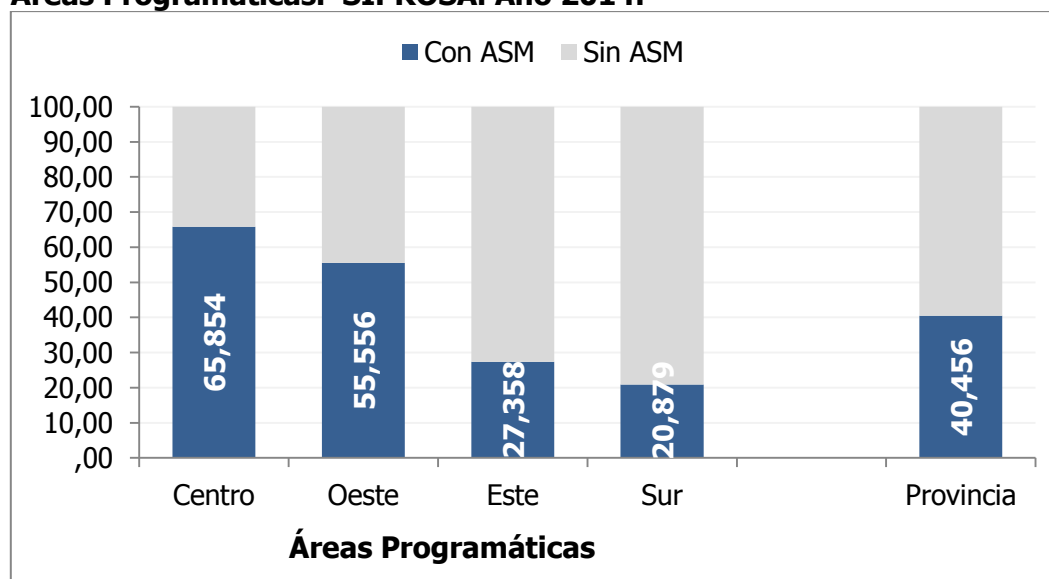
A continuación se sintetizan los desarrollos realizados en el período 2007-2014 de la atención de salud mental en el Primer Nivel de Atención, detallando los dispositivos implementados, y la proporción que representan en relación a los efectores de red sanitaria del SIPROSA:

Cuadro 15. Tucumán. Dispositivos de salud mental implementados en Atención Primaria. Años 2007- 2014

Dispositivos	2007	2014
CAPS/ Hospitales del interior con Atención psicológica	83	142
CAPS/ CICs/ Hospitales del interior con Atención psiquiátrica	-	15
Equipos Territoriales de Salud Mental	-	2
Total	83	159

Fuente: División de Salud Mental-SIPROSA

Gráfico 19. Tucumán. Proporción de CAPS con atención en salud mental según Áreas Programáticas. SIPROSA. Año 2014.



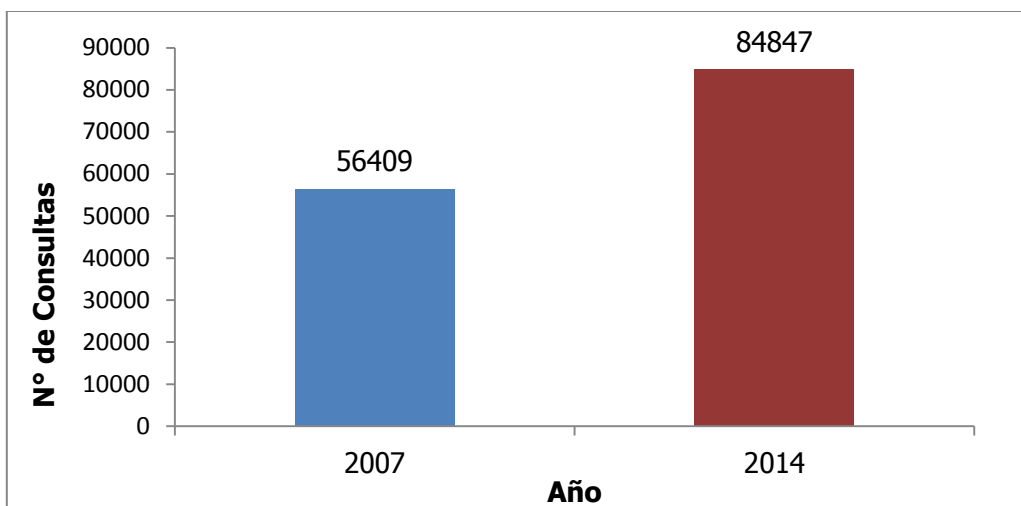
Fuente: División de Salud Mental- SIPROSA

* ASM: Atención de Salud Mental

Se observó que el 40 % de los efectores del Primer Nivel cuenta con atención en salud mental; las Áreas Programáticas Centro y Oeste concentran la mayor disponibilidad de servicios. En el periodo estudiado los efectores de Atención Primaria con atención de salud mental se incrementaron de un 20% a un 40%.

En relación a los resultados de la atención obtenidos en el período se observó un incremento del 50 % de las consultas asistidas por causas de salud mental en el Primer Nivel de Atención:

Gráfico 20. Tucumán. Consultas asistidas por Salud Mental en APS. Años 2007 – 2014



Fuente: Programa de Vigilancia Epidemiológica- División Salud Mental- SIPROSA

El desarrollo de dispositivos de atención y mecanismos de coordinación en el 1º Nivel de Atención, incrementó la accesibilidad a las consultas de salud mental y adicciones, para todos los grupos etáreos a nivel local; mejoró la continuidad de cuidados y el seguimiento de casos de riesgo. Posibilitó el desarrollo de programas locales orientados a problemáticas de salud mental priorizadas.

E incorporó el componente de salud mental a los programas prioritarios de APS.

8.2. Servicios de Salud Mental y Adicciones del Segundo Nivel de Atención

La oferta de atención en el año 2007 estaba compuesta por 6 Servicios de Salud Mental y 1 Servicio de Prevención y Asistencia de Adicciones, insertos en Hospitales Generales de Referencia.

Durante el período estudiado se crearon 2 nuevos Servicios de Salud Mental, uno en el Hospital Eva Perón en el año 2012, y otro en el Hospital General Lamadrid de Monteros en el año 2013, incrementándose a 8 los servicios disponibles.

Los Servicios de Salud Mental están integrados por equipos interdisciplinarios formados por psiquiatras y psicólogos, que interactúan con los otros servicios del hospital.

Desarrollan sus actividades en las áreas de atención de Consulta Externa a través de dispositivos de Admisión, e Interconsulta con las diversas Salas y Servicios de otras especialidades.

Realizan atención de urgencias mediante interconsultas, e internación en crisis diferenciada en uno de ellos, e indiferenciada según recursos disponibles en cada efector.

Implementan actividades de docencia con las residencias de psicología y psiquiatría, y de otras especialidades.

Los Servicios interactúan con otros efectores de la red de salud mental del 1° y 3° Nivel.

Se observó que todos los servicios atravesaron un proceso de adecuación en sus componentes de estructura, proceso y resultados; y en aspectos vinculados a la adecuación a la Ley Nacional de Salud Mental, de los cuales se destacan a continuación los más relevantes:

- Ampliación o creación de nueva planta física.
- Incorporación de equipamiento.
- Incremento de Recursos Humanos.
- Formulación de Programa Funcional.
- Ampliación de Canasta Prestacional.
- Desarrollo de dispositivos para grupos de niños y adolescentes.
- Desarrollo de la atención de urgencias de salud mental y adicciones.
- Atención a usuarios con trastornos severos y consumos de sustancias.
- Registro de prestaciones a través del Sistema Informático de Gestión de Hospitales.
- Integración al 1° y 3° Nivel de Atención.

En el marco de esta adecuación a continuación se identifican los principales dispositivos puestos en funcionamiento en el período estudiado en los Servicios de Salud Mental y Adicciones, y se detalla su canasta prestacional:

Servicio de Salud Mental del Hospital Ángel C. Padilla:

A partir de 2011 implementó una Guardia de Salud Mental de 24 hs. los 365 días del año, y una Sala de Internación en Crisis con ocho camas, para internación de episodios agudos y de desintoxicación. Brinda atención a través de equipos interdisciplinarios, y el seguimiento ambulatorio posterior, en articulación con la red de atención primaria.

El Servicio extendió su horario de atención al turno vespertino.

Canasta Prestacional:

- Consultas psicológicas y psiquiátricas
- Psicoterapia individual
- Contención familiar
- Psicodiagnóstico
- Examen psicofísico
- Tratamiento psicofarmacológico
- Asistencia de pacientes por orden judicial.
- Interconsultas de sala
- Junta médica interna
- Junta médica externa
- Análisis institucional en diversos Servicios del Hospital Ángel C. Padilla
- Referencia y Contrarreferencia de casos
- Gestión de casos

Servicio de Salud Mental del Hospital Nicolás Avellaneda:

Implementó dispositivos específicos para la atención ambulatoria de niños y adolescentes. Profundizó el desarrollo del área de interconsultas, expandiéndola al total de las salas y servicios del hospital.

Brinda asistencia a través de equipos interdisciplinarios, y seguimiento ambulatorio posterior, en articulación con la red de atención primaria.

Integró prestaciones de salud mental en la atención de programas provinciales de Adolescencia, Adulto Mayor y Obesidad.

Canasta Prestacional:

- Consulta y Orientación de la demanda
- Evaluación Psicológica/ Psicodiagnóstica
- Evaluación Psiquiátrica
- Tratamiento Psicofarmacológico
- Psicoterapia individual y grupal
- Consejería a padres
- Interconsulta
- Psicoeducación a familiares y usuarios
- Referencia y Contrarreferencia de casos
- Gestión de casos

Servicio de Salud Mental del Hospital Miguel Belascuain:

Amplió su canasta prestacional para la atención ambulatoria de niños y adolescentes; incorporó la atención de usuarios con problemáticas de consumo, y la asistencia de urgencias de salud mental y adicciones.

Brinda atención a usuarios del sistema penitenciario en modalidad ambulatoria; amplió su horario de atención al turno vespertino.

Canasta Prestacional:

- Evaluación Psiquiátrica
- Evaluación Psicológica
- Psicoterapia Individual
- Grupos terapéuticos
- Tratamiento Psicofarmacológico
- Interconsultas
- Atención de urgencias
- Provisión de Tratamientos psicofarmacológicos
- Psicoeducación a familiares y usuarios
- Referencia y Contrarreferencia de casos

Servicio de Salud Mental del Hospital Centro de Salud Z. Santillán:

Brinda atención a usuarios de ambos sexos a partir de los 14 años. Amplió su oferta prestacional a la atención de usuarios con enfermedades crónicas, e implementó dispositivos específicos para la atención de interconsultas en Sala de Quemados y Traumatología y Urgencias

Canasta Prestacional:

- Evaluación Psiquiátrica
- Evaluación Psicológica
- Psicoterapia Individual
- Tratamiento Psicofarmacológico
- Grupos de pacientes con enfermedades crónicas
- Psicoeducación a familiares y usuarios
- Referencia y Contrarreferencia de casos

Servicio de Salud Mental del Instituto de Maternidad y Ginecología Ntra. Sra. de las Mercedes:

Brinda atención a atención a mujeres embarazadas y puérperas y/o con problemática de género.

Canasta Prestacional:

- Evaluación Psiquiátrica
- Evaluación Psicológica
- Psicoterapia Individual
- Interconsultas
- Consejería en Salud Sexual y Reproductiva
- Curso preparación para el parto y la maternidad
- Trabajo grupal en Residencia de Madres
- Terapia grupal con pacientes oncológicas
- Acompañamiento y asistencia a parejas en tratamiento de Fertilidad
- Referencia y Contrarreferencia de casos
- Gestión de casos

Servicio de Salud Mental del Hospital del Niño Jesús:

A partir del año 2011 implementó guardia vespertina destinada a la atención de episodios agudos infantiles con internación indiferenciada.

Brinda atención a través de equipos interdisciplinarios, y el seguimiento ambulatorio posterior, en articulación con la red de atención primaria.

El servicio incrementó su accesibilidad con atención en turno vespertino.

Canasta Prestacional:

- Emergencias clínicas
- Emergencias de salud mental
- Internación breve
- Desintoxicación
- Entrevista de evaluación diagnóstica
- Entrevista motivacional
- Psicoterapia individual
- Evaluación Psicodiagnóstica
- Evaluación Psiquiátrica
- Tratamiento Psicofarmacológico
- Interconsulta

Servicio de Salud Mental del Hospital Eva Perón:

Asiste a mujeres en edad fértil, y niños (de ambos sexos) desde su nacimiento hasta los 16 años; en turno matutino y vespertino. Implementó una sala de juegos para usuarios internados o asistidos ambulatoriamente.

Canasta Prestacional:

- Actividades Promocionales
- Consejería
- Evaluación de Desarrollo
- Evaluación Psicodiagnóstica
- Evaluación Psiquiátrica
- Psicoterapia individual y familiar
- Tratamiento Psicofarmacológico
- Interconsulta medico-psicológica
- Psicoprofilaxis obstétrica

Servicio de Salud Mental del Hospital General Lamadrid de Monteros:

Asiste a usuarios a partir de los 4 años y hasta la adultez; está conformado por un equipo interdisciplinario, que interactúa con otros efectores del Área Operativa Monteros.

Canasta Prestacional:

- Consejería individual y familiar
- Consulta y orientación de la demanda
- Evaluación psicodiagnóstica
- Psicoterapia individual
- Tratamiento psicofarmacológico
- Psicoeducación a familiares y usuarios
- Gestión de casos
- Interconsultas
- Atención de urgencias
- Atención de usuarios derivados de Poder judicial
- Referencia y Contrarreferencia
- Gestión de casos

Servicio de Prevención y Asistencia de Adicciones del Hospital Nicolás Avellaneda:

Es el Centro de Referencia de atención de Adicciones en la Provincia. Asiste usuarios con consumo problemático de sustancias

Brinda atención ambulatoria a usuarios a partir de los 14 años de edad que refieran uso problemático de sustancias psicoactivas y sus familiares, ambos sexos.

El trabajo del servicio se enmarca en los actuales paradigmas en salud mental y adicciones, DDHH, la estrategia de APS, y el trabajo interdisciplinario.

Implementó durante el período estudiado dos nuevos dispositivos: *Hospital de Día y Unidad de Desintoxicación Programada*.

Canasta Prestacional:

- Admisión
- Asesoramiento a familiares
- Tratamiento individual
- Espacios grupales
- Tratamiento psicoterapéutico
- Tratamiento médico / psifarmacológico
- Grupo de adultos
- Grupos de familiares y/o referentes
- Trabajo social
- Talleres: escritura, educación física, teatro, esparcimiento, música
- Terapia Ocupacional
- Grupos de Alcohólicos Anónimos
- Referencia y Contrarreferencia de casos
- Gestión de casos

Convenio con Organizaciones No Gubernamentales que asisten Adicciones:

En el periodo estudiado el Sistema Provincial de Salud implementó un convenio con tres ONG para la ampliación de la oferta de atención en materia de adicciones.

La derivación a estos centros de tratamiento se realizó a través del Servicio de Prevención y Asistencia de Adicciones del Hospital Avellaneda, que evalúa el caso, y ante la falta de disponibilidad de turnos para atención en los dispositivos del SIPROSA, realizó posterior referencia mediante la vía administrativa correspondiente.

Esta modalidad de atención se destinó a jóvenes y adultos con consumo de sustancias psicoactivas con edad cronológica igual o mayor de 15 años, incluidos aquellos con causas judiciales pendientes, e incluyó Módulos de Atención Ambulatoria, Hospital de Día, y de Reinserción Social.

A continuación se sintetizan en el siguiente cuadro los Servicios y Dispositivos de Salud Mental y Adicciones implementados en el 2° Nivel de Atención:

Cuadro 16. Tucumán. Servicios de Salud Mental y Adicciones del 2° Nivel de Atención. Años 2007 y 2014. SIPROSA.

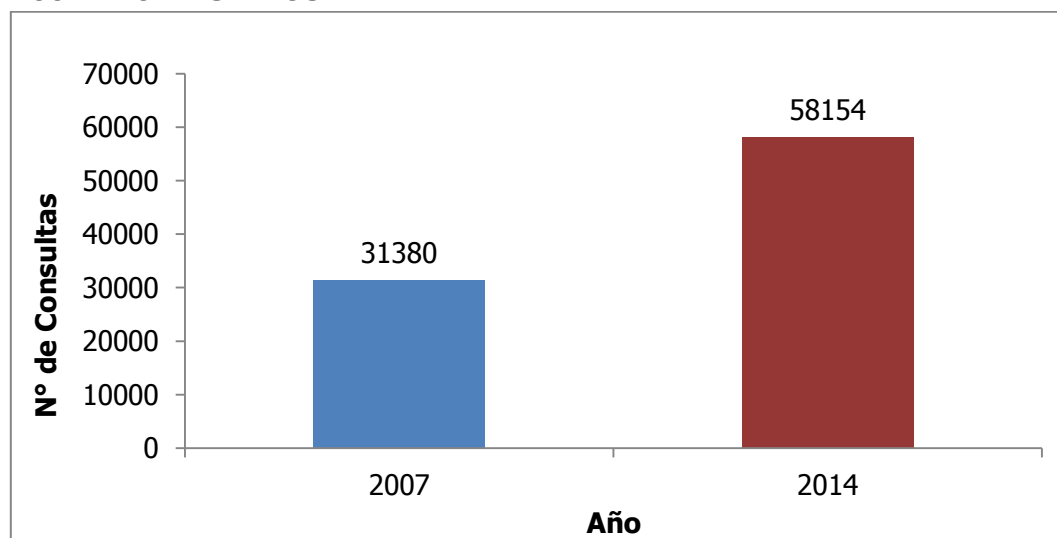
Dispositivos	2007	2014
Servicios de Salud Mental de Hospitales de Referencia	7	9
Guardia e internación en crisis Hospitales de Referencia	-	2
Hospital de Día Adicciones	-	1
Unidad de Desintoxicación Programada	-	1
Convenio con ONG	-	3
Total	7	16

Fuente: División Salud Mental - SIPROSA

Durante el período estudiado que se pusieron en funcionamiento 2 nuevos Servicios de Salud Mental, 2 guardias de salud mental, y 5 dispositivos para atención de adicciones y alcoholismo.

En relación a las consultas asistidas, se observó un incremento del 58 % en el período 2007 a 2014, como se representa en el siguiente Gráfico:

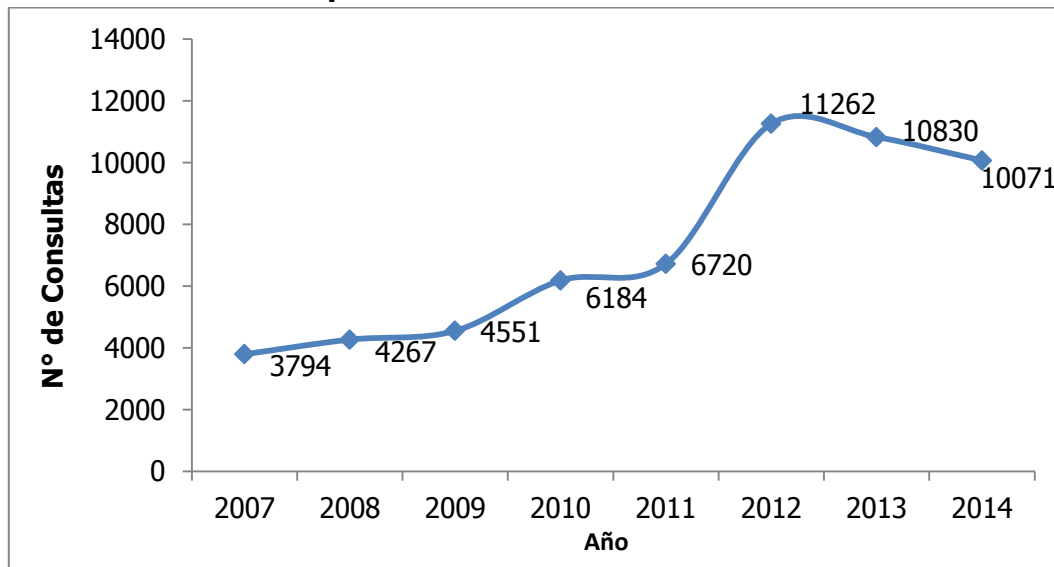
Gráfico 21. Tucumán. Consultas de Salud Mental en Hospitales Generales. Años 2007 - 2014. SIPROSA.



Fuente: Programa de Vigilancia Epidemiológica- División Salud Mental- SIPROSA

La evolución de las consultas asistidas en el Servicio de Prevención y Asistencia de del Hospital Avellaneda se representa en el siguiente gráfico:

Gráfico 22. Tucumán. Consultas asistidas por adicciones. Centro de Referencia de Adicciones del Hospital N. Avellaneda. Período 2004- 2013. SIPROSA.



Fuente: Servicio de Prevención y Asistencia de Adicciones- Hospital Avellaneda.

Se observó un incremento en las consultas asistidas del 35 % en el período 2007-2014.

El proceso de adecuación y el fortalecimiento de los Servicios de Salud Mental y Adicciones de Hospitales de Referencia, y los nuevos dispositivos implementados, incrementaron la accesibilidad a las consultas de salud mental y adicciones en el 2º Nivel de Atención, y mejoraron la calidad de atención.

