

Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Trabajo Final Integrador

Autora: Clara Szpindel

EL MODELO DE ATENCION EN SALUD MENTAL, EN LA ARGENTINA EN EL SUBSECTOR PUBLICO

2005

Citar como: Szpindel, C. (2005). El modelo de atencion en salud mental en la Argentina en el subsector publico. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

EL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN LA ARGENTINA EN EL SUBSECTOR PÚBLICO

1- INTRODUCCIÓN -

La historia de los modelos de atención en Salud Mental dan cuenta de la dificultad en abordar esta temática en tanto se conjugan en ella cuestiones individuales, familiares, sociales, jurídicas, culturales. Asimismo la complejidad suele dividir las aguas entre miradas biologists, sociológicas, comunitarias, formando distintas escuelas de abordaje de la problemática.

El estigma que pesa sobre el enfermo mental despierta temor y rechazo, dando lugar a prácticas de exclusión y el psiquiatra sigue siendo considerado, en relación con las otras prácticas médicas, un extraño que trabaja en los manicomios.

La salud mental, tanto en nuestro país como en el mundo, suele estar excluida de las políticas públicas. Por otro lado y dándole relevancia al tema el lema del Día Mundial de la Salud del año 2001 fue "Salud Mental: sí a la atención, no a la exclusión". Con ello la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha querido subrayar que no existe justificación alguna para excluir de las comunidades a las personas que padecen enfermedades mentales, ya que se disponen de conocimientos que ofrecen esperanzas fundadas para su atención en la comunidad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11% de la población planetaria padece severos trastornos mentales y neurológicos. La proyección estadística de esta tendencia anticipa que dentro de 20 años esta clase de patología ocupará el segundo lugar entre las causas de invalidez en el mundo.

En tanto el proceso salud- enfermedad está determinado por factores biológicos, sociales y económicos las distintas estrategias para abordar la atención de la salud mental ha respondido a los modelos de las políticas nacionales imperantes en cada momento histórico.

Este trabajo propone un recorrido por la historia de los abordajes y prácticas de la salud mental en Argentina a partir de los distintos modos como se entendió la locura, las distintas prácticas profesionales y su influencia en el tipo de tratamiento.

Se propone también describir y analizar de la experiencia implementada en la provincia de Río Negro a partir del modelo de atención a la salud mental desarrollado.

En el anexo de este trabajo se presentan los diversos modelos de atención vigentes que ofrece en la actualidad en el subsector público en el área de salud mental.

2- PLANTEAMIENTO DEL TEMA/ PROBLEMA-

2.1- ANTECEDENTES-

Durante muchos siglos, la locura fue interpretada como posesión demoníaca. La falta de conocimiento científico y las supersticiones hicieron que la primera necesidad fuera proteger a la sociedad de los posibles actos agresivos e irracionales de estos seres extraños. El Rey babilónico Hammurabi (2100 AC) impuso en su código, entre otras cosas, normas legales relacionadas con la enfermedad mental y que a través de la Ley de las Doce Tablas Romanas, llegaron hasta nuestros días por medio del Código Napoleónico. Las disposiciones legales se centraban así en la privación de los derechos políticos y civiles del alienado.

Dentro del área de la salud, pero de algún modo excluida, la salud mental ha sido abordada desde las políticas públicas dentro de un amplio espectro que va desde un extremo biologista a un extremo comunitario, pasando por las distintas conceptualizaciones teóricas que dan un abanico de posibilidades respecto a los tratamientos del enfermo mental. Por un lado la comprensión promueve acciones de beneficencia desde la salud pública, por otro lado la segregación da lugar a la creación de grandes establecimientos donde los enfermos son internados, manteniéndose allí en malas condiciones de vida tendiendo a la cronificación.

La ciencia médica basada en evidencias y resultados ha dejado en distintas épocas fuera a la psiquiatría, especialidad “de locos” y “para locos”. Los avances en medicamentos en los últimos años ha aquietado en parte esta exclusión, hay un lugar concreto (el cerebro) y una pastilla que vuelve al “anormal” un poco más normal. De cualquier modo la idea estigmatizante sigue existiendo.