Las adecuaciones observadas se orientan hacia los parámetros de la Ley Nacional de Salud Mental y el modelo comunitario de salud mental.

8.3. Efectores del Tercer Nivel de Atención

La oferta en este Nivel de Atención está compuesta por dos Hospitales de Salud Mental, y un Centro de Rehabilitación de Adicciones.

La adecuación de los Hospitales de Salud Mental se desarrollará en profundidad en el punto 9 del desarrollo; por lo que en este apartado solo se incluye la descripción y análisis del Centro de Rehabilitación Las Moritas.

Centro de Rehabilitación y Reinserción Social para Adictos Las Moritas:

Fue creado en el año 2009 como un establecimiento de tercer nivel de la red de atención para personas adultas con conductas adictivas sustancias psicoactivas, cuya modalidad de tratamiento priorizaba la recuperación comunitaria, e incluía la recuperación personal en los aspectos biológico, psicológico y social; con programas destinados a la atención de la salud, educación básica, desarrollo valorativo y desarrollo de habilidades sociales y laborales.

En el año 2011 a fin de dar respuesta a los cambios en el perfil epidemiológico de la población, se consideró necesaria su reformulación hacia el grupo de adolescentes y adultos jóvenes, reorientándose su programa funcional y su programa terapéutico para tal fin.

Actualmente es un *Centro Residencial de Tratamiento y Reinserción Social* para pacientes con consumo problemático de sustancias psicoactivas, en modalidad de comunidad terapéutica a puertas abiertas.

Cuenta con un equipo interdisciplinario conformado por psicólogos, enfermeros, psiquiatra, médico clínico, operadores, talleristas, nutricionista y trabajador social.

El proceso de admisión al Centro se realiza por medio de derivaciones de los hospitales de referencia, centros de atención primaria de salud, y otros sectores como el Poder Judicial, o el Ministerio de Desarrollo Social, y por solicitud espontánea del usuario.

Consiste en entrevistas realizadas dentro de la Institución, con parte del equipo terapéutico, evaluando la indicación de internación, según la Ley Nacional N° 26.657, la necesidad o no de desintoxicación previa en los hospitales de referencias, así como la voluntad de internación.

Según informantes claves de la institución el formato "puertas abiertas" de este centro requiere un trabajo concienzudo con el paciente para generar demanda de tratamiento durante el proceso de admisión, a fin de evitar abandonos precoces del tratamiento.

Esta modalidad de tratamiento está destinada a jóvenes varones de 14 a 30 años, con dependencia o abuso a sustancias psicoactivas, que presenten causas penales o bajo tutela judicial, cuyo patrón de uso compulsivo le impida sostenerse en las modalidades ambulatorias; en situación de crisis socio ambiental, o con fracasos anteriores en otras modalidades de tratamiento.

En su mayoría los usuarios internados presentan como modalidad de consumo principal la adicción a múltiples drogas (en la mayoría de los casos combina alcohol y otras sustancias) y al alcohol.

El Centro tiene una capacidad de internación de 36 plazas; debido a la lista de espera existente, está programada su ampliación en el próximo período a 50 plazas.

La oferta prestacional del Centro incluye:

- Atención psiquiátrica
- Atención de clínica médica
- Atención psicológica
- Interconsultas médicas y odontológicas con hospitales de referencia y policlínicas
- Grupos Terapéuticos y de Familia
- Talleres de: Educación Física, Huerta y Granja, Cocina, Teatro y Música
- Actividad recreativa y deportiva, en el Centro y con otras instituciones.
- Taller Cultural: relatos históricos y sociales.
- Talleres de oficios.
- Grupo de pre-alta.
- Grupo post-alta.
- Educación primaria y secundaria: a través del Ministerio de Educación.
- Reinserción social: en colaboración con Ministerio de Desarrollo Social

La estructura del Centro se encuentra en obras de ampliación, que posibilitarán ampliar la capacidad de internación y las actividades destinadas a la recuperación y reinserción social, con la construcción de 5 aulas taller y una galería para uso de los usuarios; y servicios de apoyo de lavandería y ropería.

Durante el año 2014 se internaron en el Centro 235 pacientes, de los cuales el 80% fueron adolescentes.

Derivación a Centros de Internación del Sector Privado

En relación a los pacientes que por sus características de personalidad, o falta de disponibilidad de plazas, no pudieron ser asistidos en los dispositivos existentes en el ámbito del SIPROSA, fueron derivados a efectores privados provinciales o existentes en otras provincias.

Dicha derivación se efectuó mediante la intervención del Servicio de Prevención y Asistencia de las Adicciones del Hospital Avellaneda, que realizó la evaluación integral correspondiente del caso y la recomendación terapéutica a seguir.

En caso de derivación a Comunidades Terapéuticas de otras provincias, la derivación se gestionó a través de la División Trabajo Social del SIPROSA, posterior a la evaluación e indicación del Servicio de Prevención y Asistencia de las Adicciones del Hospital Avellaneda; el costo del tratamiento estuvo a cargo del SIPROSA.

La implementación del Centro las Moritas, y su adecuación posterior, posibilitaron brindar respuesta a la asistencia de un grupo poblacional que por sus características y modalidad de consumo requieren de un tratamiento intensivo de rehabilitación.

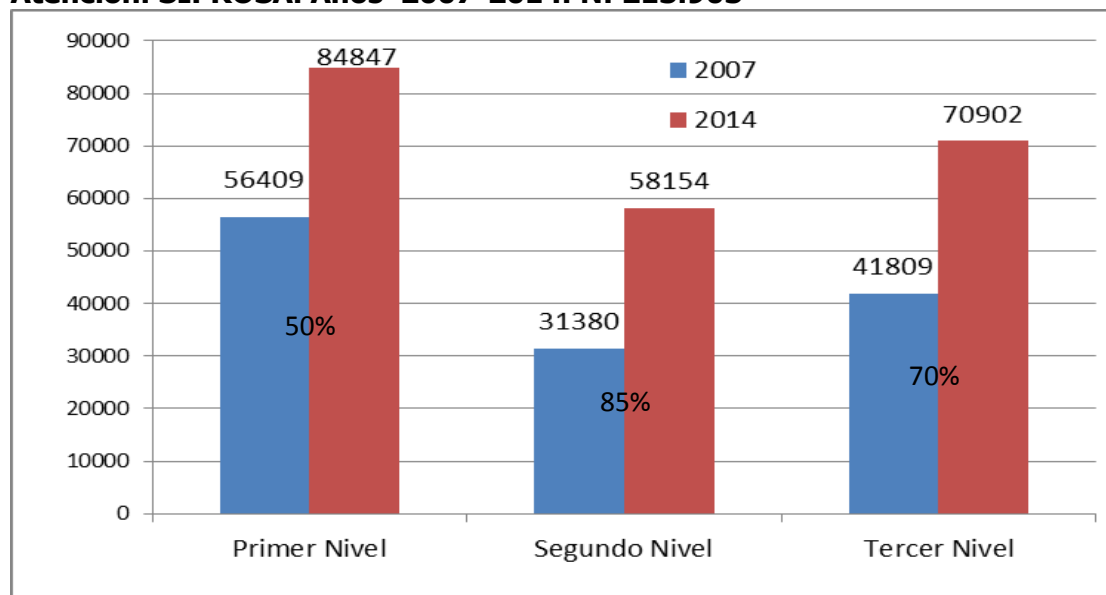
A continuación se sintetiza el desarrollo de servicios y dispositivos observado en los Tres Niveles de Atención, durante el período estudiado:

Cuadro 17. Tucumán. Dispositivos de salud mental y adicciones en distintos niveles de atención. Años 2007 y 2014. SIPROSA.

Dispositivos	2007	2014
CAPS/ Hospitales del interior con Atención psicológica	83	142
CAPS/ CICs/ Hospitales del interior con Atención psiquiátrica	-	15
Servicios de Salud Mental en Hospitales Generales	7	9
Guardia de SM e internación en crisis Hospitales Generales	-	2
Servicios de Desintoxicación	-	3
Convenio con ONG	-	3
Hospitales de día	-	3
Servicio Infantojuvenil, Internación y Rehabilitación	-	2
Centro de Rehabilitación Las Moritas	-	1
Atención a población privada de libertad	-	3
Total	90	183

Fuente: División de Salud Mental – SIPROSA

Grafico 23 .Tucumán. Prevalencia de consultas de salud mental según Nivel de Atención. SIPROSA. Años 2007-2014. N: 213.903

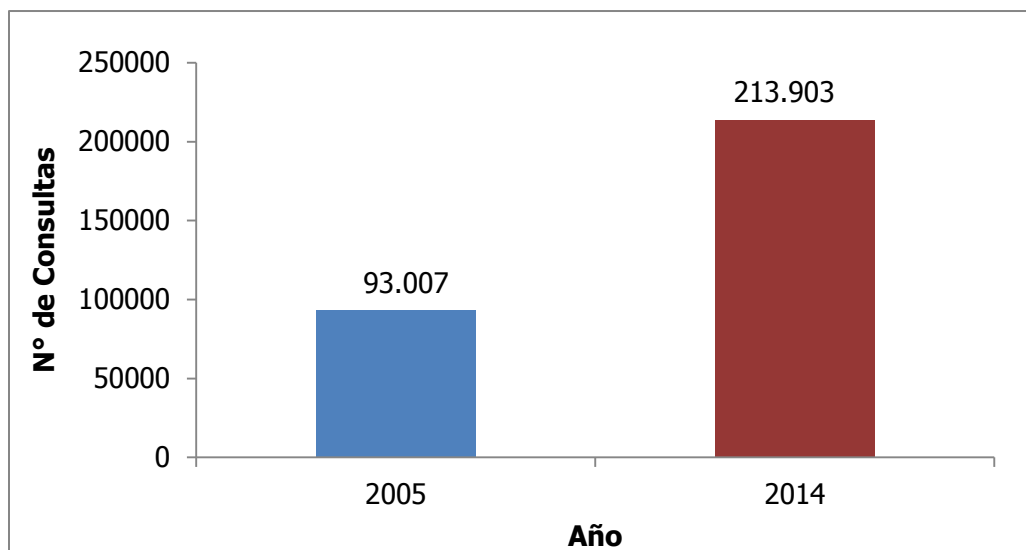


Fuente: Programa de Vigilancia Epidemiológica- División Salud Mental- SIPROSA

En el periodo 2007-2014 se incrementaron en un 50% las consultas asistidas en el Primer Nivel; en los servicios de salud mental y adicciones del Segundo Nivel hubo un incremento del 85% de consultas; mientras que en el Tercer Nivel de Atención las consultas se incrementaron en un 70 %.

Si se compara el total de consultas asistidas en el período 2005- 2014, el incremento fue del 130 %, según se describe en el siguiente gráfico:

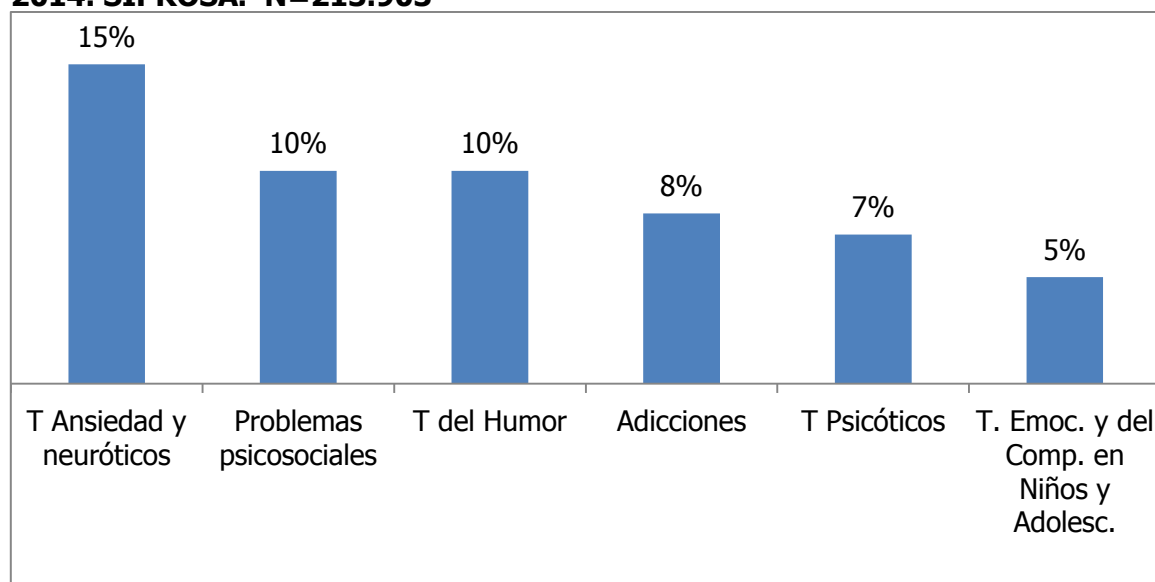
Gráfico 24. Tucumán. Prevalencia de consultas de salud mental. Año 2005-2014. SIPROSA.



Fuente: Programa de Vigilancia Epidemiológica- División Salud Mental- SIPROSA

En relación a los principales motivos de consulta asistidos en los Tres Niveles de Atención durante el año 2014, se detallan en el siguiente gráfico:

Grafico 25. Tucumán. Principales motivos de consulta de Salud Mental. Año 2014. SIPROSA. N=213.903



Fuente: Programa de Vigilancia Epidemiológica- División Salud Mental- SIPROSA

Los trastornos de ansiedad y neuróticos ocuparon el primer lugar, seguidos por las consultas por Problemas Psicosociales, y los Trastornos del Humor; en cuarto lugar se ubicaron las consultas por Trastornos Adictivos , seguidas por los Trastornos Psicóticos y los Trastornos de la Niñez y la Adolescencia

Los servicios desarrollados incrementaron la accesibilidad a las consultas de salud mental y adicciones en los tres Niveles de Atención; el incremento observado se correlaciona con la ampliación y diversificación de la oferta.

El proceso de adecuación realizado por los servicios mejoró la calidad de atención brindada, a través de equipos interdisciplinarios y practicas integrales.

La atención de los Trastornos Adictivos y los Trastornos de la Niñez y la Adolescencia se incorporaron entre los seis primeros motivos de consulta, evidenciando una mayor accesibilidad a las consultas de este grupo poblacional en todos los Niveles de Atención.

9. Adecuación de los Hospitales de Salud Mental

En este capítulo se describen los procesos de adecuación realizados en los Hospitales de Salud Mental Nuestra Sra. del Carmen y J. M Obarrio durante el período 2007-2014.

Se identifican las transformaciones producidas en el marco de la estrategia de desmanicomialización, los cambios observados en su oferta de atención y su evolución hacia la polivalencia.

9.1. Hospital de Salud Mental Nuestra Señora del Carmen

Es un efector del Tercer Nivel de atención destinado originariamente a la asistencia integral de mujeres adultas afectadas en su salud mental en modalidades ambulatorias, de internación y rehabilitación.

Según se observó en Resolución del SIPROSA, en el año 2007 el Hospital contaba con seis salas de internación, dos de ellas destinadas a la internación de pacientes en crisis, y las cuatro restantes destinadas a la internación de pacientes en modalidad de larga estadía o crónicas; estaban internadas en la institución 93 usuarias, tal como se detalla en el siguiente cuadro:

Cuadro 18. Tucumán. Salas según modalidad de atención y n° de pacientes. Hospital Nuestra Sra. del Carmen. Año 2007. SIPROSA.

Salas	Modalidad de atención	N° pacientes internadas
Admisión	Agudos	6
Sala I	Agudos	16
Sala II Planta Baja	Agudos	19
Sala III Planta Alta	Crónicas	19
Sala III	Crónicas	14
Sala IV	Crónicas	19
TOTAL	6	93

Fuente: Resolución N° 24 del SIPROSA- Año 2011

Complementaban la atención de las salas las actividades de los siguientes Servicios y áreas: Servicios Social, Servicio de Rehabilitación, Enfermería y Farmacia.

La oferta de atención ambulatoria del hospital en al año 2007 estaba orientada a ambos sexos, e incluía las siguientes prestaciones: atención psicoterapéutica individual y terapia familiar, atención psiquiátrica, atención de urgencias, laboratorio, odontología, neurología, nutrición y fonoaudiología.

Se observó durante el período 2007-2014, que el Hospital realizó importantes adecuaciones en su estructura, que incluyeron mejoras en la totalidad de su planta física, equipamiento de todas las áreas, y la incorporación de recursos humanos de diferentes especialidades.

En relación a las salas de internación, la adecuación llevada a cabo implicó la remodelación y arreglo de su planta física, cambio de mobiliario, equipamiento con aire acondicionado y calefacción, ampliación y cambio de sanitarios, ampliación y refuncionalización de áreas de recreación y comedor. También se remodelaron y equiparon offices y habitaciones de enfermería.

Se acondicionaron todos los consultorios externos con mayor confort en las salas de espera y con la compra de nuevos mobiliarios para los 18 consultorios que dispone la institución.

Se reacondicionó un ala del Hospital la cual fue destinada al Comité de Docencia, creándose una Salón de Capacitaciones y una nueva sede para las residencias.

La adecuación de planta física y equipamiento se realizó también en servicios de apoyo tales como: lavadero, cocina, y administración.

Se realizaron mejoras en la red de datos y equipamiento informático del hospital y los servicios, permitiendo instalar el registro informático de todas las prestaciones del hospital a través del Sistema Informático de Gestión Hospitalaria

En el marco de la **Estrategia de Desmanicomialización**, el Hospital implementó diferentes dispositivos y estrategias, tendientes a externar pacientes internadas de larga data, y prevenir las internaciones prolongadas de nuevos casos asistidos, que a continuación se detallan:

Hospital de Día:

Es un dispositivo que ofrece tratamiento intensivo e integrado, que promueve la inserción/reinserción del paciente, fortaleciendo las conductas para el auto valimiento.

El Hospital de día recibe usuarios de ambos sexos y tiene internación de jornada completa y media jornada; está indicado en pacientes que reúnen los siguientes criterios:

El enfoque es multidisciplinario y trabaja en la detección y resolución de los casos agudos. Previene las recaídas e incide sobre dinámica familiar y/o ambiental susceptible de desestabilizar a la persona, incorporando a la familia dentro del proceso terapéutico y favoreciendo la continuidad de los cuidados en el ambiente socio familiar y comunitario.

Canasta Prestacional:

- Psicoterapia Individual
- Psicoterapia Grupal
- Control psicofarmacológico
- Asamblea Grupal
- Psicoterapia Familiar
- Asamblea Familiar
- Musicoterapia
- Expresión corporal
- Terapia Ocupacional
- Fonoaudiología
- Teatro
- Arte terapia
- Talleres-Socio productivos
- Trabajo Social
- Inclusión Laboral
- Nutrición
- Clínica Medica
- Enfermería permanente
- Acompañantes Terapéuticos

Equipo de Casos Judiciales:

Se conformó con el objetivo de externar a las pacientes que compensadas en su patología psiquiátrica, permanecían en la institución por causas judiciales.

El equipo se integró con un médico psiquiatra, un psicólogo, un trabajador social y un abogado.

Realizó gestiones, a través de audiencias, reuniones y presentación de informes, en los juzgados correspondientes a fin de lograr la externación de las pacientes.

Proyecto Retorno a la Familia:

Dispositivo creado para externar a las pacientes con internaciones de larga data, y lograr su reinserción en su grupo familiar u hogar sustituto. El proyecto estuvo a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por psicóloga, trabajadora social y médicos psiquiatras.

El equipo brindó psicoeducación y orientación a las familias sobre la asistencia personal y tratamiento psicofarmacológico; acompañó procesos de integración, para evitar que conflictos propios de la convivencia durante el período de adaptación sean motivo de una nueva internación. Proveyó del tratamiento psicofarmacológico prescripto.

Sensibilizó a la red del Primer Nivel sobre la importancia de que las pacientes continúen su tratamiento de forma ambulatoria, y de su inclusión en su familia y comunidad.

Estableció contacto con las instituciones influyentes en áreas de residencia de pacientes externadas, a fin de formar la red local de contención en su comunidad.

Realiza seguimiento con intervenciones domiciliarias semanales, quincenales o mensuales de acuerdo a la etapa de la externación y a la demanda por parte de la familia.

Programa Ritmo y Salud:

Destinado a pacientes que realizan tratamiento ambulatorio en consultorios externos y los que fueron dados de alta de Hospital de Día; el programa también incorporó a usuarios de la red de salud mental que realizan tratamiento ambulatorio por consultorio externo, y a la comunidad. Brinda talleres de rehabilitación y recreación, expresión corporal y musicoterapia.

Equipo de Atención Domiciliaria Programada y de Urgencia:

Equipo interdisciplinario que realiza seguimiento domiciliario a usuarios del hospital y atenciones de urgencia; articula acciones con la Dirección de Emergencias de la Provincia, para la atención territorial de casos de atención en crisis que requieren internación.

Provisión de Tratamiento Psicofarmacológico:

A usuarias externadas y asistidos por consulta ambulatoria, con patologías severas sin protección social; 1536 pacientes con cobertura de tratamiento mensual.

Atención Vespertina:

Se extendió la atención a horario vespertino de 07 a 19 horas, en los servicios de consultorio externo, farmacia y admisión de pacientes.

Provisión de Asistencia Psiquiátrica a otras Instituciones:

- Primer Nivel de Atención: en Hospitales del interior de las localidades de San Pablo, Lules y Famaillá; y en las Policlínicas de Manantial y Alderete.
- Instituto de Maternidad y Ginecología Nuestra Sra. de las Mercedes.
- Hogares e Institutos de Menores dependientes del Ministerio de Desarrollo Social: Hogar María Goretti e Institutos Manuel Belgrano y Roca.

Fortalecimiento del Servicio Social:

A través de la asignación de una nueva planta física y equipamiento, y la incorporación de nuevos profesionales.

En esta etapa se priorizó la gestión de la protección social de las usuarias: gestión de DNI, a pacientes sin documentación, tramitación de Certificación de Discapacidad, Pensiones y Jubilaciones; funcionó articulado a los diferentes dispositivos institucionales que llevan a cabo la externaciones.

Fortalecimiento del Servicio de Rehabilitación:

Se amplió y remodeló la planta física del Servicio, mejorándose su equipamiento, mobiliario, y ampliándose su staff profesional, lo que posibilitó la ampliación de sus prestaciones y actividades para usuarias internadas y ambulatorias del hospital.

Durante el período 2012-2014 la Dirección reformuló el organigrama del Hospital, creó nuevos Áreas y Servicios, a fin de profundizar la adecuación a la estrategia de desmanicomialización, institucionalizar los cambios realizados, y responder a las demandas de atención de otros grupos poblacionales:

Departamento de Inclusión Social:

Destinado a incrementar la externación e inclusión social de usuarias a través de nuevas secciones como la Unidad Habitacional y de Capacitación Socio laboral; coordinará y monitoreará los dispositivos de externación tales como Casas de Convivencias a implementarse.

En el año 2014 la Dirección del Hospital gestionó los recursos necesarios para la puesta en funcionamiento de la primera casa de convivencia a cargo del hospital, que se destinará a 8 usuarias y se pondrá en funcionamiento en el año 2015.

Ampliación del Servicio de Emergencias:

Se reubicó la antigua guardia hospitalaria, jerarquizándola con una nueva planta física, con 8 camas de observación, 6 para adultos y 4 destinadas a población infantojuvenil, con 2 equipos terapéuticos interdisciplinarios, y médicos de guardia y enfermería las 24 horas. Funciona articulada a la Red de Emergencias, y al 1º y 2º Nivel de Atención.

Servicio de Desintoxicación y Deshabitación:

Realiza la desintoxicación y/o la deshabitación completa, parcial o selectiva de sustancias psicoactivas de abusos, a usuarias a partir de los 14 años cuyas características no permiten una desintoxicación ambulatoria, efectuando intervenciones terapéuticas que requieren un entorno de vigilancia médica y preparar a la paciente para garantizar la continuidad del proceso.

Realiza la atención en casos de intoxicación leve a pacientes con patología dual, pacientes con causa judicial, privados o no de libertad, síndrome de abstinencia leve.

Canasta Prestacional:

- Evaluación: clínica, psiquiátrica y psicológica de las pacientes internadas a través de entrevistas individuales
- Desintoxicación
- Tratamiento: de los síntomas clínicos o psiquiátricos que presentan las pacientes durante el proceso de desintoxicación y abstinencia
- Terapias grupales y Familiares: para comenzar con el proceso de tratamiento de las patologías adictivas y la motivación de la adicta a querer un cambio en su vida sin necesidad de depender de una droga
- Talleres ocupacionales: a través de actividades como musicoterapias, trabajos manuales, teatro, tareas recreativas, terapias de confrontación
- Talleres de orientación a las familias

Servicio de Salud Mental Infanto-juvenil:

Destinado a la asistencia de población infantojuvenil entre los 8 a 18 años; en modalidad ambulatoria, internación en crisis y rehabilitación.

Canasta Prestacional:

- Psicoterapia Individual
- Psicoterapia Grupal
- Psicoterapia Familiar
- Terapias Ocupacionales
- Musicoterapia
- Expresión corporal
- Teatro y danza
- Talleres de Arte
- Fonoaudiología
- Psiquiatría
- Psicofarmacología
- Atención en crisis e internación abreviada

Incorporación de Especialidades:

- Endocrinología
- Clínica Médica
- Musicoterapia
- Terapia Ocupacional
- Arte Terapia
- Expresión corporal
- Kinesiología
- Asesoría Letrada
- Acompañamiento Terapéutico

A continuación se sintetizan los cambios realizados en el Hospital Nuestra Sra. del Carmen en su adecuación a la estrategia de desmanicomialización:

Cuadro 19. Tucumán. Dispositivos y Estrategias de externación. Hospital Ntra. Sra. del Carmen. SIPROSA.

Hospital de Día Equipo de Casos Judiciales Proyecto Retorno a la Familia Programa Ritmo y Salud Provisión de Tratamiento Psicofarmacológico Equipo de Atención Domiciliaria Fortalecimiento del Servicio Social Fortalecimiento del Servicio de Rehabilitación Departamento de Inclusión Social

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Hosp. Ntra. Sra. del Carmen

Durante el período se externaron 60 usuarias internadas de larga data, a través del Proyecto Retorno a la Familia; actualmente las usuarias son asistidas mediante seguimiento ambulatorio o domiciliario según necesidad; se les provee el tratamiento psicofarmacológico, y algunas de ellas se integran a los dispositivos de rehabilitación del Hospital de Día o el Programa Ritmo y Salud.

Progresivamente el seguimiento domiciliario se transfiere a la Red de Atención Primaria, en localidades que cuentan con recurso de salud mental; cuando no es posible el seguimiento se realiza a través de equipos móviles o controles ambulatorios.

Se observó que el Hospital a fin de responder al cambio del perfil epidemiológico de la población que demanda atención, amplió la franja etárea de atención incorporando el grupo de niños y adolescentes de ambos sexos, reformuló y creó nuevos los servicios que a continuación se sintetizan en el siguiente cuadro:

Cuadro 20. Tucumán. Servicios implementados. Hospital Ntra. Sra. del Carmen. Años 2007- 2014. SIPROSA

Servicio de Emergencias Interdisciplinario Servicio de Desintoxicación y Deshabitación Servicio Infantojuvenil Provisión de Asistencia Psiquiátrica a otras instituciones
--

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Hosp. Ntra. Sra. del Carmen

A fin de adecuarse a las normativas vigentes , el Hospital incorporó nuevas especialidades que se describen en el siguiente cuadro:

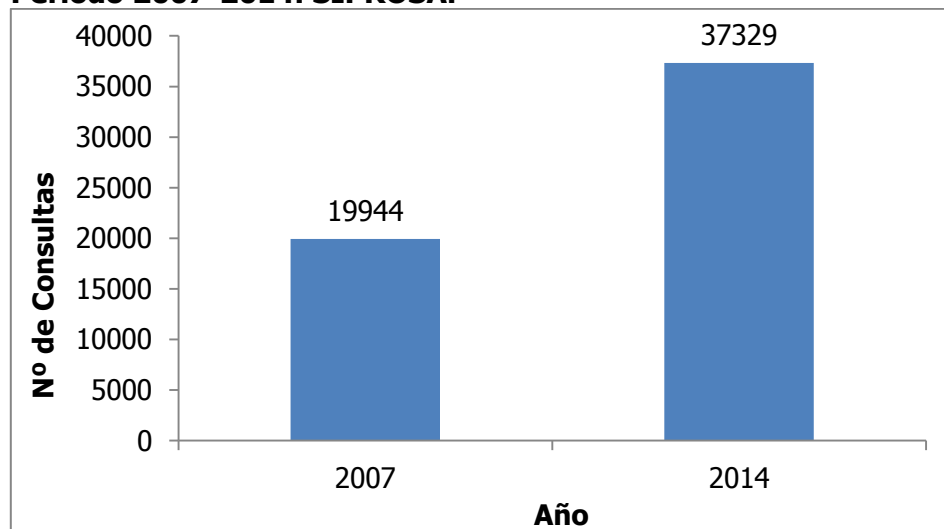
Cuadro 21. Tucumán. Especialidades incorporadas. Hospital Ntra. Sra. del Carmen. Años 2007- 2014.

Endocrinología
Clínica Médica
Musicoterapia
Terapia Ocupacional
Arte Terapia
Expresión corporal
Kinesiología
Asesoría Letrada
Acompañamiento Terapéutico

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Hosp. Ntra. Sra. del Carmen

Durante el período estudiado las prestaciones ambulatorias de todos los dispositivos del Hospital Ntra. Sra. del Carmen se incrementó, tal como se detalla en el siguiente gráfico:

Grafico 26. Tucumán. Total de Consultas - Hospital Ntra. Sra. del Carmen - Período 2007-2014. SIPROSA.



Fuente: Programa de Vigilancia Epidemiológica -División Salud Mental-SIPROSA

Se observó un incremento del 87 % de las prestaciones ambulatorias del hospital en el período 2007-2014.

Durante el período estudiado el Hospital Ntra. Sra. del Carmen realizó progresos en la implementación de la estrategia de desmanicomialización; avanzó en la externación usuarias y amplió y diversificó su oferta de servicios.

9.2 Hospital J.M. Obarrio

Es un efector del Tercer Nivel de Atención destinado a la asistencia integral de usuarios varones adultos con trastornos severos, en modalidad de atención de urgencias, internación y rehabilitación.

La modalidad de atención por consulta externa está destinada a usuarios de ambos sexos.

Según se observó en documentos institucionales, en el año 2007 el Hospital contaba con cinco Servicios de Internación, dos de ellos destinados a la internación de pacientes agudos, y los tres restantes destinados a la internación de pacientes en modalidad de larga estadía o crónicos; en ese año estaban internados en la institución 120 usuarios; complementaban la atención de las salas las actividades de los siguientes Servicios y áreas: Servicios Social, Servicio de Rehabilitación, Enfermería, Farmacia y Laboratorio.

La oferta de atención ambulatoria del hospital en el año 2007 incluía las siguientes prestaciones: atención psicoterapéutica individual y grupal, atención psiquiátrica, atención de urgencias, laboratorio, odontología, orientada a ambos sexos.

Se observó que durante el período 2007-2014, el Hospital realizó importantes adecuaciones en su estructura que incluyeron mejoras en su planta física, equipamiento de todas las áreas, y la incorporación de recursos humanos de diferentes especialidades.

En relación a los Servicios de internación, la adecuación llevada a cabo implicó la remodelación completa de 4 servicios, y arreglo de la planta física de 2 Servicios, que incluyeron cambio de mobiliario, equipamiento con aire acondicionado y calefacción, ampliación y cambio de sanitarios, ampliación y refuncionalización de áreas de recreación y comedor. También se remodelaron y equiparon offices y habitaciones de enfermería.

Se acondicionaron todos los consultorios externos con mayor confort en las salas de espera y con la compra de nuevos mobiliarios para los 11 consultorios de la institución.

Se reacondicionó un sector del Hospital en el cual se creó un Salón de Capacitaciones y un salón de usos múltiples.

Se remodeló la sede de las Residencias, y se reubicó en un nuevo sector el Comité de Docencia.

La adecuación de planta física y equipamiento se realizó también en servicios de apoyo tales como: lavadero, cocina, y administración.

Se realizaron mejoras en la red de datos y equipamiento informático del hospital y los servicios, permitiendo instalar el registro informático de todas las prestaciones del hospital a través del Sistema Informático del SIPROSA.

Durante el período estudiado el Hospital incorporó dos móviles a fin de garantizar el traslado de usuarios y de equipos profesionales al interior de la provincia.

A fin de mejorar el acceso a la Institución se pavimentó la calle de ingreso al Hospital.

A fin de promover la integración del hospital a la comunidad, el hospital autorizó el uso de sus espacios verdes para la realización de actividades deportivas y de recreación a vecinos de la zona.

Así mismo cedió parte de su predio para la instalación de un complejo deportivo de la Asociación de Trabajadores de la Sanidad.

En el marco de la **Estrategia de Desmanicomialización**, el Hospital implementó diferentes dispositivos y estrategias, tendientes a externar pacientes internados de larga data, y prevenir las internaciones prolongadas, que a continuación se detallan:

Hospital de día:

Es un dispositivo que ofrece tratamiento intensivo e integrado, que promueve la inserción/reinserción del paciente, fortaleciendo las conductas para el auto valimiento.

El enfoque es multidisciplinario y trabaja en la detección y resolución de los casos agudos. Previene las recaídas e incide sobre dinámica familiar y/o ambiental susceptible de desestabilizar a la persona, incorporando a la familia dentro del proceso terapéutico y favoreciendo la continuidad de los cuidados en el ambiente socio familiar y comunitario.

El Hospital de día recibe usuarios de ambos sexos y tiene internación de jornada completa y media jornada; está indicado en pacientes que reúnen los siguientes criterios:

- Pacientes que no revistan peligrosidad para sí o terceros con diagnósticos de neurosis graves, cuadros depresivos, trastornos de la personalidad, psicosis compensadas.

- Pacientes externados de internación psiquiátrica compensados.

- Pacientes que fueron externados de la internación psiquiátrica que no cuenten con la contención familiar o social necesarias para mantener y consolidar su compensación.

Proyectos de Reinserción Sociolaboral:

Mesa de Integración Laboral para personas con discapacidad (Proyecto MIL): es un proyecto en el que empresarios y organizaciones civiles buscan allanar el camino hacia la integración laboral.

Surgió en el marco de la Mesa Responsabilidad Social Empresaria y la Inclusión Laboral de la Persona con Discapacidad. Esta iniciativa fue organizada por la Dirección de Discapacidad del Ministerio de Desarrollo Social, y la Federación Económica de Tucumán; está conformada por organizaciones del sector público y privado.

Se incorporaron hasta el momento del relevamiento cinco usuarios del hospital.

Convenio con Gasnor: con el propósito de integrar laboralmente a usuarios con discapacidad mental, se han integrado hasta la fecha del relevamiento cuatro usuarios del hospital.

Provisión de Tratamiento Psicofarmacológico:

Desde el Hospital se provee de medicación psiquiátrica gratuita para 400 usuarios sin protección social, entre los cuales hay pacientes ambulatorios e internos del penal de Villa Urquiza.

Equipo Móvil de Seguimiento Domiciliario:

A usuarios externados del interior de la Provincia a través de equipo interdisciplinario móvil.

Refuncionalización de Servicios de larga y mediana estadía:

Adecuándolos a la Ley de Salud Mental, reorientándolos a la desinstitucionalización, a través del trabajo en rehabilitación, promoviendo la externación de casos con larga estadía a través de la reinserción social y familiar.

Se transformaron las habitaciones de contención en habitaciones de cuidados especiales, adecuando su planta física y protocolizando su funcionamiento para casos que requieren de contención física, en resguardo de la integridad del usuario y conservación de su dignidad.

Estrategias de externación en articulación con el 1° Nivel de Atención:

Implementadas con los CAPS del área donde se domicilian los usuarios, y con el Ministerio de Desarrollo Social, a fin de crear redes locales de contención a usuarios externados. Complementadas con visitas domiciliarias del equipo móvil.

Articulación con el Poder Judicial:

Considerando el importante porcentaje de usuarios internados con causas judiciales la asesoría letrada del Hospital implementa las siguientes estrategias a fin de agilizar las externaciones, con los Juzgados Civiles y Penales: cambio de fuero, recuperación de vivienda en casos de sucesiones y ocupaciones ilegales, tramitación de curador etc

A fin de dar respuesta a usuarios del interior de la Provincia y del Sistema Penal, el Hospital puso en funcionamiento los siguientes dispositivos:

Centro Socio Comunitario de Salud Mental del Municipio de Monteros:

Es un dispositivo integrado por un equipo interdisciplinario con sede en el Centro Integrador Comunitario del Municipio de Monteros; implementa acciones de promoción de la salud mental y prevención de los padecimientos mentales.

Presta servicio de atención ambulatoria, detección precoz de nuevos casos y el tratamiento de los casos existentes como así también la derivación de los casos que merecen una intervención de mayor complejidad.

El equipo está integrado por psicólogos, psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales y residentes de las residencias de Psiquiatría y Psicología del Hospital. Trabaja coordinadamente con el personal del primer nivel de atención CAPS, CIC y organizaciones de la comunidad a quienes capacita en forma continua.

Implementa acciones de atención domiciliaria para el control, evaluación y seguimiento de casos externados, como así también la detección de nuevos casos; brinda servicio de gestión y asesoramiento social. Gestiona y asegura una provisión continua de tratamiento psicofarmacológico para los pacientes de la zona.

Atención en el Hospital de Leales:

Un equipo conformado por psicólogos y psiquiatra brinda asistencia integral en el Hospital del Departamento de Leales, en articulación con la red de efectores del primer nivel de atención y las instituciones de la comunidad.

Asistencia en Contextos de Encierro:

El hospital brinda asistencia a internos del sistema penitenciario, proveyendo de asistencia psiquiátrica a problemas de consumo de sustancias como de cualquier cuadro psiquiátrico; derivando según necesidad a internación en el Hospital casos que requieren de una intervención más compleja.

A fin de dar respuesta al incremento de consultas de urgencia por cuadros de intoxicación o abstinencia por sustancias psicoactivas, el hospital realizó adecuaciones que incluyeron la creación de nuevos servicios y dispositivos que se detallan a continuación:

Servicio de Admisión:

Destinado a pacientes de sexo masculino desde los 14 años que sufren descompensaciones agudas por causas de trastornos mentales y/o consumo de sustancias, con riesgos para sí o para terceros, y que por la gravedad del cuadro y/o por la imposibilidad del entorno familiar no pueden ser contenidos en el domicilio, requiriendo contención institucional para su seguridad y tratamiento.

La atención será con acompañamiento de un familiar continente y su duración será de 48 horas en observación y hasta 30 días. En caso de requerir un tiempo mayor de internación, el mismo no deberá exceder los quince días de prórroga lo que requerirá de la correspondiente fundamentación del equipo tratante.

En caso de compromiso o descompensación clínica, se procederá a su derivación al centro asistencial correspondiente.

Canasta Prestacional:

- Evaluación Psiquiátrica- Psicológica – Nutricional -Socioambiental
- Tratamiento psicofarmacológico
- Tratamiento psicoterapéutico
- Seguimiento evolutivo integral de pacientes
- Asambleas de pacientes
- Trabajo con las Familias
- Talleres
- Laboratorio bioquímico
- Servicio de enfermería las 24hs.
- Guardia médica y psicológica activa las 24hs

Centro de Desintoxicación Hospitalaria:

Ante el crecimiento sostenido de la demanda de usuarios con problemática de adicciones el Hospital realizó adecuaciones para responder a ese perfil de usuarios.

El Centro funciona conjuntamente y bajo un lineamiento unificado dentro de los 3 servicios de Agudos y la guardia del Hospital, incrementando así la capacidad de respuesta y la calidad de la misma.

Se dispuso de unas 18 camas iniciales que se incrementaron a 27 hasta el año 2014.

Reformulación de la Guardia:

Se remodeló su planta física y se incorporó equipamiento; se incrementó su capacidad de internación de 2 a 4 camas; se amplió la sala de observación. Se incorporó un equipo interdisciplinario y se protocolizó la atención.

Incremento de capacidad de atención ambulatoria:

Tanto en el Hospital central, como en Hospital de día, Centro Socio Comunitario de Monteros y en el Hospital de Leales.

Fortalecimiento del Servicio Salud Mental Infanto juvenil:

A través de la incorporación de profesionales, la ampliación de su horario de atención y la canasta prestacional. Brinda atención ambulatoria a niños y adolescentes de 3 a 15 años.

Oferta prestacional:

- Evaluación Psicológica
- Evaluación Clínica Interdisciplinaria
- Psicoterapia Familiar
- Tratamiento psicofarmacológico
- Abordaje Social
- Talleres Lúdicos
- Terapia Ocupacional
- Abordaje Psicopedagógico
- Psicoterapia: Clínica psicoanalítica y cognitivo conductual
- Musicoterapia

Incorporación de Especialidades:

- Clínica medica
- Neurología
- Musicoterapia
- Terapia Ocupacional
- Psicopedagogía
- Fonoaudiología
- Asesoraría Letrada

Durante el período estudiado se externaron 45 usuarios internados de larga data; actualmente los usuarios son asistidos mediante seguimiento ambulatorio o domiciliario según necesidad; se les provee el tratamiento psicofarmacológico, y algunos se integran a los dispositivos de rehabilitación del Hospital de Día, o a los Proyectos de Reinserción Laboral. Progresivamente el seguimiento domiciliario se transfiere a la Red de Atención Primaria, en localidades que cuentan con recurso de salud mental.

A continuación se sintetizan los cambios realizados en el Hospital J. M Obarrio en su adecuación a la estrategia de desmanicomialización:

Cuadro 22. Tucumán. Dispositivos y Estrategias de externación. Hospital J. M Obarrio. SIPROSA

Hospital de Día
Proyectos de Reinserción Socio Laboral
Provisión de Tratamiento Psicofarmacológico
Equipo Móvil de Seguimiento domiciliario
Adecuación de Servicios de Larga estadía
Articulación con Red de Atención Primaria
Articulación con el Poder Judicial

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Hosp. Obarrio.

Se observó que el Hospital a fin de responder al cambio del perfil epidemiológico de la población que demanda atención, reformuló y creó nuevos los servicios, e incorporó nuevas especialidades:

Cuadro 23. Tucumán. Servicios implementados. Hospital J. M Obarrio. Años 2007- 2014

Centro Socio Comunitario de Monteros
Atención en Hospital de Leales
Asistencia en Contextos de Encierro
Servicio de Admisión
Centro de Desintoxicación Hospitalaria
Reformulación de Guardia
Fortalecimiento del Servicio Infantil
Incorporación de Especialidades

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Hosp. Obarrio.

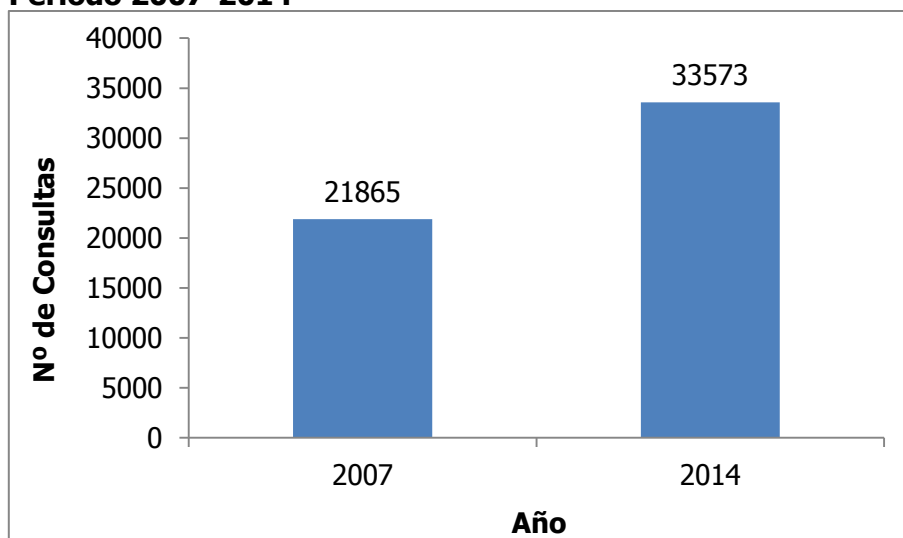
Cuadro 24. Tucumán. Especialidades incorporadas. Hospital J. M. Obarrio. Periodo 2007- 2014.

Clínica medica
Neurología
Musicoterapia
Terapia Ocupacional
Psicopedagogía
Fonoaudiología
Asesoraría Letrada

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Hosp. Obarrio.

Durante el período estudiado las consultas ambulatorias de todos los dispositivos del Hospital J. M Obarrio se incrementaron, tal como se detalla en el siguiente gráfico:

Gráfico 27. Tucumán. Total de Consultas. Hospital Obarrio. Período 2007-2014



Fuente: Prog. Vigilancia Epidemiológica-División Salud Mental. SIPROSA

Se observó un incremento del 54% de las consultas ambulatorias asistidas en los dispositivos del Hospital, durante el periodo 2007-2014.

Durante el período estudiado el Hospital J.M Obarrio realizó progresos en la implementación de la estrategia de desmanicomialización; diversificó y amplió su oferta de servicios a fin de dar respuesta a la problemática de las adicciones y otros grupos poblacionales.

Avanzó en la externación usuarios, y en la implementación de dispositivos de rehabilitación e inclusión social.

Implementó estrategias que favorecieron la continuidad de cuidados y su vinculación con la red de atención primaria.

***10. Dispositivos alternativos a la internación
psiquiátrica***

En este capítulo se evalúa el grado de desarrollo de los dispositivos alternativos a la internación psiquiátrica implementados en los hospitales de salud mental.

Para su evaluación se consideraron las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en materia de organización de servicios y redes de atención, y parámetros establecidos por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, que a continuación se sintetizan:

Según la Organización Mundial de la Salud los servicios de salud mental son los medios a través de los cuales se suministran las prestaciones e intervenciones de salud mental. La manera en que se organizan los servicios tiene consecuencias importantes en sus resultados, e influye en el cumplimiento de los objetivos de una política de salud mental¹³.

La organización de los servicios de salud mental debe considerar: la evidencia científica en relación a las intervenciones de salud mental, el reconocimiento de las necesidades de las personas que padecen trastornos mentales; las formas en que las comunidades y los pacientes acceden a los servicios, y otras cuestiones estructurales importantes como la necesidad de cooperación entre los servicios y la colaboración intersectorial.

La forma de organización y prestación de servicios, está en estrecha vinculación con el contexto social, cultural, político y económico de un país.

Si bien no hay un modelo único para organizar los servicios, los resultados de las investigaciones y la experiencia en países de diferentes regiones del mundo apuntan a algunos de los componentes claves de modelos de prestación de servicios que obtienen resultados de mejor calidad:

- Abordaje de los trastornos mentales en la atención primaria.
- Servicios de salud mental en hospitales generales.
- Dispositivos comunitarios formales e informales.
- Desmanicomialización en etapas.
- Implementación de servicios especializados.
- Organización de los servicios considerando las necesidades de los usuarios, más allá de las intervenciones médicas y terapéuticas.
- Crear un sistema integrado de prestación de servicios.
- La organización de servicios debe basarse en principios de accesibilidad, atención coordinada, continuidad de cuidados, eficacia, equidad y respeto de derechos humanos.
- Reducir la disparidad de servicios entre los entornos rurales y urbanos.

La ley Nacional de Salud Mental¹⁴ es un marco de referencia para que las provincias adecuen sus normativas y sus prácticas, y realicen reformas en sus sistemas de atención, que deberán estar centrados en el tratamiento en hospitales generales y dispositivos comunitarios.

Considera que el tratamiento debe realizarse en el ámbito comunitario, y la internación ser la última opción terapéutica; para lo cual es necesario el desarrollo de dispositivos comunitarios alternativos a la internación y el trabajo intersectorial.

¹³ Organización Mundial de la Salud: "Organización de Servicios de Salud Mental". EDIMSA. 2006

¹⁴ Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. 2010. Argentina

Se observó en el período estudiado, que los Hospitales Nuestra Sra. del Carmen y J. M. Obarrio desarrollaron un proceso de adecuación, orientado hacia la estrategia de desmanicomialización, a brindar respuesta a las nuevas demandas de atención, y a su transformación paulatina en hospitales polivalentes.

La desmanicomialización de usuarios con internaciones de larga estadía se abordó a través de la implementación de diferentes dispositivos comunitarios:

- Programas y estrategias de externación.
- Equipos de atención domiciliaria
- Equipos de casos judiciales.
- Provisión de tratamiento psicofarmacológico a usuarios sin protección social
- Hospital de día.
- Servicios y actividades de rehabilitación.
- Reinserción laboral.
- Articulación con el primer nivel de atención

La atención en estos dispositivos se implementó a través de equipos interdisciplinarios, lo que favoreció la integralidad de los abordajes; incorporaron el enfoque de derechos en sus prácticas; por lo que tuvieron una alta aceptabilidad de usuarios y familiares.

Los Hospitales de Día implementados tienen accesibilidad geográfica, de horarios de atención, y se organizaron respetando características culturales locales de usuarios y familiares; la asistencia en todas sus prestaciones es sin costo para usuarios sin protección social.

Los Servicios de Rehabilitación Hospitalarios se reorganizaron en su funcionamiento, y se fortalecieron en su estructura de planta física y recursos humanos, incorporando profesionales de diferentes disciplinas; en el periodo 2012 - 2014 se observó un incremento de las consultas asistidas del 298%.

Ambos Hospitales articularon acciones con la Red de Salud Mental del Primer Nivel de Atención, para el seguimiento y contención local de usuarios externados, y/ o asistidos ambulatoriamente, a fin de garantizar la continuidad de la atención.

En relación a los resultados obtenidos el período estudiado, el Hospital Nuestra Sra. del Carmen externó 60 usuarias, reinsertándolas en sus grupos familiares u hogares sustitutos; actualmente las usuarias son asistidas domiciliarmente o a través de la consulta externa, se garantiza su tratamiento psicofarmacológico, y la asistencia en situaciones de crisis. Es auspicioso que el Hospital esté próximo a inaugurar la primera casa de convivencia en el período 2015.

En relación a los resultados obtenidos en el Hospital J. M Obarrio, se han externado 45 usuarios, que son asistidos ambulatoriamente, o en su domicilio los que viven en el interior de la provincia, se les provee tratamiento psicofarmacológico y asistencia en situaciones de crisis.

Los proyectos de reinserción sociolaboral implementados desde el Hospital Obarrio representan un paso importante hacia la inclusión social con dignidad y la concreción del derecho al trabajo.

Ambos hospitales realizaron sus procesos de externación garantizando la continuidad de cuidados a través de la provisión de seguimiento asistencial y tratamientos psicofarmacológico.

Ambos hospitales realizaron adecuaciones para responder al cambio en el perfil epidemiológico de la población:

Se reformularon los servicios para la atención de urgencias y crisis, adecuando su estructura y procedimientos a las normativas vigentes, incorporaron equipos interdisciplinarios para la atención, según lo previsto en la Ley Nacional de Salud Mental.

Se implementaron nuevos servicios de internación abreviada y atención ambulatoria para adicciones, y problemáticas infantojuveniles severas, cuyos programas funcionales se enmarcan en los lineamientos normativos vigentes.

Han incorporado otras especialidades tales como Clínica Médica, Endocrinología, Kinesiología, Nutrición, Neurología, Odontología, Fonoaudiología y Psicopedagogía; y ampliaron la oferta prestacional y la dotación de recursos humanos de los servicios de laboratorio y farmacia.

Estas prestaciones y servicios fueron orientados tanto a la población de usuarios internados, como a la comunidad por consulta externa, y apuntan a la transformación de los hospitales de salud mental en hospitales generales.

En el período estudiado se observó un incremento del 70 % de las consultas ambulatorias asistidas en ambos hospitales.

En relación a la incorporación de recursos humanos se observó un incremento significativo del número de enfermeros, médicos psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales, así como la incorporación de profesionales y trabajadores de otras disciplinas tales como: terapeutas ocupacionales, musicoterapeutas, talleristas, profesores de arte, abogados, operadores terapéuticos y celadores.

La adecuación de planta física de los hospitales significó una mejora sustantiva en la calidad de atención y garantía DDHH de usuarios internados.

La incorporación de equipos interdisciplinarios en los dispositivos asistenciales y de rehabilitación creados garantizó la integralidad de la atención, y su adecuación a lo requerido por la Ley Nacional N° 26657.

Los dispositivos y servicios implementados garantizan la accesibilidad y disponibilidad a los usuarios asistidos.

Las adecuaciones realizadas representan avances hacia la concreción de la estrategia de desmanicomialización y la implementación del modelo comunitario de salud mental planteada en el Plan Salud al Bicentenario.

Sin embargo se observa que los dispositivos implementados resultan insuficientes para responder a las necesidades de aquellos usuarios internados que, por su situación de alta vulnerabilidad familiar y social, o por causa judicial, requieren para su externación de dispositivos comunitarios tales como residencias, residencias supervisadas y hogares protegidos.

En el período estudiado, se observó la programación de dispositivos comunitarios residenciales a implementarse en período 2015.

11. Atención Primaria

En este capítulo se evalúan las acciones implementadas en el Primer Nivel de Atención en relación a las dimensiones de accesibilidad y continuidad de cuidados.

Para su evaluación se consideran las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y parámetros establecidos por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, que a continuación se sintetizan:

Toda persona que lo precise debería tener acceso a los servicios de salud mental, este principio clave, identificado por la Organización Mundial de la Salud¹⁵, requiere que los servicios de salud mental sean accesibles, geográficamente disponibles y de una calidad adecuada.

La dimensión de accesibilidad hace referencia a la posibilidad de que un usuario obtenga los servicios que necesita, en el momento y lugar que necesita, en suficiente cantidad y a un costo razonable; y también hace referencia a la necesidad de accesibilidad cultural de los servicios.

La dimensión de continuidad se refiere a la atención del usuario como un todo, en un sistema de atención jerarquizado e integrado, que posibilite una atención continua y coordinada para que su plan de cuidados progrese sin interrupciones.

El Decreto Reglamentario¹⁶ de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, en su artículo 9 plantea que la Autoridad de Aplicación promueva políticas públicas en materia asistencial que respeten los siguientes principios:

- Cercanía de la atención al lugar donde viven las personas.
- Garantía de continuidad de la atención en servicios adecuados y que sean de preferencia de la persona.
- Articulación permanente en el caso de intervención de distintos servicios sobre una misma persona o grupo familiar, disponiendo cuando fuere necesario de un área de coordinación, integrando al equipo de atención primaria de la salud que corresponda.
- Reconocimiento de las distintas identidades étnicas, culturales, religiosas y de género, sexuales y otras identidades colectivas.
- Participación de otras personas usuarias, familiares y otros recursos existentes en la comunidad para la integración efectiva.

Se observó en el período estudiado un desarrollo progresivo de la atención de salud mental en Atención Primaria, que incrementó la accesibilidad a la atención tanto en Centros de Atención Primaria de la capital como del interior de la Provincia; la disponibilidad de efectores con atención psicológica se incrementó de un 20 % a un 40% en el período 2007-2014.

Este incremento permitió el acceso a tratamiento de usuarios de diferentes grupos etáreos, con problemáticas psicosociales y /o trastornos mentales; en modalidades de atención programada, como en situaciones de crisis, y la articulación con el 2° y 3° Nivel de Atención; observándose un incremento del 50 % de las consultas asistidas en el período 2007-2014.

La oferta de atención incluyó la incorporación de los profesionales psicólogos y trabajadores sociales formados en el Programa de Salud Social y Comunitaria, y egresados de la Residencia de Psicología Clínica, por lo que el recurso humano disponible reúne las competencias necesarias para su desempeño en ese nivel.

¹⁵ Organización Mundial de la Salud: "Mejora de la Calidad de la Salud Mental". EDIMSA. 2006. Cap 2

¹⁶ Decreto Reglamentario N° 603/2013. Ley Nacional de Salud Mental. Art. 9°

La inclusión de la atención psiquiátrica y la provisión de tratamientos psicofarmacológicos desde el 1º Nivel de Atención posibilitaron un avance en el acceso y continuidad de la atención de usuarios afectados por los trastornos mentales severos, y el seguimiento de usuarios externados en coordinación con los Hospitales de Salud Mental.

Se desarrollaron acciones de articulación de redes sociosanitarias a nivel local, tendientes a mejorar la continuidad de cuidados.

En relación al tipo de prácticas realizadas, se incrementaron las actividades de promoción de salud mental, y de prevención inespecífica orientada a grupos vulnerables.

La puesta en funcionamiento de Equipos Territoriales de Salud Mental y Adicciones, que incluyen en su oferta prestacional atención comunitaria y domiciliaria, favorecen la accesibilidad a los centros de atención de población en situación de alta vulnerabilidad psicosocial.

Los dispositivos asistenciales implementados basaron sus prácticas en recomendaciones de evidencia científica y orientaciones normativas transmitidas a través de los Programas de Salud Mental.

La implementación progresiva de la canasta prestacional establecida para el 1º Nivel de Atención, representó un avance hacia la garantía de un piso de prestaciones básicas esenciales para todos los grupos etáreos asistidos.

La capacitación de equipos de salud en temáticas de salud mental, y la implementación de Guías de práctica Clínica y protocolos de atención, contribuyeron a mejorar la detección y abordaje de usuarios con problemáticas de salud mental a través de los equipos de salud.

La creación del Equipo de Coordinación de Salud Mental en la Dirección General de Red de Servicios, permitió avanzar en la coordinación y articulación entre los efectores de diferentes Áreas Programáticas, y Niveles de Atención, posibilitando mejorar la respuesta a situaciones de urgencias y continuidad de cuidados en tratamientos ambulatorios posteriores.

La función de los Referentes Operativos de Salud Mental, permitió avanzar hacia una mayor organización de la respuesta de salud mental del Área a la que pertenecen; y una mayor integración de la salud mental a la atención de salud general, a través de la ejecución de los programas prioritarios de salud mental.

La puesta en funcionamiento del Centro de Referencia y Contrarreferencia, y la creación de Oficinas para tal fin en Áreas Operativas, y Hospitales de Referencia, incluidos los Hospitales de Salud Mental, representa un mecanismo que facilitó la accesibilidad y continuidad de la atención de consultas programadas entre los diferentes niveles y especialidades.

Los desarrollos evidencian el fortalecimiento de la capacidad resolutive de la Atención Primaria en el abordaje de problemáticas de salud mental y adicciones; que produjo una mejora sustantiva en la accesibilidad a la atención.

Las funciones y mecanismos de coordinación implementados, posibilitaron la continuidad de la atención y el seguimiento de casos de riesgo.

Se profundizó el desarrollo del componente de promoción, y prevención de salud mental, a través de la programación local participativa y el armado de redes sociosanitarias.

Considerando que la continuidad de cuidados guarda estrecha vinculación con la disponibilidad de efectores de distinto tipo y nivel de resolución en un territorio determinado, se observó mayor disponibilidad de efectores instalada en la capital, en relación con la disponibilidad instalada en el interior de la Provincia.

12. Recursos Humanos

En este capítulo se describen las acciones realizadas para la formación en salud mental de recursos humanos de distintas áreas del SIPROSA.

Se consideran las actividades de capacitación y actualización destinadas a recursos humanos específicos de salud mental; y las orientadas a equipos de salud de otras áreas.

Se describen los sistemas de formación de postgrado implementados.

12.1. Capacitación y actualización de profesionales de salud mental

Curso Salud Mental Comunitaria y Gestión de Servicios:

Durante el período 2008-2009, la provincia en cooperación técnica con la Organización Panamericana de la Salud, implementó el Curso que tuvo como objetivos:

- Desarrollar un ámbito de formación de alto nivel académico para el tratamiento interdisciplinario de problemáticas propias del campo de la Salud Mental y la gestión de los servicios respectivos.

- Preparar a los titulados para asumir el liderazgo y la iniciativa en la implementación de políticas y programas de Salud Mental

Se destinó a Psicólogos, Psiquiatras, Lic. En Enfermería y Trabajo Social que se desempeñan en CAPS, Servicios de Salud Mental y en Hospitales de Salud Mental.

Tuvo una duración total de 170 horas presenciales y no presenciales, 12 hs presenciales por módulo, con un total de 120 hs.; 50 horas teórico-prácticas de integración y preparación del trabajo final.

El contenido programático del curso se dictó en 10 módulos presenciales que abordaron las siguientes temáticas: Lugar de la Salud Mental en el Siglo XXI; Planeamiento, Programación y Gestión Estratégica de Servicios de Salud Mental; Bio-Estadística y Epidemiología, su utilización en Salud Mental Comunitaria; Diseños de Programas Locales en Salud Mental; Evaluación de Programas en Salud Mental; Modelo Rionegrino de Salud Mental Comunitaria; Hacia una Comprensión Integral de las Adicciones; Salud mental infanto-juvenil; Protección de la Salud Mental en Situaciones de Desastre; Desarrollo y transformación de los servicios de salud mental.

Se capacitaron 130 trabajadores de salud mental de diferentes disciplinas.

Capacitaciones realizadas por los Programas Provinciales de Salud Mental

La formación de los profesionales de los efectores de salud mental de los tres Niveles de Atención, es una de las estrategias priorizadas para la implementación de los Programas de Salud Mental.

A través de diferentes modalidades, como capacitaciones, talleres, capacitación en servicio, reuniones de equipo etc. , los programas transmiten sus orientaciones técnicas, guías de práctica clínica, flujogramas de actuación, y contenidos relativos a legislación específica provincial y nacional; e implementan jornadas de actualización en abordajes clínicos a través de la disertación de expertos provinciales y nacionales.

Las actividades de formación tienen una frecuencia periódica, y en general los programas las organizan por áreas operativas, a fin de incrementar la capacidad resolutoria de los servicios del área.

La formación de los psicólogos del primer nivel de atención, se realizó a través de la supervisión capacitante en servicio, que evaluó aspectos de estructura,

procedimientos y resultados de las prácticas, y orientó a los profesionales en el cumplimiento de normativas vigentes, aspectos de responsabilidad profesional, registro de las prestaciones y aspectos de la programación local participativa.

Durante el período estudiado se capacitó al 90 % de los profesionales psicólogos que integran la red del primer nivel de atención en prevención y asistencia de: conducta suicida, maltrato a la mujer y maltrato infantil, trastornos alimentarios, adicciones, trastornos del desarrollo infantil, urgencias de salud mental y abordaje de trastornos severos.

La capacitación de los profesionales que integran los servicios de salud mental de hospitales de referencia, se realizó a través de jornadas de actualización, participación de los Coordinadores de programas en reuniones de equipo y/o ateneos de los servicios, sobre las temáticas mencionadas.

Se realizaron capacitaciones para todos los efectores de la red sobre temáticas estratégicas tales como: salud mental en situaciones desastre; herramientas de comunicación, aspectos legales y de responsabilidad profesional.

12.2. Capacitación a equipos de salud y otras áreas del SIPROSA

La formación en salud mental se extendió a otras áreas del Sistema implicadas en procesos de atención de patologías mentales, y/o vinculadas a la salud mental, en aspectos de promoción y prevención, aspectos administrativos y legales, y de gestión de protección social.

A través del Programa de Capacitación en Salud Mental para Equipos de Atención Primaria, se realizaron capacitaciones sobre urgencias de salud mental y abordajes de patologías prevalentes a las siguientes áreas:

- Equipos de Salud de Centros de Atención Primaria y Hospitales del Interior
- Guardias de Hospitales de Referencia
- Staff médico de la Dirección de Emergencias

La División Salud Mental a través de diferentes modalidades, tales como la realización de Jornadas con organismos Nacionales, Talleres, gestión de Cursos Virtuales y difusión de bibliografía específica sobre normativas de abordajes de temas de salud mental en medios de comunicación, capacitó a las siguientes áreas:

- Departamento de Auditoría Médica
- División Trabajo Social
- Departamento de Comunicaciones
- Dirección de Asuntos Jurídicos

12. 3. Formación de Postgrado

Residencias:

La residencias del Sistema Provincial de Salud constituyen un sistema de capacitación de postgrado, destinado a profesionales de ciencias de la salud graduados recientemente, para la adquisición de competencias en una especialidad, de trabajo intensivo, con un régimen de dedicación exclusiva.

Tienen por objeto perfeccionar la formación integral teórico-práctica del profesional, ejercitándolo en el desempeño responsable y eficiente de la especialidad en que se está capacitando; con una visión integral del ser humano, conocimiento de la realidad socio-epidemiológica y sanitaria local y nacional.

Vinculadas a la salud mental el Sistema Provincial de Salud implementa 3 residencias: Psiquiatría, Psicología Clínica y Prevención y Asistencia de Adicciones

Residencias de Psiquiatría y Psicología Clínica:

Se observó durante el período estudiado, que las Residencias de Psiquiatría y de Psicología Clínica fueron reformuladas en sus contenidos programáticos, duración, modalidad de gestión, y cantidad de cupos asignados.

Las modificaciones de los programas de formación apuntaron a la incorporación de contenidos de salud pública, salud mental comunitaria, y a la ampliación de contenidos para el abordaje de trastornos mentales infantojuveniles, adicciones y problemáticas psicosociales.

En relación a la duración de las mismas, de tres de duración se extendió a cuatro años.

El último año destinado a la adquisición de competencias para el desempeño de los residentes en el Primer Nivel de Atención, su inserción en programas locales de salud mental, la adquisición de destrezas en la planificación y gestión de programas comunitarios.

En relación a la modalidad de gestión de las Residencias, pasaron de tener dependencia exclusiva al Hospital Obarrio, a ser Residencias del SIPROSA, con sede en ambos hospitales de salud mental y una única Dirección.

Los cupos asignados para ambas residencias se incrementaron en un 300 %, pasando de 3 cupos a 10 cupos anuales por cada residencia.

Residencia de Prevención y Asistencia de Adicciones:

Se implementa a partir del año 2012 con sede en el Hospital General Nicolás Avellaneda, a cargo del Servicio de Prevención y Asistencia de las Adicciones, en dos modalidades:

Básica: destinada a médicos y psicólogos que aspiran a adquirir formación específica en el campo de las adicciones; tiene una duración de 4 años.

Post-Básica: destinada a profesionales que acrediten formación completa en Residencias de Psiquiatría o Psicología Clínica; tiene una duración de 2 años.

Tienen por objeto perfeccionar la formación integral teórico-práctica del profesional en materia de atención de adicciones; adquiriendo las competencias a partir de las prácticas en servicios de adicciones de diferentes complejidades. Tienen asignados 2 cupos anuales por cada modalidad.

El Sistema Provincial de Salud mantiene convenios con Universidades Provinciales y el Instituto de Política Económica y Gestión en Salud, a partir de los cuales se formaron los recursos humanos de la red de salud mental en las siguientes Postgrados:

Carrera de Especialización en Salud Social y Comunitaria:

Dictada en la Provincia a partir del año 2005, se trata de una currícula diseñada por el Programa Nacional de Médicos Comunitarios, desarrollada mediante convenio con la Universidad Nacional de Tucumán, a través de la Facultad de Medicina, con una duración de 2 años.

Es un Posgrado dirigido a profesionales que se desempeñan en el primer nivel de atención en toda la Provincia.

Desde el punto de vista de los contenidos, constituye una propuesta de formación que apunta a dar visibilidad y fortalecer la concepción del trabajo en el primer nivel de atención en salud como campo específico, con cualidades únicas, propósitos propios y estrategias particulares, dentro del ámbito de la salud.

El Postgrado cuenta con la acreditación de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) para la "Especialidad en Salud Social y Comunitaria".

Desde el año 2005 se han desarrollado 10 cohortes, con un total de 59 psicólogos egresados y actualmente en servicios en el Primer Nivel de Atención y 2 profesionales en la División Salud Mental.

Diplomado en Gestión y Dirección de Servicios de Salud Niveles 1 y 2:

Destinados a la formación de Profesionales de la salud, funcionarios, técnicos, responsables de la gestión de organismos, servicios o instituciones de salud a fin de profesionalizar su formación en herramientas de gestión para la moderna Administración Hospitalaria, colaborando, así, en el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

Sus objetivos apuntan a que los alumnos adquieran competencias que les posibiliten identificar los diversos procesos involucrados en la gestión de los sistemas de salud desde perspectivas teóricas y metodológicas; adquieran herramientas básicas de planificación, gestión y evaluación de procesos y resultados en salud; y sobre los principios ordenadores del sistema sanitario, organización y relaciones con los demás subsistemas sociales.

Durante el período estudiado se capacitó al 100 % de los Directores de Hospitales de Salud Mental, al 90 % Jefes de Servicios de Salud Mental de Hospitales de Referencia, y al 100 % de Coordinadores de Salud Mental del Primer Nivel de Atención.

Diplomado en Salud Mental Comunitaria y Gestión de Servicios:

Desarrollado mediante un convenio entre la División Salud Mental del SIPROSA y la Universidad San Pablo de Tucumán.

Desde el punto de vista de los contenidos, constituyó una propuesta de formación que profundizó la adquisición de competencias en el modelo comunitario de salud mental, y gestión de servicios, a partir de la incorporación de temas de gestión por procesos, gestión de calidad y metodología de la investigación.

El Diplomado tuvo una duración de 144 hs reloj y se dictó durante en el año 2011. La carrera formó 39 egresados que actualmente se encuentran insertos en los servicios de la red de salud mental de los tres Niveles de Atención.

13. Intersectorialidad

En este capítulo se identifican las acciones implementadas a nivel intersectorial, con la Secretaría de Adicciones de la Provincia, el Ministerio de Educación de la Provincia, la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Tucumán y la Legislatura Provincial.

13.1. Actividades con la Secretaría de Adicciones de la Provincia

Durante el período estudiado se relevaron las siguientes actividades realizadas:

- Capacitación y formación de recursos humanos realizados por la Secretaría de Adicciones de la Provincia destinadas al personal del SIPROSA en las siguientes temáticas: Urgencias Clínica Toxicológica en el en Uso de drogas y Abordajes Psicoterapéutico de la Deshabitación.
- Ateneos convocados por la Secretaría en los que participaron integrantes de los servicios de adicciones del SIPROSA; se publicaron los trabajos científicos presentados.
- Capacitaciones implementadas por el Programa Abordaje Integral de Consumos Problemáticos en las que participaron como docentes integrantes de la Secretaría de Adicciones de la Provincia.
- En el marco del Convenio para atención en el Sur de la Provincia: los Hospitales de la localidades de Trancas, Monteros, Alberdi y Aguilares durante el periodo estudiado cedieron sus instalaciones para que profesionales de la Secretaria de Adicciones brinden asistencia ambulatoria a población afectada por consumo de sustancias, especialmente alcoholismo.
- Referencia y Contrarreferencia de casos, ingresados a través del Centro de Orientación de la Secretaria de Adicciones para ser asistidos en los servicios de adicciones del Sistema Provincial de Salud.
- Programación y ejecución conjunta del Proyecto Comunitario de Alderetes, en articulación con los Ministerios de Desarrollo Social y Educación de la Provincia, período 2009 -2010.
- En el periodo 2014 con el traspaso de la Secretaria de Adicciones a la órbita del Ministerio de Desarrollo Social, se profundizan las acciones de cooperación a través de la implementación de dispositivos de la Secretaría con la inclusión de recursos profesionales del Programa de Médicos Comunitarios.

13.2. Actividades con el Ministerio de Educación de la Provincia

Durante el período estudiado la articulación de acciones en materia de salud mental se realizó principalmente con el Gabinete Psicopedagógico Interdisciplinario (GPI) y el Servicio Social Escolar (SASE), organismos del Ministerio de Educación con funciones técnicas y operativas destinadas a la contención social y psicopedagógica de alumnos en situación de crisis y /o problemáticas de aprendizaje de las escuelas de la Provincia.

Las acciones relevadas fueron:

- Convenio entre el la Dirección Gral. de Red de Servicios del SIPROSA y el GPI, a fin de establecer criterios de actuación y derivación de casos desde el sector educativo a los CAPS con atención psicológica del Primer Nivel de Atención.
- Conformación de Mesa de Trabajo, integrada por los Programas Provinciales de Salud Mental y los coordinadores de SASE y GPI, a fin de coordinar acciones de asistencia de alumnos afectados por problemáticas de salud mental.
- Implementación de Planilla electrónica para la notificación de casos de alumnos que cursan con tentativa suicida o ideación suicida, o situación de riesgo; la notificación se realiza para la referencia de casos desde SASE o GPI al SIPROSA o viceversa.
- Referencia y Contrarreferencia de casos a servicios salud mental y adicciones, para atención de alumnos en situaciones de crisis y atención ambulatoria programada.
- Convocatoria a integrantes de equipos de SASE y GPI a capacitaciones sobre abordaje de conductas de riesgo en adolescentes: conducta suicida y consumo de sustancias.
- Convenio con el Centro de Rehabilitación de Adicciones para brindar Educación primaria y secundaria en el Centro.

Se observó en el período estudiado que el Ministerio de Educación implementó diferentes Programas Nacionales en su ámbito, vinculados a temáticas de violencia, prevención de adicciones y salud general, con acciones destinadas a la población de alumnos y a la formación de docentes y de técnicos:

- Programa Nacional de Mediación Escolar
- Programa Nacional de Educación y Prevención de Adicciones y Consumo Indebido de Drogas
- Programa Quiero Ser
- Programa Nacional de Salud Escolar
- Programa de Educación en Contextos de Encierro

13.3. Actividades con la Legislatura Provincial

Durante el período estudiado se observó diferentes modalidades de cooperación entre ambas instituciones, llevadas a cabo desde la División Salud Mental, que a continuación se consignan:

- Opinión técnica sobre anteproyectos de leyes vinculados a la salud mental presentados sobre las siguientes temáticas: adicciones, autismo, creación de servicios de emergencias, equino terapia, conducta suicida
- Participación en reuniones convocadas por distintas Comisiones Legislativas para abordar temas de salud mental y adicciones.
- Elaboración del Protocolo de Actuación Policial en situaciones de crisis de salud mental y adicciones en la vía pública, solicitado por la Comisión de Adicciones de la Legislatura; conjuntamente con la Dirección de Emergencias del SIPROSA y Ministerio de Seguridad.
- Elaboración de proyecto de Adhesión a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, conjuntamente con la Comisión Legislativa y el INADI.
- Participación activa en el proceso de consenso del anteproyecto de Adhesión de la Ley Nacional de Salud Mental, realizado con diferentes organismos de la sociedad civil.
- Elaboración de la propuesta de Reglamentación de la Ley Provincial N° 8.726 de Adhesión a la Ley Nacional de Salud Mental y su Decreto Reglamentario N° 603/2013, presentado desde el SIPROSA al Poder Ejecutivo Provincial.

En el período estudiado la Legislatura de la Provincia sancionó las siguientes Normas vinculadas a la salud mental:

- Año 2009: Ley N° 8218. Régimen de Prevención en todos sus Niveles de las Enfermedades de Bulimia y Anorexia.
- Año 2010: Ley N° 8267. Política Pública Integral para la Prevención y Asistencia a las Adicciones.
- Año 2010: Ley N° 8225. Adhiere la Provincia a la Ley Nacional N° 26.586. (Programa Nacional de Educación y Prevención sobre las Adicciones y el Consumo Indebido de Drogas).
- Año 2014: Ley 8726: Adhiere la Provincia de Tucumán a la Ley Nacional N° 26657 (Derecho a la Protección de la Salud Mental) y a su Decreto Reglamentario N° 603/2013

Se relevaron Resoluciones Legislativas emitidas en el período estudiado, en relación a las siguientes temáticas:

- Implementación de campañas preventivas de adicciones
- Desarrollo de acciones de promoción del desarrollo infantil.
- Implementación de acciones de prevención de bullying escolar.
- Implementación de Guía de Prevención Epigenética de adicciones.
- Solicitud de apertura de guardia para usuarios consumidores de sustancias
- Implementación de línea telefónica para atención de adicciones

13.4. Actividades con la Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Tucumán

Convenio Practicantado de Psicología SIPROSA - Facultad de Psicología:

En el año 2011 el Sistema Provincial de Salud y la Facultad de Psicología de la UNT firmaron un convenio para la implementación del Practicantado de Psicología, en modalidades de Practicantado Menor y Mayor; la práctica se basó en el modelo de aprendizaje en servicios del Primer Nivel de Atención.

Se ingresa por Concurso, por orden de mérito académico y de acuerdo a los cupos estipulados. Es anual y exige a los alumnos 12 horas semanales distribuidas en 8 horas en Servicio y 4 horas de capacitación y supervisión en la Facultad de Psicología.

Para obtener la promoción los alumnos elaboran un Trabajo Final relativo a las actividades realizadas. Asisten al 80% de las Prácticas y 80% de Tutorías.

Tiene el carácter de Materia, otorga tres créditos y también acredita puntaje para el Concurso de Residencia de Psicología en el Sistema Provincial de Salud.

En las CAPS los practicantes cuentan con un Instructor Psicólogo miembro del equipo de Salud, que trabaja en articulación con un Tutor Docente de la Facultad, quien es el responsable de la capacitación y la supervisión de la tarea.

Diseñan y llevan a cabo una propuesta de intervención tendiente a generar la participación activa de la comunidad en los malestares que la aquejan a partir del reconocimiento de recursos propios, del fortalecimiento de los lazos y de la construcción de proyectos comunes. Intervención que transcurre en el seno del equipo de salud y con enfoque intersectorial.

Los Planes de Trabajo realizados en el período abordaron temáticas en prevención de: violencia social, violencia escolar en adolescentes, conductas de riesgo en adolescentes, adicciones, suicidio, embarazo precoz, trastornos en el crecimiento y desarrollo del niño; y promoción del vínculo materno infantil en madres adolescentes.

En las tres primeras cohortes atravesaron y aprobaron el Practicantado 92 alumnos, con un promedio de notas superior a 8.

A fines del año 2014 se firma un nuevo convenio que redefine este espacio como "Practicantado de Psicología en Salud Mental" fundamentado en la implementación Ley Nacional de Salud Mental 26.657, las recomendaciones a las Universidades Públicas y Privadas realizadas por la Comisión Nacional Interministerial de Salud Mental y Adicciones, y el nuevo Plan de estudios de la Carrera de Psicología, que estableció la obligatoriedad de las Prácticas por parte de los alumnos.

A partir del nuevo convenio las prácticas se desarrollarán en los efectores de salud mental de los tres Niveles de Atención, y se abordarán diferentes temáticas vinculadas al campo de la salud mental.

14. Conclusiones

El incremento de la morbilidad por trastornos mentales, su impacto negativo en la calidad de vida de las personas, y la discapacidad asociada, determinó su priorización en el Plan Salud al Bicentenario de la Provincia de Tucumán. El Plan estableció estrategias de salud mental a desarrollar durante el período 2007-2016.

El énfasis de las estrategias se centró en la implementación de una red de servicios de salud mental basada en la comunidad, para disminuir las brechas de accesibilidad, mejorar la calidad de atención y resguardar los DDHH de las personas con trastornos mentales.

Las estrategias se formularon acorde a las recomendaciones internacionales en materia de políticas de salud mental, por lo que reflejan los principios incorporados posteriormente en la Ley Nacional de Salud Mental, sancionada en el año 2010.

El Plan se constituyó en un documento orientador para directivos y equipos de salud, en el desarrollo de los cambios producidos en el Sistema Provincial de Salud durante el período 2007-2014.

La gestión de dicho proceso de reforma se realizó con la participación de los niveles de conducción, niveles técnicos, y niveles operativos del Sistema Provincial de Salud.

Las estrategias fueron: formular programas prioritarios; implementar un sistema de vigilancia epidemiológica de salud mental y adicciones; adecuar los hospitales centrales y del interior para la atención de urgencias de salud mental y conformar equipos de salud mental en todos los niveles de atención; adecuar los hospitales psiquiátricos a la estrategia de desmanicomialización; desarrollar dispositivos comunitarios alternativos a la internación psiquiátrica; desarrollar redes de contención locales en articulación con organismos comunitarios; privilegiar la formación de los recursos humanos; dentro de las adicciones priorizar la atención del alcoholismo; coordinar políticas y programas con la Secretaría de Adicciones de la Provincia; articular acciones con el sector educativo y la Legislatura Provincial.

Programas Prioritarios de Salud Mental

Durante el período estudiado se formularon e implementaron programas provinciales, tendientes a incrementar la accesibilidad y mejorar la calidad de la respuesta del Sistema Sanitario a las problemáticas priorizadas: Conducta Suicida, Adicciones, Trastornos Severos, Violencia, Trastornos Alimentarios e Infantojuveniles y Discapacidad.

Los programas posibilitaron una mayor visualización de las necesidades de salud mental de los diferentes grupos etáreos, y de los niveles de complejidad implicados en su atención; impulsando el desarrollo de redes y de nuevos servicios.

Aportaron herramientas conceptuales y metodológicas efectivas, basadas en evidencia internacional y nacional, en opiniones de expertos locales y de los propios equipos.

Facilitaron a los equipos de salud mental, la incorporación de nuevos procedimientos requeridos para abordar en el marco del modelo comunitario, los cambios en el perfil epidemiológico de la población.

Sus actividades permitieron la integración de contenidos de salud mental en la atención sanitaria general, a través de la transferencia de conocimientos a los equipos de atención primaria y hospitales generales.

El trabajo intersectorial que realizaron, significó un avance en el abordaje integral de problemáticas de salud mental, mediante protocolos, mecanismos de coordinación y armado de redes interinstitucionales.

La implementación de los programas incrementó el acceso a la atención de las patologías priorizadas, y mejoró la calidad de las prestaciones brindadas.

Sistema de Información y Vigilancia Epidemiológica

La implementación del Programa de Información y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones articulado al Sistema Informático y la Dirección de Epidemiología del SIPROSA, mejoró la calidad y oportunidad de la información disponible para la toma de decisiones.

La vigilancia de patologías prioritarias permitió evaluar el impacto de la enfermedad mental en la provincia en términos de incidencia, prevalencia y factores de riesgo asociado.

La información producida posibilitó mejorar la gestión de los servicios y dispositivos instalados, a través de un adecuado conocimiento del comportamiento de la demanda, y su respuesta ante los distintos tipos de intervención; identificar a los grupos de riesgo e implementar estrategias asistenciales focalizadas.

En relación a la gestión sanitaria, permitió el seguimiento de indicadores de disponibilidad, actividad y utilización de los servicios; permitiendo evaluar aspectos vinculados a la integralidad de la atención, continuidad de cuidados y la integración por niveles de atención.

La información producida permitió incorporar los análisis de salud mental a la sala de situación epidemiológica de la provincia; e incorporar metas de salud mental a las nuevas planificaciones provinciales.

Desarrollo de la Red de Efectores de Salud Mental y Adicciones:

Las Estrategias permitieron avanzar en el desarrollo de una red de servicios de salud mental y adicciones en los tres Niveles de Atención.

Se observó en el período un crecimiento sostenido de la oferta de atención: CAPS con atención psicológica y psiquiátrica, y dos equipos territoriales en APS; y el desarrollo de servicios de salud mental con atención de urgencias e internación en crisis en hospitales de referencia.

En materia de atención de adicciones y alcoholismo, se crearon centros de asistencia y rehabilitación de adicciones de diferentes modalidades: ambulatoria, desintoxicación, centros de día y de internación residencial; y se implementaron convenios con el sector privado que ampliaron la capacidad de respuesta ambulatoria y de internación.

Se observó una paulatina transferencia de competencias resolutorias entre los niveles de atención; se transita desde una atención centrada en el nivel terciario, a la atención en los niveles secundario y primario, en especial las personas afectadas por trastornos más prevalentes.

Se crearon funciones y se implementaron mecanismos para la coordinación de los efectores, que posibilitaron mejoras en la accesibilidad y continuidad de la atención;

que favorecieron el seguimiento de pacientes de riesgo a través de las diferentes instancias terapéuticas.

Se observó un incremento significativo de las consultas durante el período, producto del fortalecimiento de la red de servicios de atención primaria, los hospitales de referencia y la reorientación de los hospitales de salud mental.

Adecuación de los Hospitales de Salud Mental:

En relación a la adecuación de los hospitales de salud mental, se realizaron importantes mejoras en su estructura, tendientes a mejorar la calidad de la atención y a garantizar los DDHH de los usuarios internados y asistidos ambulatoriamente.

La adecuación a la estrategia de desmanicomialización significó la diversificación de la oferta de servicios, con la puesta en funcionamiento de hospitales de día, programas de externación, cobertura de tratamientos psicofarmacológicos, diferentes estrategias de rehabilitación y reinserción social, y la provisión de asistencia psiquiátrica a otros sectores y atención primaria

Se observó avances en la externación de usuarios con posibilidades de reinserción familiar y /o familia sustituta, y de usuarios con recursos socioeconómicos que lo posibilitaron.

Se inició la articulación con otros sectores y áreas vinculadas a cobertura de necesidades sociales de los usuarios.

Se implementaron nuevos servicios y se adecuaron los existentes, a fin de dar cobertura a los cambios en la demanda de atención, en el marco del modelo comunitario.

Se incrementó de la oferta de atención ambulatoria de los hospitales a través de la incorporación de otras especialidades; y se avanzó en una mayor integración de los hospitales de salud mental con los otros niveles de la red.

Formación de Recursos Humanos.

Durante el período estudiado la formación de los recursos humanos en salud mental se abordó en diferentes niveles de gestión, y a través de distintas modalidades.

En relación a los profesionales que integran los servicios de salud mental, la formación se orientó a disminuir la brecha entre las competencias profesionales y las necesidades de salud de la población, a través de la transmisión de los contenidos de los programas provinciales de salud mental, en actividades de capacitación y supervisión periódicas.

Otro eje priorizado en la formación fue la transmisión de los principios, características, y complejidades del modelo comunitario de salud mental.

Las modalidades de formación implementadas, cursos de postgrado, diplomados y carreras de especialización universitarias, otorgaron un valor agregado a la formación, y un fuerte incentivo en el compromiso de los profesionales en su especialización.

La formación en gestión estratégica de directivos y mandos medios de hospitales de salud mental, y jefes de servicios de salud mental, representó un avance en la incorporación de herramientas para la gestión, evaluación y la planificación de los servicios.

La reformulación y el incremento de cupos de las Residencias de Psiquiatría y Psicología Clínica, y la incorporación de los egresados a la planta profesional del Sistema, representó un avance en la especialización de los recursos asignados al sector.

La implementación de la Residencia en Prevención y Asistencia de las Adicciones en modalidades Básica y Potsbásica, cubrió un vacío en la formación de profesionales en ese campo, y posibilitó incorporar a los servicios profesionales que puedan dar respuestas adecuadas en los dispositivos específicos creados.

El aporte del Sistema mediante la asignación de becas y financiamiento de las capacitaciones y cursos, evidenció el reconocimiento del recurso humano en salud mental en tanto recurso estratégico.

La formación en salud mental destinada a equipos de salud y otras áreas, posibilitó inscribir y visualizar en diferentes niveles del Sistema a la salud mental como un componente de la salud, e incorporar paulatinamente la atención de patologías psíquicas prevalentes a las prestaciones básicas de salud.

Articulación Intersectorial

Las estrategias desarrolladas a nivel intersectorial generaron el compromiso de los sectores implicados en la implementación de acciones vinculadas a la salud mental y las adicciones según sus especificidades.

El trabajo con la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Tucumán creó una Práctica de Formación Supervisada de pregrado que posibilitó a los alumnos la adquisición de competencias sobre el rol del psicólogo en el ámbito sanitario; la inclusión de alumnos en los efectores de atención primaria contribuyó al desarrollo de programas locales orientados a las problemáticas priorizadas.

Se observó que la articulación de acciones contribuyó a la reformulación del Plan de Estudios de la Carrera de Psicología, realizada acorde a los lineamientos normativos y recomendaciones nacionales vigentes.

La coordinación de acciones con el Ministerio de Educación contribuyó a una mayor visualización de la necesidad de abordaje de problemáticas vinculadas a la salud mental desde el ámbito escolar.

Se observó una mayor coordinación de acciones, materializada a niveles operativos, en una mejora en la continuidad de cuidados de casos asistidos entre ambas instituciones.

Se observó en el período la implementación desde el Ministerio de Educación de Programas nacionales que abordan temáticas de salud mental, tanto en la contención en el aula como en la formación docente.

Las acciones implementadas con la Legislatura Provincial, en especial las desarrolladas en el período 2010-2014, contribuyeron al reconocimiento de la salud mental como un derecho de la población del que el Estado debe ser garante, materializado en la sanción de Leyes específicas.

La articulación con la Secretaria de Estado de Prevención de las Adicciones, se orientó a aspectos de coordinación programática, y de cooperación a nivel operativo, que facilitaron la continuidad de atención de casos entre efectores de ambas instituciones.

En el último período se observó una profundización de acciones interinstitucionales, materializada en la puesta en funcionamiento de dispositivos en el ámbito de la Secretaria de Adicciones con la cooperación del Ministerio de Salud Pública.

A continuación se presenta una Matriz en la que se sintetizan los principales resultados de las estrategias evaluadas:

MATRIZ DE RESULTADOS

ESTRATEGIAS	INDICADORES	LINEA BASE 2007	2014	RESULTADOS
1. Formular Programas Prioritarios	<ul style="list-style-type: none"> - N° programas implementados en el período - Población alcanzada por programa: <ul style="list-style-type: none"> 1. Conducta Suicida 2. Violencia 3. Capacitación en SM a Equipos APS 4. Bulimia y Anorexia 5. Trastornos Severos 6. Consumos problemáticos 7. Infantojuvenil 	<ul style="list-style-type: none"> - 516 (2011) 930 (2010) - 146 (2010) 3348 (2010) 6720 35144(2010) 	<ul style="list-style-type: none"> 8 1925 6669 3100 1350 14004 17094 52049 	<ul style="list-style-type: none"> Implementados 278% Incremento de consultas 617% Incremento de consultas Agentes capacitados 824% Incremento de consultas 318% Incremento de consultas 154% Incremento de consultas 48% Incremento de consultas
2. Implementar Sistema Registro y Vigilancia Epidemiológica SM y Adicc.	<ul style="list-style-type: none"> - N° de eventos vigilados - N° informes VE realizados por período 	<ul style="list-style-type: none"> 1 1 	<ul style="list-style-type: none"> 5 5 	<ul style="list-style-type: none"> 400%Incremento eventos vigilados 400%Incremento informes VE
3. Adecuar hospitales centrales y del interior para atención urgencias de SM	<ul style="list-style-type: none"> - % Hosp. Referencia con SSM - % Hosp. Referencia con guardia de SM - % Hosp. Interior asisten urgencias de SM 	<ul style="list-style-type: none"> 8 2 - 	<ul style="list-style-type: none"> 10 4 6 	<ul style="list-style-type: none"> 100% Hosp. Referencia SSM 40% Hosp. Referencia guardia SM 18% Hosp. Interior urgencias SM
4. Adecuar Hospitales Psiquiátricos a la estrategia de desmanicomialización	<ul style="list-style-type: none"> - N° Dispositivos Rehabilitación - Programas de Externación - Cobertura Trat. Psicof. post alta - N° Pacientes crónicos externados 	<ul style="list-style-type: none"> 2 - - - 	<ul style="list-style-type: none"> 4 2 1996 105 	<ul style="list-style-type: none"> 2 Hospitales de Día Implementados Usuarios con provisión psicof. 60 H. Carmen, 45 H. Obarrio
5. Desarrollar dispositivos comunitarios: casas media camino, residencias protegidas, hogares	<ul style="list-style-type: none"> - N° Dispositivos Comunitarios - Pacientes alcanzados por los dispositivos 	<ul style="list-style-type: none"> - - 	<ul style="list-style-type: none"> Proceso Proceso 	<ul style="list-style-type: none"> Implementación en 2015 8 usuarias
6. Desarrollar redes de contención locales con organismos comunitarios	<ul style="list-style-type: none"> - Equipo de Coordinación de SM en APS -% CAPS con atención psicológica -% CAPS con atención psiquiátrica - Sistema de Referencia y Contrarreferencia - Programas Locales de salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> - 20% - - 5% 	<ul style="list-style-type: none"> 1 40% 5% 1 35% 	<ul style="list-style-type: none"> Implementado 100 %Incremento 5% Implementado 70% Incremento

ESTRATEGIAS	INDICADORES	LINEA BASE 2007	2014	RESULTADOS
7. Privilegiar la formación de RRHH	- Programas de Capacitación en SM	-	8	Implementados
	- % Residencias reformuladas	2	2	100% Reformuladas
	- % Incremento cupos residencia psiquiatría	3	9	300% Incremento
	- % Incremento cupos residencia psicología	3	9	300% Incremento
	- N° Residencias implementadas	2	4	200% Adicc. Básica/ Potsbásica
	- % Directores y Jefes capacitados en gestión	10%	90%	80% Incremento
8. Dentro de las adicciones priorizar la atención del Alcoholismo	-N° Protocolos atención alcoholismo	-	3	Implementados
	-N° Servicios específicos implementados	2	7	350% Incremento
	-Casos consumo de alcohol asistidos	421	2298	446% Incremento
9. Coordinar políticas y programas con la Secretaria de Adicciones de la Provincia	-N° Acuerdos realizados	-	3	Área asistencia
	-N° Actividades programáticas implementadas	-	6	Capacitación de RRHH
10. Coordinar acciones con el Ministerio de Educación, Universidades y la Legislatura Provincial	-N° Acuerdos con el Ministerio de Educación	-	2	Referencia de casos y formación de RRHH
	-N° de Convenios con Universidades	-	1	Practicantado Psic. SIPROSA- Facultad de Psicología
	-N° Resoluciones Legislativas sobre SM	-	6	Prev. Adicciones , Bulling y Desarrollo Infantil
	- Legislación en salud mental sancionada	-	4	Salud Mental, Adicciones, Anorexia y Bulimia

A continuación se realiza un análisis FODA el cual posibilita enfocar las recomendaciones que permitan profundizar los logros alcanzados, y planificar nuevas estrategias y líneas de acción para revertir las debilidades y adecuar la política a las nuevas necesidades y desafíos.

Fortalezas y Oportunidades.

Las fortalezas encontradas se relacionan con los siguientes aspectos del proceso de reforma iniciado:

- La asunción del modelo comunitario a desarrollar.
- El compromiso de las autoridades sanitarias para financiar y afianzar el proceso.
- Una mejora en la calidad de la información disponible para la toma de decisiones.
- La implementación de programas prioritarios como marco normativo y de orientaciones técnicas al proceso de cambio iniciado.
- La reducción progresiva del papel de los hospitales psiquiátricos mediante el desarrollo de los servicios de salud mental de hospitales generales y la red de atención primaria.
- La existencia de trabajadores motivados y en formación.

Dentro de las oportunidades encontradas:

- Los recursos de protección social implementados desde el Estado Nacional y Provincial.
- La existencia de un marco normativo nacional y provincial que promueve y sustenta los cambios.

Debilidades y Amenazas:

Las debilidades encontradas se relacionan con los siguientes aspectos del proceso de reforma iniciado:

- El escaso desarrollo de la red de servicios de diferentes complejidades en el interior provincia.
- El insuficiente desarrollo de dispositivos comunitarios residenciales y de rehabilitación.
- La orientación de las estrategias intersectoriales solo a los sectores educativo, legislativo y a la Secretaria de Adicciones de la Provincia.

En relación a las amenazas:

- El incremento de la carga de morbilidad mental y la discapacidad asociada.
- La insuficiente conciencia colectiva sobre los DDHH de los usuarios de servicios de salud mental.
- La escasa contención familiar y comunitaria de las personas con enfermedad mental.

A partir de los resultados obtenidos en el análisis FODA surgen las siguientes recomendaciones:

Considerando los resultados positivos alcanzados se sugiere continuar con algunas estrategias para su consolidación:

Profundizar la implementación y monitoreo de los programas prioritarios.

Profundizar la política de formación de recursos humanos, a fin de garantizar la adquisición de competencias coherentes con el modelo comunitario de salud mental, y de gestión, específicas del ámbito de salud mental.

Optimizar el Sistema de Información y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones.

Profundizar las actividades de cooperación con las Universidades vinculadas a la formación de profesionales del campo de la salud mental.

Teniendo en cuenta lo estipulado por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013, y la Ley de Adhesión Provincial N° 8726, se sugiere:

Formular un Plan de Salud Mental Provincial que posibilite el desarrollo progresivo y sistemático de los dispositivos faltantes; la adecuación de los hospitales de salud mental en los plazos fijados en la normativa nacional; con metas e indicadores para el monitoreo del proceso en sus diferentes dimensiones.

Conformar la Comisión Interministerial de Salud Mental y Adicciones, integrada por el Ministerio de Desarrollo Social, la Secretarías de Empleo y Trabajo, el Instituto de la Vivienda, y otras áreas vinculadas, a fin de institucionalizar respuestas integrales a las necesidades de los usuarios asistidos.

Puede decirse que la inclusión de estrategias de salud mental en el Plan Salud al Bicentenario produjo mejoras en el sistema de salud mental de Tucumán; incrementó el acceso a la atención, mejoró la calidad de las prestaciones y el resguardo de los derechos de los usuarios asistidos.

Los cambios realizados se orientan hacia el modelo comunitario de salud mental.

Sin embargo debido a la complejidad del proceso iniciado, a las transformaciones institucionales, de prácticas, conocimientos, valores culturales y sociales requeridos para avanzar en la reforma, se hace necesario en esta etapa, profundizar la planificación de la reforma, en sus aspectos organizativos, de recursos y resultados.

15. Bibliografía

- Barrionuevo, H. Hugo, Graña, Dante O, Silva., C. David. "Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental: Pautas para su implementación en Argentina". Serie de Estudios Isalud. N° 6 – 2008. (Disponible en www.isalud.edu.ar)
- Barrionuevo, H. Hugo. "Gestión del Programa Médico Obligatorio de Salud Mental". Ediciones Isalud. Buenos Aires. 2005.
- Barrionuevo, H. Hugo. "Indicadores de accesibilidad y desempeño de la internación psiquiátrica". Vertex. Rev. Arg. de Psiqu. . 2006. Vol. XVII: 48-54. Buenos Aires. 2006.
- Barrionuevo, H. Hugo. "Salud Mental y Discapacidad Mental en las Obras Sociales Nacionales" Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires 2005. Versión digital disponible en WPA <http://wpamet.org/education/wpaeln3.html>
- Barrionuevo, H. Hugo. Ed. La Reforma Psiquiátrica en Brasil: tres experiencias locales". Universidad Isalud. Serie de Estudios N° 13 – 2011. Disponible en <http://www.isalud.edu.ar/ediciones-series.php>
- Barrionuevo, Hugo: Mejoramiento de la Calidad en la Gestión de la Internación. Tesis: Carrera de Especialista en Auditoría y Garantía de Calidad de la Atención Médica. Universidad Favaloro. Buenos Aires. 2001.
- Basauri, Víctor A. (coor). "Evaluación de los Servicios de salud" . 1993. Evaluación de Servicios de Salud Mental. Madrid. Asociación española de Neuropsiquiatría.
- Basauri, Víctor A. (coor). "La Reforma Psiquiátrica de 1985" .1993. Evaluación de Servicios de Salud Mental. Madrid. Asociación española de Neuropsiquiatría.
- Basauri, Víctor A. "Apuntes sobre la Reforma Psiquiátrica" Rev. AEN. Vol. VIII N° 26. 1998.
- Cáceres, C, Druetta I, Hartfiel M, Riva Roure, M. "El PREA, una experiencia alternativa a las lógicas manicomiales". Vertex. Rev. Arg. de Psiqu. . 2009. Vol. XX: 299-307. Buenos Aires. 2006.
- Caldas de Almeida J y Torres González F. Ed. "Atención Comunitaria a Personas con Trastornos Psicóticos". OPS-OMS. Washington. 2005.
- Calvo, J, del R. Noriega, F. "Análisis Histórico de la Reforma Psiquiátrica Andaluza: los inicios y el proyecto". Estudios de Psicología. 2011- 329-339. Disponible en www.scielo.br/epsic
- Cohen, H, Natella, G: "Argentina: El programa de salud mental en la provincia de Río Negro". En Salud Mental en la Comunidad. 2º Ed. Washington DC. Paltex. 2009. Cap 28. P 357- 368.
- Conte, C:" Gestión y Teoría de las Decisiones. Ediciones Isalud. Buenos Aires. 2007.
- De Lellis, Martin, Rossetto J: "Hacia la reformulación de las políticas públicas en salud mental y discapacidad intelectual. En Psicología y Políticas Públicas de Salud. 1º Ed. Buenos Aires. Paidós. 2006. Cap 6 P- 227-289.
- Desviat, M. "Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España". Cuadernos de Trabajo Social. Vol. 23. 2010. P- 253-263.

- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones: "Políticas Públicas de Salud Mental: Enfoques, Estrategias y Experiencias con Base en la Comunidad". Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación. 2015.
- Ferro, R: "Formación de recursos humanos en salud mental en la comunidad". En Salud Mental en la Comunidad. 2º Ed. Washington DC. Paltex. 2009. Cap 15. P 207- 218.
- Gerlero, S, Ausbruger, A, Duarte, M, Escalante, M, Ianowuski M, Mutazzi E, Yanco, D: "Diagnóstico Evaluativo para el fortalecimiento de las estrategias de intervenciones en salud mental en Argentina.". Revista Argentina de Salud Pública. Vol 1. Nº 2. Marzo de 2010.
- González de Chávez, M. "Posibles Indicadores para el análisis de reformas psiquiátricas". 1993. Evaluación de Servicios de Salud Mental. Madrid. Asociación española de Neuropsiquiatría.
- Howard, B: "Manual de escritura para científicos sociales: como empezar y terminar una tesis, un libro, o un artículo". 2º Ed. Buenos Aires. Siglo XXI Editores. 2011.
- Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud: "Manual de Acreditación Para Establecimientos de Salud Mental". 1º Ed. Buenos Aires. 2005.
- Ley Provincial Nº 8218. Régimen de Prevención en todos sus Niveles de las Enfermedades de Bulimia y Anorexia". Tucumán. 2009.
- Ley Provincial Nº 8225: Adhiere la Provincia a la Ley Nacional Nº 26586. (Programa Nacional de Educación y Prevención sobre las Adicciones y Consumo Indebido de Drogas). Tucumán. 2010.
- Ley Provincial Nº 8267: Política Publica Integral para la Prevención y Asistencia de las Adicciones. Tucumán. 2010.
- Ley Provincial Nº 8726: Adhiere la Provincia a la Ley Nacional Nº 26657 (Derecho a la Protección de la Salud Mental) y a su Decreto Reglamentario Nº 603/2013. 2014.
- Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657. 2010. Argentina.
- Llapur Osvaldo: "El Psicoanálisis y el Tratamiento Institucional de la Psicosis". 1º Ed. Tucumán: Universidad Nacional de Tucumán. 2009
- Ministerio de Salud Pública de Tucumán: "Memoria Anual 2010". Tucumán. 2011. Disponible en www.msptucuman.gov.ar
- Ministerio de Salud Pública de Tucumán: "Memoria Anual 2011". Tucumán. 2012. Disponible en www.msptucuman.gov.ar
- Ministerio de Salud Pública de Tucumán: "Memoria Anual 2012". Tucumán. 2013. Disponible en www.msptucuman.gov.ar
- Ministerio de Salud Pública de Tucumán: Objetivos, metas y estrategias sanitarias 2007-2016 "Salud al Bicentenario". Tucumán. 2007. Disponible en www.msptucuman.gov.ar

- Minoletti, A, Sepúlveda, R, Narváez, P. "Desarrollo de Políticas y planes de salud mental comunitaria". En Salud Mental en la Comunidad. 2º Ed. Washington DC. Paltex. 2009. Cap 7. P 89-103
- Minoletti, A, Zaccaria, A: Plan Nacional de Salud Mental en Chile: diez años de Experiencia. Temas de Actualidad en Revista Panamericana de Salud Pública. 2005
- Moreno Elsa y Colaboradores: "Calidad de la Atención Primaria: Aporte Metodológico para su Evaluación". San Miguel de Tucumán. Ediciones Magna Publicaciones. 1998.
- Organización Mundial de la Salud: Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra. OMS. 2001.
- Organización Mundial de la Salud. "Informe Mundial de la salud en el mundo 2001.Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas". Ginebra. OMS. 2001.
- Organización Mundial de la Salud: "Mejora de la Calidad de la Salud Mental". EDIMSA. 2006
- Organización Mundial de la Salud: "Organización de Servicios de Salud Mental". EDIMSA. 2006
- Organización Mundial de la Salud: "Organización de Servicios de Salud Mental". EDIMSA. 2006.
- Organización Mundial de la Salud: "Políticas, Planes y Programas de Salud Mental. EDIMSA. 2006.
- Organización Mundial de la Salud: "Recursos Humanos y Formación en Salud Mental". EDIMSA. 2006.
- Organización Mundial de la Salud: "Sistemas de Información de Salud Mental" EDIMSA. 2006.
- Organización Mundial de la Salud: Instrumento de Evaluación para los Servicios de Salud Mental. Argentina. 2009. Disponible en http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/argentina_who_aims_report_spanish.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. Consenso de Panamá. Panamá. 2010
- Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Caracas. Venezuela. OPS.1990.
- Organización Panamericana de la Salud: "La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas". Washington, DC: 2007
- Organización Panamericana de la Salud: "Marco de Referencia para la implementación de la Estrategia Regional en Salud Mental". Washington DC. OPS. 2011.
- Pellegrini, J: " No quiero que me den una mano.. quiero que me saquen las manos de encima". Editorial Polemos. Argentina. 2010.
- Pellegrini, J: "Crónicas Agudas". Ediciones San Luis. Argentina. 2002.
- Rodríguez Jorge: "La Atención de Salud Mental en América Latina y el Caribe". Uruguay. Revista de Psiquiatría Volumen 71 N° 2. 2007.

- Rossetto, Jorge. "Del Manicomio a la Comunidad: el proceso de Reforma de la Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca" Vertex. Rev. Arg. de Psiq. Vol. XX: 463-473 Buenos Aires. 2006.
- Rottelli, Franco. "8 principios Para una estrategia de psiquiatría comunitaria, colectiva, territorial". 1993.
- Schiappa Pietra José: "Desmanicomialización. Modo rionegrino de trabajo en salud mental. Fondo Editorial Rionegrino. Viedma. 2008.
- Tobar, F: "Como sobrevivir a una tesis en salud". Ediciones Isalud. Buenos Aires. 2007.
- World Health Organization: Mental Health Atlas 2014. France. 2015.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina: Plan Federal de Salud Mental. Buenos Aires. 2013. Disponible en www.msal.gov.ar
- World Health Organization: Organization of Services for Mental Health. Ginebra 2003
- Organización Mundial de la Salud: Instrumento de Evaluación para los Sistemas de Salud Mental. República Argentina. 2009.

***Anexo I: Objetivos, Estrategias y metas sanitarias
2007-2016 "Salud al Bicentenario"***

Salud Mental

Se estima que 1 de cada 3 personas padece alguna forma de sufrimiento psíquico y/o trastorno mental en Tucumán. Estas cifras son coincidentes con los índices publicados por la OMS que señalan que "Los desordenes mentales representan el 12% de las causas de enfermedad en todo el mundo; cinco de las diez principales causas de discapacidad corresponden a trastornos mentales. La depresión severa ocupa el quinto lugar entre las diez primeras causas de enfermedad, y se estima que para 2020 ocupará el segundo lugar".

En el año 2005, la demanda de atención

por problemas de salud mental en el Sistema Público de la Provincia fue del 7% (93.007 / 1.421.824 habitantes).

La brecha existente entre la población afectada y la cobertura actual puede explicarse por la baja oferta de profesionales prestadores, la misma es de 1/ 3.888 en el Área Programática Centro, mientras que en el Área Este es de 1/ 15.353 habitantes.

Sólo el 20% de los Centros de Atención Primaria cuenta con atención psicológica, ninguno con prestaciones psiquiátricas. Además, es escasa o nula la formación de otros RRHH del Primer Nivel de Atención en la detección, tratamiento y rehabilitación de problemáticas de salud mental.

Existe una baja captación y referencia de casos a los especialistas en salud mental. Asimismo, se realizan derivaciones a los hospitales psiquiátricos de referencia y servicios de salud mental cuando los pacientes presentan un estado avanzado de la enfermedad, asociados frecuentemente a abandono familiar y desamparo social.

Durante el año 2005 los servicios asistieron 131 casos nuevos de esquizofrenia (Tasa: 9/100.000 habitantes), los que demandaron 2.386 consultas ulteriores.

En lo que concierne a discapacidad por causas mentales, las personas afectadas serían 18.694, según la Encuesta Nacional de Discapacidad, complementaria del Censo Anual 2001. Se estima que el 85% del total de los retrasos mentales posee el rango de leve y el 10 % son moderados, mientras que el 4% reviste el nivel grave y el 1% restante el de profundo.

Son diversos los factores que hacen prever un aumento en la incidencia de los casos: la pobreza e inequidad, y la escasa cantidad de efectores de salud mental, dificulta la puesta en marcha de acciones oportunas que mejoren la prevención y rehabilitación de discapacidades.

PATOLOGÍAS ATENDIDAS S/ NIVEL ATENCION Y GRUPO ETAREO		
Tucumán, Año 2005.		
NIVEL DE ATENCION Y NUMERO DE CONSULTAS	PATOLOGÍAS AÑO 2005	%
CAPS (46) 36.172	NIÑOS (0 a 12 años)	45,18%
	Trastornos Emocionales y del comportamiento	46%
	Trastornos del Desarrollo Psicológico	41%
	Otros trastornos	13%
	ADULTOS (13 y mas años)	54,82%
	Trastornos Neuróticos, relacionados con el stress y somatomorfos	29%
	Personas con riesgos en su salud relacionadas con circunstancias socioeconómicas y psicosociales	27%
	Trastornos afectivos	17%
	Otros trastornos	6%
	HOSPITALES POLIVALENTES (6) 27.661	NIÑOS (Sin detalle de patología)
ADULTOS		97%
Trastornos Neuróticos, relacionados con el stress y somatomorfos		44%
Trastornos Afectivos		39%
Adicciones		7%
Esquizofrenia, y trastornos Delirantes		1%
Otros trastornos		9%
HOSPITALES PSIQUIATRICOS (2) 29.154	ADULTOS (Consultorios Externos)	
	Trastornos Neuróticos, relacionados con el stress y somatomorfos	29%
	Esquizofrenia, y trastornos Delirantes	18%
	Trastornos Afectivos	18%
	Clínica médica	7%
	Epilepsia	5%
Otros trastornos	20%	

Fuente: División Salud Mental del SI.PRO.SA

Durante el año 2005 la primera causa de consulta de la población infantil en los CAPS fueron los Trastornos Emocionales y del Comportamiento y de las Habilidades Escolares.

En la población adulta, los Trastornos de Ansiedad constituyeron el primer motivo de consulta en los tres niveles de atención.

Los estados depresivos fueron la segunda causa de consulta en los Servicios de Salud Mental de los hospitales generales.

En el periodo 2001-2005 se observó un cambio en la tendencia de las principales causas de consulta en los hospitales psiquiátricos, mientras los trastornos psicóticos constituían la primera causa de consulta. Actualmente, los trastornos neuróticos ocupan el primer lugar, seguidos por los trastornos psicóticos y los estados depresivos.

Adicciones

Se avizora un incremento paulatino de las consultas por consumo de sustancias ilícitas y alcoholismo, que para el periodo 2001-2005 fue de un 630%.

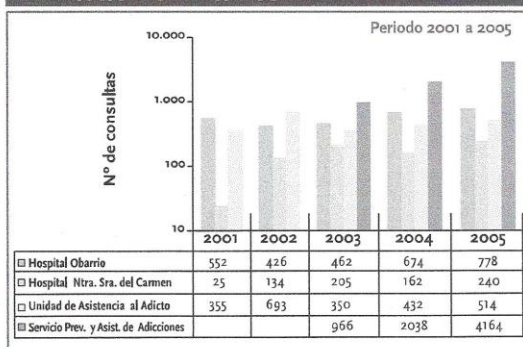
Según entrevistas a informantes claves de los Servicios, se advirtió en los años 2004 y 2005 una alarmante disminución en la edad

de inicio del consumo, y se observó la concurrencia a la consulta de niños y un incremento de cuadros de intoxicaciones agudas en los servicios de emergencia.

Oferta de servicios sectores público y privado

La oferta de atención en salud mental en el ámbito público esta constituida por una red de servicios distribuida en tres niveles de atención, de complejidad creciente:

CONSULTAS REALIZADAS EN LOS SERVICIOS DE ADICCIONES DEL SIPROSA



SERVICIOS DE SALUD MENTAL DEL SI.PRO.SA

Distribución por Niveles de Atención y Áreas Programáticas. Tucumán, Año 2006

AREA PROGRAMATICA	PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL	POBLACION Año 2001
	CAPs con atención psicológica	Servicios y Consultorios de Salud Mental de Hospitales Polivalentes	Hospitales Monovalentes	
CENTRO	47	7	2	680.154
ESTE	14	2	-	256.523
OESTE	10	5	-	163.687
SUR	10	5	-	283.017

Fuente: División Salud Mental del SI.PRO.SA

Se observa inequidad en la distribución de los efectores, concentrados mayoritariamente en el Área Centro. La internación y la atención de la urgencia sólo están previstas en el Tercer Nivel de Atención. La internación mantiene aún su carácter asilar, debido a la insuficiente protección social de los asistidos y a la escasa existencia de servicios de rehabilitación intermedios.

En el interior, la atención está sostenida mayoritariamente por consultorios de atención psicológica insertos en centros de atención primaria y hospitales; no existen dispositivos de internación, rehabilitación, ni servicios de atención a la urgencia.

Se observa un mayor desarrollo de dispositivos intermedios y de rehabilitación en el sector privado y ONGs. La oferta de internación es predominantemente asilar y la atención de la urgencia está prevista en modalidad institucional y domiciliaria.

Por su parte, la consulta ambulatoria se desarrolla en instituciones monovalentes, polivalentes y consulta privada; observán-

dose el surgimiento de centros destinados a problemáticas específicas como adicciones, violencia, entre otros.

La evaluación de la situación actual de Tucumán, en relación a la salud mental de la población y la oferta de servicios existente, evidencian una brecha significativa entre las necesidades de la población y la posibilidad de acceso a tratamientos adecuados.

Fundamenta las razones que establecen la necesidad de instituir una política provincial que profundice la descentralización de la atención de salud mental en una red de servicios comunitarios, que posibilite la accesibilidad, continuidad y calidad de la atención. Además, que fomente las respuestas preventivas y tempranas a nivel de la atención primaria, el trabajo articulado entre los equipos de salud y los especialistas, la atención cercana al hogar y en el medio comunitario, la reconversión de los grandes hospitales psiquiátricos y la participación de usuarios y familiares.

DISTRIBUCION DE LA OFERTA DE ATENCION EN SALUD MENTAL SEGUN DISPOSITIVOS IMPLEMENTADOS. SECTORES PRIVADOS Y ONGS.

Tucumán, Año 2006.

TIPO DE OFERTA	DISPOSITIVOS	SECTOR PROVEEDOR	SECTOR FINANCIERO
Instituciones monovalentes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ambulatorio ■ Urgencias ■ Hospital de Día ■ Internación 	Privado	<ul style="list-style-type: none"> ■ Seguridad Social ■ Prepagas
Instituciones privadas ambulatorias	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ambulatorio ■ Hospital de Día 	Privado ONG	<ul style="list-style-type: none"> ■ Seguridad Social ■ Prepagas
Centros de Rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hospital de Día Jornada reducida y completa 	Privado ONG	<ul style="list-style-type: none"> ■ Seguridad Social ■ Prepagas
Policonsultorios	<ul style="list-style-type: none"> ■ Atención Ambulatoria y en Interconsulta 	Privado	<ul style="list-style-type: none"> ■ Seguridad Social ■ Prepagas ■ Privado
Consultorios	<ul style="list-style-type: none"> ■ Atención Ambulatoria 	Privado	<ul style="list-style-type: none"> ■ Seguridad Social ■ Prepagas ■ Privado

Fuente: División Salud Mental del SI.PRO.SA

- a la medicación que corresponda.
- ▶ Capacitar al equipo de salud para transmitir pautas de alarma que permitan anticipar la presentación de episodios agudos de enfermedades crónicas en la población
 - ▶ Capacitar a todos los consultores de cesación de tabaco en grandes hospitales de la provincia.
 - ▶ Reevaluar los grupos poblacionales estudiados por la ENFR.
 - ▶ Creación de un Sistema de Vigilancia Alimentario Nutricional en la Provincia.
 - ▶ Implementar un Registro nominado de pacientes diabéticos.
 - ▶ Instalar multiplicadores de educación alimentaria en los ámbitos de salud, educación y comunidad.
 - ▶ Fortalecer la red de servicios para la atención de consulta por emergencia cardiovascular.

Salud Mental

- ▶ Formular centralmente los programas de acción sobre las prioridades como alcoholismo, violencia, suicidio, trastornos del desarrollo infantil, discapacidad, normándolos de acuerdo a grupos de edad y niveles de complejidad, asegurando la participación social.
- ▶ Crear un sistema de vigilancia en salud mental y tóxico dependencia.
- ▶ Adecuar los hospitales psiquiátricos a la estrategia de desmanicomialización y promover la participación de la comunidad en la reinserción de los pacientes crónicos y en la continuación de los cuidados que estos necesitan.
- ▶ Crear una red social con organizaciones de la comunidad como clubes, iglesias, ONG, CIC, para la adaptación de la programación local de las actividades de salud mental y empleando experiencias como casas de medio camino, hogares y residencias protegidas y centros de estimulación temprana y de rehabilitación de la discapacidad mental.
- ▶ Dentro de las adicciones se priorizará el alcoholismo, por su aceptación social y por su relación con los índices de accidentes, violencias y suicidios.
- ▶ Llegar a una efectiva coordinación de políticas y programas con la Secretaría de Adicciones, conformando una instancia permanente de consulta y evaluación.
- ▶ Fortalecer a los hospitales centrales y del interior para la atención de emergencia de los problemas de salud mental y conformar equipos de salud mental en todos los niveles de atención, incluyendo en su capacitación el abordaje de las situaciones de desastre y violencia.
- ▶ Privilegiar, junto con los centros formadores, y por medio de la educación continua y la comunicación social la capacitación, información y estímulo de los recursos humanos.

Salud Oral

- ▶ Mejorar el acceso de la población sin cobertura a los servicios públicos de salud oral y garantizar como mínimo el saneamiento básico del aparato estomatognático, transformando el sistema de atención odontológico actual por sistemas que son altamente productivos y de menor costo y modificando el modelo extraccionista o expulsor por un modelo preventivo, conservador y rehabilitador.
- ▶ Rehabilitar el daño producido por las enfermedades orales devolviendo su función y estética al más bajo costo posible.
- ▶ Intervenir intersectorialmente para lograr la prevención primaria y secundaria, a fin de reducir la morbilidad y la mortalidad, incluyendo el cáncer bucal y de otras enfermedades del sistema estomatognático.
- ▶ Educar a la población en hábitos bucales saludables, reforzando el trabajo interdisciplinario.

Políticas Públicas para la Salud

Estas propuestas se presentan como el resultado del análisis del modelo de determinantes y de las estrategias seleccionadas para las metas de salud e institucionales. Participaron de este proceso todos los grupos de trabajo que se detallan al inicio de este trabajo, y posteriormente, se sometieron los resultados a consideración del Gabinete del Ministerio de Salud Pública, momento en que se comentaron y ampliaron.

A continuación, se presentaron a los representantes de los distintos sectores o instancias, que desde el punto de vista del Ministerio de Salud Pública, los determinantes que mayor influencia tienen en la salud de la

población tucumana y se los invitó a analizar las interacciones necesarias para eliminar los negativos y fortalecer los positivos.

Se abordaron así estos temas de manera ordenada y no coyuntural, haciendo de esta fase del proceso una instancia estratégica de la participación social y del fortalecimiento de las redes sociales.

Estamos convencidos de que la salud no sólo es un bien social, sino que es un producto social, y a medida que se avanza en mejorar la situación sanitaria de la población, se hace cada vez más necesaria la aplicación concreta de este concepto.

Educación

La sinergia entre Educación y Salud es ampliamente reconocida y se lograron importantes avances en articular programas específicos. Sin embargo, existe la necesidad de fortalecer las instancias de coordinación existentes, no sólo para la coordinación de actividades sino también para proponer la incorporación de cambios sustantivos en los programas y en las estrategias centrales de ambas instituciones.

La propuesta central es que la relación entre Salud y Educación se de en función de objetivos a largo plazo, evitando la dispersión en interacciones no integradas.

Las propuestas son:

- ▶ Ampliar la cobertura de nivel inicial (asegurar oferta de salas de 4 y 5 años al 100% de la población infantil), en las zonas rurales y suburbanas.

- ▶ Control y seguimiento de las prestaciones que se brindan en los establecimientos educativos (públicos, privados y de ONG) que atienden a niños de 0 a 4 años.

- ▶ Incluir en la curricula educativa contenidos de alimentación adecuada, educación vial, prevención de violencia y adicciones, educación sexual y educación ambiental.

- ▶ Aumentar la carga de actividad física y recreativa en la escuela.

- ▶ Mejorar la captación de adultos analfabetos y con bajo nivel de instrucción, focalizando en las mujeres.

- ▶ Educar y capacitar jóvenes y adultos para que puedan ser absorbidos por el mercado laboral.

- ▶ Promover la no violencia y prevenir la violencia en el ámbito escolar, promoviendo el respeto a las normas y al prójimo.

- ▶ Fortalecer el auto cuidado y el auto res-

peto, no sólo para evitar situaciones de peligro, sino también para la dignificación del ambiente físico en que se desenvuelven.

► Avanzar en el logro de “escuelas saludables”, no solamente en relación a contar con instalaciones sanitarias adecuadas, sino también en seguridad, en oferta de comidas sanas y prohibición de venta de comidas no sanas, en la relación con los servicios de

salud para la detección de problemas, especialmente visuales, auditivos, odontológicos, neurológicos y de comportamiento.

► Facilitar la creación y el sostenimiento de espacios interinstitucionales en el nivel local.

► Capacitar a todos los docentes en el abordaje de la problemática de las adicciones.

Universidad

La relación entre el Ministerio y la Universidad ha sido y es un pilar fundamental en la reforma sanitaria, avanzándose desde la tradicional colaboración en formación de pre y pos grado y la extensión universitaria en los servicios, a compartir la planificación de la salud y la creación de mallas curriculares en función de necesidades concretas, como es el caso de la formación de enfermeras y de profesionales comunitarios.

Nos enfrentamos a cambios acelerados, no sólo por la transición epidemiológica y poblacional, sino también por la reducción de los tiempos entre la generación del conocimiento y su aplicación práctica y la evolución tecnológica.

Por esto, las propuestas son:

► Complementar la actual formación de grado de las carreras relacionadas con la salud, para que los egresados adquieran destrezas en el trabajo en equipo interdisciplinario, la tarea intersectorial y el abordaje comunitario.

► Fortalecer en la Universidad una instancia permanente que participe del proceso de planificación del recurso humano en salud, en función de escenarios futuros.

► Fortalecer, junto con el Ministerio, la capacitación permanente en servicio del personal sanitario.

► Desarrollar conjuntamente la gestión del conocimiento, fomentando su generación, actualización y aplicación.

► Desarrollar espacios virtuales de capacitación.

Investigación y Desarrollo Tecnológico

La investigación en salud, en relación a las prioridades sanitarias, a la planificación de recursos humanos, a la gestión tecnológica y a los determinantes de la salud, es un tema de vital importancia para cimentar un sólido futuro sanitario. La relación con la Universidad y la Secretaría de Investigación y Desarrollo Tecnológico están avanzando y explorando formas nuevas de relacionamiento que necesitan ser fortalecidas.

Se propone:

► Junto a la Universidad, definir la agenda de investigaciones y de encuestas estratégicas para la salud provincial y gestionar su financiamiento, adecuando en lo posible, los procesos administrativos para una gestión ágil y eficaz, coordinando con las áreas de Planificación.

Cultura y Deportes

El Ministerio de Salud Pública de Tucumán mantiene como una de sus políticas sanitarias la acción sobre los condicionantes de la salud con el fin de fortalecer aquellos que tienen una influencia positiva, y eliminar o reducir a los que influyan negativamente a la salud.

La cultura y el uso del tiempo libre son determinantes de primera magnitud en relación a la salud, lo que está comprobado con evidencia científica suficiente. La cultura, como actitud frente a la sociedad, manifestación de características étnicas y expresión de la creatividad subjetiva y colectiva, se nos presenta como un campo de extraordinaria diversidad de oportunidades para crear condiciones favorables al bienestar humano, y por lo tanto, para la salud de las personas y de las comunidades. El deporte como práctica de uso del tiempo libre contribuye a la

promoción de la salud, a la prevención de diversas patologías de índole física y psicológica, y a su recuperación.

Por ello, se propone:

- ▶ Aportar, a través de técnicas adecuadas al proceso de recuperación de los pacientes, como complemento de las terapéuticas curativas o de rehabilitación.
- ▶ Llevar actividades culturales a los establecimientos de salud privilegiando a los pacientes como sujetos activos de las mismas.
- ▶ Desarrollar actividades, fuera y dentro del ámbito sanitario, que promuevan actitudes positivas, fomenten la creatividad y la expresión de ideas, especialmente de individuos o de grupos en riesgo, o de individuos o grupos que dirijan sus esfuerzos a promover los condicionantes positivos de la salud.
- ▶ Fomentar el uso adecuado y creativo del tiempo libre y la recreación.

Legislatura

La relación con la Honorable Legislatura de Tucumán fue positiva y permitió avanzar firmemente en la Reforma Sanitaria y aplicar normativas de alto impacto, como la ley de Medicamentos y la que prohíbe el uso de tabaco en lugares públicos cerrados (Ley 7575). Se trata entonces, de profundizar esta relación dándole una perspectiva al mediano plazo e identificar los requerimientos legales estratégicos para el desarrollo de la salud.

Con la Legislatura, las propuestas son:

- ▶ Adecuar el marco legal a fin de que se generen las condiciones para consolidar y avanzar con la Reforma Sanitaria, facilitando los procesos de gestión de recursos, y la asignación de funciones de juez sanitario al Ministro de Salud Pública.
- ▶ Asegurar la disponibilidad y accesibilidad para toda la población de alimentos for-

tificados con hierro. Por ejemplo, que todas las harinas de uso en panaderías estén suplementadas con hierro.

- ▶ Garantizar el reconocimiento de la salud mental como un componente de la salud imprescindible para el desarrollo integral de las personas.
- ▶ Garantizar la disponibilidad de recursos y servicios para la atención de la persona con discapacidad en estado de dependencia.
- ▶ Establecer la fluoruración de la sal común de mesa.
- ▶ Garantizar el desarrollo de prácticas de salud y seguridad en el trabajo.
- ▶ Actualizar la ley de Carrera Sanitaria.
- ▶ Disponer de una Ley de Presupuesto sustentable, para asegurar el cumplimiento de las metas del Plan.

***Anexo II: Formulario de Inscripción de Pacientes con
Enfermedades Crónicas***

Formulario para Inscripción de Pacientes en Programa de Enfermedades Crónicas

Servicio:			
Área Operativa:		Ficha Tipo: <input type="checkbox"/> Ingreso <input type="checkbox"/> Cambio Efector	
Datos Personales del Paciente			
Apellido:			
Nombre Completo:			
DNI Tipo/Número:		Fech. Nac.: / /	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		N° H.C.:	
Obra Social:		N° Afil.:	
Domicilio			
Calle:			
N°:	Piso:	Dpto:	Teléfono:
Localidad:		C.P.:	
Departamento:			
Pertenece al CAPS			
Ingresar a Programa			
DIABETES - HTA - SM		OBESIDAD	
<input type="checkbox"/> Tipo 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sobrepeso	
<input type="checkbox"/> Tipo 2	<input type="checkbox"/> Tipo 2 NO insulínizado	<input type="checkbox"/> Obesidad	
<input type="checkbox"/> Gestacional insulínizado	<input type="checkbox"/> Gestacional NO insulínizado	<input type="checkbox"/> Obesidad morbida	
<input type="checkbox"/> HTA	<input type="checkbox"/> SINDROME METABOLICO	<input type="checkbox"/> CELIACOS	
<input type="checkbox"/> EPILEPSIA	<input type="checkbox"/> TRASTORNOS COGNITIVOS	<input type="checkbox"/> PARKINSON	
REUMATOLOGIA		SALUD MENTAL	
<input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea		<input type="checkbox"/> Trastorno bipolar	
<input type="checkbox"/> Espondiloartritis		<input type="checkbox"/> Esquizofrenia	
<input type="checkbox"/> LES		<input type="checkbox"/> Trastorno psicótico	
<input type="checkbox"/> Otras enfermedades de tejido conectivo			



Formulario para Inscripción de Pacientes en Programa de Enfermedades Crónicas

Instructivo para el llenado del Formulario

- En **Servicio** consignar el Centro asistencial (CAPS/Hospital) donde se produce el Alta del paciente.
- En **Ficha Tipo** marcar:
 - Ingreso** si es por primera vez (Alta).
 - Cambio Efector** en caso que el paciente ya haya pertenecido al Programa en Servicio.
- Se deberá tildar el/los Programas en los que se da el Alta al paciente, Ej: DBT-HTA, DBT_Celiaquía, etc.
- Todos los datos del formulario deben completarse con letra clara, legible, preferentemente de molde y en mayúscula.
- En la sección **Domicilio** se deben completar todos los datos solicitados, de manera de poder ubicar perfectamente al paciente. Tener en cuenta que se debe registrar el último domicilio si se hubiese realizado cambio del mismo.

En todos los casos se deberá adjuntar fotocopia de DNI (1º y 2º hoja)
o cualquier otro documento que acredite identidad.

Anexo III: Formularios de Registro Informático

Nº

Caps Nº	Cód. HPGD	Tipo 04	Formulario Nº	Turno <input type="radio"/>	Actualizado <input type="radio"/>
---------	-----------	------------	---------------	--------------------------------	--------------------------------------

FORMULARIO Nº 4 - ODONTOLOGÍA - SALUD MENTAL - FONODILOGÍA - KINESIOLOGÍA

Apellidos y Nombres: Domicilio:
 DNI: F. Nac: / / Edad: F. Fam. Nº: Hist. Clínica Nº:
 Obra Social: Código: Nº Afiliado: Parentesco:
 Titular: DNI:
 Empleador: CUIL/ CUIT:
 Domicilio: Teléfono:
 Oficio: Fecha del último recibo de sueldo: / /

I) Datos del Prestador Cód. - Profesional: Guardia: Si No
II) Datos de la Consulta
 Fecha: / / Turno Nº: Embarazada: Si No
 Derivado por:
 Diagnóstico: Código:
 Tipo de Consulta: Primera vez / Ulterior

III) Odontología

Código Prestación	Pieza Dentaria	CIE10	Cara
-------------------	----------------	-------	------

1)
 2)
 3)
 * C _ _ P _ _ O _ _ D _ _ S _ _ c _ _ e _ _ o _ _ d _ _ s _ _ D+d= ____ Inicial ____ Final ____ * Ind. Dean:.....

Consejería: Si No
 Estado de Tratamiento: Espontánea / En Plan Tratamiento
 Alta: Básica / Integral I / Integral II
 Comunidad
 Programa de Salud Bucal: Escolar Embarazada

IV) Salud Mental

Consejería: Si No
 Evaluación de Desarrollo: Si No
 Prestaciones: Entrevista Psicot. Individual Entrevista G. Fam Psicot. Grupal Psicodiagnóstico

Cód. CIE 10: Diagnóstico:
 Cód. CIE 10: Diagnóstico:
 Estado de Tratamiento: Alta / Abandonado / En tratamiento

V) Fonoudiología

Prácticas		Tratamiento de Patologías		
Código	Descripción	Código	Descripción	
1)	1)	
2)	2)	
3)	3)	

VI) Kinesiología

Cód. CIE 10:	Diagnóstico:	Práctica	25 01 01	25 01 02	25 01 06
Cód. CIE 10:	Diagnóstico:	Respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cód. CIE 10:	Diagnóstico:	Neurológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cód. CIE 10:	Diagnóstico:	Traumatológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VII) Recupero de Costo 1) Cód 2) Cód 3) Cód 4) Cód 5) Cód

VIII) Tratamiento

Código	Descripción	Cant. Pres.	Cant. Ent.	Firma

IX) Derivación

Lugar al que se Deriva: Código del Establecimiento:
 Motivos de la Derivación: Por Estudio Complementario Interconsulta Riesgo
 Por Alta Complejidad Internación

X) General Fecha Próxima Cita: / / Observaciones:

Firma y Sello Enfermero Firma y Sello Médico Sello Efector Conforme Beneficiario / Acompañante (Carácter y Tipo y Nº de Doc.)

***Anexo IV: Funciones del Psicólogo y Referentes
Operativos de Atención Primaria***



**Dirección General de
Programa Integrado de Salud**

FUNCIONES DEL PSICOLOGO DE APS

NORMATIVA:

- Cumplir normativas y resoluciones vigentes de salud mental
- Aplicar las recomendaciones difundidas en las Guías de Práctica Clínica de Salud Mental elaboradas por la División Salud Mental del SI.PRO.SA
- Aplicar las recomendaciones de procedimientos a realizar emanadas de los programas priorizados de salud mental
- Mantener un nivel adecuado de actualización de conocimientos

PROGRAMACIÓN:

- Realizar diagnósticos sobre la situación epidemiológica de salud mental de su área de responsabilidad.
- Organizar las tareas de prevención y promoción, asistencia y rehabilitación en base a prioridades epidemiológicas del área de responsabilidad y programas priorizados de salud mental.

PROMOCION Y PREVENCION:

- Implementar acciones locales respondiendo a los lineamientos de los programas de salud mental priorizados.
- Las actividades deberán planificarse, organizarse e implementarse en el marco de una programación local.
- Promover el trabajo con organismos comunitarios a fin de generar su participación en el abordaje de problemáticas de salud mental.
- Se espera que el profesional destine un 40% de su tiempo (2 días a la semana) a la ejecución de estas actividades.

ASISTENCIA:

- Recepción, clasificación y orientación de la demanda según necesidad
- Brindar asistencia a problemáticas de salud mental leves, moderadas y severas en articulación con los servicios de salud mental de 2 y 3ª Nivel de Atención y otros sectores involucrados según necesidad.
- Realizar referencia y contrarreferencia de casos.

- Realizar interconsultas con servicios de salud mental de Hospitales de 2 y 3ª Nivel de Atención.
- Se espera un promedio de atención diario de 5 a 6 consultas; el tiempo estimado de cada consulta oscila entre 30 a 45 minutos.

REHABILITACION:

- Acompañar procesos de externación de pacientes de hospitales de salud mental, realizando seguimiento observado de casos conjuntamente con el equipo del CAPS realizando seguimiento y control de cumplimiento de tratamiento, conjuntamente con el equipo del CAPS y en articulación con el 2ª y 3ª Nivel de Atención.

DOCENCIA E INVESTIGACIÓN:

- Proveer capacitación básica en salud mental al equipo de salud de CAPS u Hospitales de la red.
- Participar en los sistemas de formación de pregrado y postgrado que se implementan en el SI.PRO.SA.
- Participar en proyectos locales de investigación sobre temáticas de salud mental.

REGISTRO DE ACTIVIDADES:

- Incluir las prestaciones realizadas en la HC del paciente.
- Confección de planillas diarias y mensuales de salud mental en base a normativa vigente.
- Completar formulario Nª 4 del Sistema Informático.



Dep. de Coordinación Programática de DGRS - División Salud Mental de DGPRIS

REFERENTES OPERATIVOS DE SALUD MENTAL

Las estrategias y principios plasmados en el Plan Salud al Bicentenario, orientaron las acciones que se desarrollaron a nivel programático y operativo en el área de salud mental en los últimos periodos.

La transformación del modelo prestador asilar hacia el modelo de salud mental comunitaria, supone la incorporación de principios, que posibiliten abordar las afecciones mentales desde una perspectiva biopsicosocial, el reconocimiento de los derechos de los usuarios, su autonomía y necesaria participación en el proceso de recuperación; así como la incorporación de recomendaciones basadas en evidencia científica, que posibiliten a los equipos de salud el desarrollo de buenas prácticas.

A partir de esta política se considera la necesidad de implementar la función del Referente Operativo de salud mental, a fin de operativizar y garantizar la respuesta de salud mental de APS.

Teniendo en cuenta el análisis de los resultados obtenidos a nivel de producción de los servicios experiencias del trabajo grupal, y proyectos locales implementados, consideramos necesario contar con la figura de un referente o por área operativa a fin de ordenar y coordinar el trabajo de los equipos de salud mental, que incluya además a los psiquiatras, asistentes sociales, agentes sanitarios, fonoaudiólogos, apuntando a fomentar el trabajo interdisciplinario.

Se espera que el referente de Área Operativa desarrolle su tarea teniendo como ejes:

1. Perspectiva biopsicosocial de los trastornos mentales
2. Accesibilidad
3. Atención integral e integrada a la red sanitaria según niveles de complejidad
4. Continuidad de cuidados

5. Territorialidad
6. Intersectorialidad
7. Participación Comunitaria
8. Coordinación con la DGRS, y la DSM

FUNCIONES

1. El referente de SM del AO, *deberá gestionar y coordinar la respuesta de SM del Área Operativa*; siguiendo los lineamientos operativos de la DGRS y normativos de la DSM; para ello deberá tener información del área operativa, lo más actualizada posible sobre:
 - Disponibilidad de servicios:** Mantener actualizado el directorio de profesionales, y los cambios que se produjeran.
 - Situación epidemiológica del área,** en base a relevamientos locales e informes del Programa de Información y Vigilancia Epidemiológica de SM.
2. Conocer las características epidemiológicas generales de su área operativa:
 - Tipo de población y los factores de riesgo de la zona
 - Las patologías prevalentes
 - Recursos comunitarios existentes
 - Características generales de los servicios y los modos de inserción del psicólogo dentro del caps.
 - Las fortalezas y debilidades de las respuestas del área, a fin de poder diagramar con la DGRS actividades de intervención con los equipos.
3. Promover la aplicación y ejecución de los programas vigentes de la DSM
4. Promover el cumplimiento de las funciones del psicólogo de APS
5. Coordinar la gestión y seguimiento de aquellos casos clínicos, que por el grado de complejidad o vulnerabilidad, requieran.
6. Acompañar en la gestión y seguimiento de casos complejos a los profesionales del Área.

7. Fomentar, promover implementación de proyectos locales comunitarios y preventivos.
8. Coordinar con la Red de Servicio la organización de las reuniones de salud mental del área, constituyéndose en el nexo entre los equipos de profesionales de salud mental y la DGRS.
9. Registrar todas las tareas concernientes a su función, a fin de que pueda servir para análisis posteriores.

***Anexo V: Canasta Básica de Prestaciones de Salud
Mental***



Canasta Básica de Prestaciones de Salud Mental

EMBARAZO Y PUERPERIO

Actividades promocionales
 Consejería individual y familiar
 Psicoprofilaxis obstétrica
 Consulta y orientación de la demanda
 Evaluación Psicodiagnóstica
 Evaluación Psiquiátrica
 Psicoterapia individual y grupal
 Atención de urgencias
 Internación corta estadia
 Psicoeducación a familiares y usuarios
 Trat. Psicofarmacológico
 Interconsulta
 Referencia y Contrarreferencia

MENORES DE 12 MESES

Actividades promocionales
 Consejería a padres
 Evaluación de desarrollo
 Estimulación Temprana/RBC
 Psicoterapia a padres
 Atención de urgencias
 Interconsulta
 Referencia y Contrarreferencia

NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS

Actividades promocionales
 Consejería a padres
 Evaluación de desarrollo
 Estimulación Temprana/RBC
 Consulta y orientación de la demanda
 Evaluación Psicodiagnóstica
 Evaluación Psiquiátrica
 Psicoterapia individual y familiar
 Atención de urgencias

Interconsulta
 Trat. Psicofarmacológico
 Referencia y Contrarreferencia
 Psicoeducación a familiares y usuarios

NIÑOS DE 5 A 13 AÑOS

Actividades promocionales
 Consejería individual y familiar
 Consulta y orientación de la demanda
 Evaluación Psicodiagnóstica infantil
 Evaluación Psiquiátrica infantil
 Psicoterapia individual y grupal
 Trat. Psicofarmacológico
 Psicoeducación a familiares y usuarios
 Referencia y Contrarreferencia
 Interconsulta
 Atención de urgencias
 Internación corta estadia
 Rehabilitación y reinserción social

ADOLESCENTES DE 14 a 18 AÑOS

Actividades promocionales
 Consejería individual y familiar
 Consulta y orientación de la demanda
 Evaluación Psicodiagnóstica
 Evaluación Psiquiátrica
 Psicoterapia individual y grupal
 Trat. Psicofarmacológico
 Atención de urgencias
 Psicoeducación a familiares y usuarios
 Internación corta estadia
 Interconsulta
 Rehabilitación y reinserción social
 Referencia y Contrarreferencia

ADULTOS DE 19 A 45 AÑOS

Actividades promocionales
Consejería individual y familiar
Consulta y orientación de la demanda
Evaluación Psicodiagnóstica
Evaluación Psiquiátrica
Psicoterapia individual, familiar grupal
Tr. Psicofarmacológico
Atención de urgencias
Internación corta estadia
Interconsulta
Psicoeducación a familiares y usuarios
Rehabilitación y reinserción social
Referencia y Contrarreferencia

ADULTOS 46 A MAS DE 60 AÑOS

Actividades promocionales
Consejería individual y familiar
Consulta y orientación de la demanda
Evaluación Psicodiagnóstica
Evaluación Psiquiátrica
Evaluación Neuropsicológica
Psicoterapia individual y grupal
Atención de urgencias
Interconsulta
Internación corta estadia
Tr.Psicofarmacológico
Psicoeducación familiares y usuarios
Rehabilitación y reinserción social
Referencia y Contrarreferencia

Anexo VI: Ley Provincial de Salud Mental N° 8726

Honorable Legislatura
Tucumán

P.L. 67/2014.-



La Legislatura de la Provincia de Tucumán, sanciona con fuerza de

LEY:

Artículo 1°.- Adhiere la Provincia de Tucumán, a la Ley N° 26.657 (Derecho a la Protección de la Salud Mental) y a su Decreto Reglamentario N° 603/2013.

Art. 2°.- La Autoridad de Aplicación de la presente Ley, será el Ministerio de Salud Pública de la Provincia, a través del Sistema Provincial de Salud (Si.ProSa).

Art. 3°.- La Autoridad de Aplicación establecerá los plazos de adecuación y la instrumentación de reformas que garanticen el pleno cumplimiento de lo establecido en la Ley N° 26.657. Los derechos y obligaciones de los usuarios, los profesionales y los prestadores de servicios de salud, contemplados en la presente Ley, tienen plena vigencia a partir de su promulgación, sin perjuicio al dictado de su reglamentación.

Los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente Ley.

Art. 4°.- En el ámbito de la Defensoría del Pueblo de la Provincia, se creará un Organo de Revisión de Salud Mental de la Provincia de Tucumán con el objeto de promover el resguardo de los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud mental, en especial de las personas internadas y también de todas aquellas sometidas a procesos judiciales iniciados por cuestiones de salud mental y adicciones.

Art. 5°.- El Organo de Revisión Provincial debe ser multidisciplinario, y estará integrado por: un (1) representante del Ministerio de Salud; un (1) representante del Ministerio de Desarrollo Social; un (1) representante de la Legislatura Provincial; un (1) representante de la Secretaría de Estado de Derechos Humanos; un (1) representante de la Defensoría del Pueblo de la Provincia; también se invitará a integrar este Organo de Revisión a un (1) representante del INADI; y un (1) representante de organizaciones no gubernamentales, con reconocida trayectoria en la temática de salud mental y consumos problemáticos.

Art. 6°.- El Organo de Revisión Provincial confeccionará un registro actualizado de instituciones que brindan servicios de Salud Mental o Adicciones. A tal efecto, podrá requerir a dichas instituciones la información que fuera necesaria para conformarlo. Será obligación de toda institución habilitada por el SIPROSA, que brinde servicios de Salud Mental o de Adicciones, inscribirse en el mencionado registro.

Art. 7°.- La Autoridad de Aplicación de la presente Ley, realizará monitoreos periódicos sobre los servicios de salud de los subsectores público, privado y de la seguridad social a fin de garantizar el cumplimiento de esta Ley en lo relativo a la prestación de servicios asistenciales y su terapéutica integral (médico, psicológico y social). Asimismo, deberá promover el desarrollo de estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados.





"Bicentenario de la Independencia 2010-2016"

*Honorable Legislatura
Tucumán*



Art. 8°.- La Autoridad de Aplicación de la Provincia, con el asesoramiento del Órgano de Revisión Provincial, será responsable de la elaboración de un Plan Provincial de Salud Mental participativo, interdisciplinario e intersectorial, cuyos criterios fundamentales son los establecidos en la Ley N° 26.657.

Art. 9°.- Créase el Consejo Consultivo de Salud Mental y Consumos Problemáticos, de carácter honorario, integrado por las organizaciones de la comunidad que cumplan con las características establecidas en el Art. 5° de la presente Ley, convocadas por la Autoridad de Aplicación.

Art. 10.- El Subsidio de Salud, las obras sociales y prestadores de medicina prepaga que desarrollan sus actividades en la Provincia, deberán incluir en su menú prestacional los servicios garantizados y autorizados por la presente Ley en un plazo no mayor a ciento veinte (120) días a partir de la promulgación de esta Ley.

Art. 11.- El Poder Ejecutivo, en uso de facultades que le son propias, firmará convenios con el Poder Ejecutivo Nacional, y, podrá crear dependencias u organismos, con el objeto de garantizar el desarrollo de acciones conjuntas tendientes a implementar los principios expuestos en la presente Ley y en la Ley N° 26.657.

Art. 12.- Derógase la Ley N° 7881.

Art. 13.- El Poder Ejecutivo, reglamentará la presente Ley en un plazo no mayor a 120 días contados a partir de su fecha de promulgación.

Art. 14.- Comuníquese.

Dada en la Sala de Sesiones de la Honorable Legislatura de la Provincia de Tucumán, a los diecisiete días del mes de octubre del año dos mil catorce.

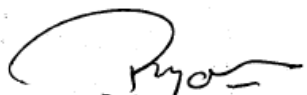
JUAN ANTONIO RUIZ OLIVARES
SECRETARIO
H. LEGISLATURA DE TUCUMAN

MANUEL FERNÁNDEZ
VICEPRESIDENTE 2°
H. LEGISLATURA DE TUCUMAN

REGISTRADA BAJO EL N° 8.726.-

San Miguel de Tucumán, 5 de noviembre de 2014.-

**Promúlguese como Ley de la Provincia,
conforme a lo establecido por el Artículo 71 de la Constitución Provincial,
cúmplase, comuníquese, publíquese en el Boletín Oficial y archívese en el
Registro Oficial de Leyes y Decretos.-**


Dr. PABLO RAUL YEDLIN
MINISTRO de SALUD PUBLICA


S.P.N. JOSÉ JORGE ALPEROVICH
GOBERNADOR DE TUCUMÁN