A partir de las estrategias que se plantean para abordar los problemas de salud mental se propicia la exclusión o inclusión social de las personas con problemáticas mentales, éstas estrategias además se incluyen en un contexto político más amplio. Las representaciones que cada sociedad hace acerca de la enfermedad mental determina el abordaje que se realiza de la misma y da lugar a distintas orientaciones teóricas.

Si bien la crítica al modelo manicomial, comienza a principios de siglo, su auge es mayor alrededor de los años 50 y a posteriori donde el Estado adquiere un fuerte contenido social con preocupación por el bienestar y la salud de su población. La mayoría de los cambios en las políticas de salud mental, están vinculados a reformas sanitarias más amplias.

2.2- - DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA-

Desde mediados del siglo XX, la problemática de salud mental, comienza a ser tenida en cuenta en forma similar a la de la salud física. El cuerpo de conocimientos psiquiátricos se va integrando en el cuerpo de conocimientos médicos. El avance de la investigación psicofarmacológica promueve asimismo estabilización en cuadros que anteriormente sufrían un gran deterioro en sus capacidades cognitivas y vinculares. Por los años 70 existen en nuestro país alrededor de 18 establecimientos de internación psiquiátrica dependientes del Ministerio de Salud Nacional.

Según un estudio (Lima Quintana- OPS, 1999), en la Argentina, el subsector público cuenta con cuarenta establecimientos de salud mental. La mayor parte (35 establecimientos) corresponden a internación crónica. La cantidad total de camas es 15.069 y la mayor proporción (98%) corresponde a los establecimientos con internación crónica.

De cualquier modo la salud mental sigue siendo entendida como la atención de las patologías graves, no se realizan casi acciones de promoción y prevención, en la mayoría de las provincias el presupuesto asignado a salud mental es mínimo, y la cantidad de profesionales no médicos (psicólogos, psicopedagogos, terapeutas ocupacionales, etc.) que trabajan en el sector no llega a cubrir las necesidades de la población que cada vez más presenta problemáticas psíquicas como violencia, alcoholismo, embarazo adolescente, sintomatología fóbica, etc.

El envejecimiento de la población y el agravamiento de los problemas sociales permiten prever un aumento del número de afectados. Entre las 10 primeras causas de discapacidad en el mundo, cuatro corresponden ya a trastornos mentales. Esta carga creciente supone un costo enorme en sufrimiento humano, discapacidad y pérdidas económicas. Por otra parte, los grupos vulnerables son los que menos atención reciben por dificultades en la accesibilidad a los servicios.

Aunque la carga impuesta a la salud por el sufrimiento psíquico es enorme, las estadísticas habituales de salud no la representan adecuadamente, debido en parte a que el acento está puesto en la mortalidad y no en la morbilidad o la discapacidad. Las estadísticas nacionales e internacionales de salud no reflejan la enorme cuota de sufrimiento impuesta por los trastornos mentales, en tanto estos no son la causa inmediata de mortalidad. Por ejemplo, aún en los casos en que un suicidio representa una disfunción ocasionada por depresión, esquizofrenia o fármaco dependencia, la muerte es tabulada como suicidio.

Por otra parte, la estigmatización del enfermo mental, largamente teorizada, promueve su aislamiento como respuesta social y su cronificación. La disminución de la autoestima y la discriminación en los ámbitos laborales y sociales, la vergüenza y desaprobación incrementa la exclusión.

El comportamiento de una persona para lograr su bienestar está determinado por su salud mental, a su vez la falta de atención desde la salud pública favorece

condiciones de riesgo que incrementan la patología. Las barreras para el acceso a los servicios de salud o la baja calidad de los mismos es otro factor que promueve la exclusión de la población con trastornos mentales.

El modelo de internación en asilos, alejados de la ciudad y de la familia de los internos, la ausencia de respeto por los derechos humanos, no son productores de salud sino que incrementan el estigma que pesa sobre esta población. La condición de vulnerabilidad por la pérdida de los lazos socio- familiares y económicos que implica la institucionalización deja a los enfermos mentales excluidos de la sociedad. Por otro lado, en los Centros de Atención Primaria o Consultorios Externos las largas listas de espera hacen difícil dar una atención eficaz a las patologías mentales.

El contexto socio-económico en el que hoy vive nuestra población incrementa el padecimiento mental, apareciendo mayores índices de alcoholismo, dificultades de aprendizaje en los niños, violencia familiar y un gran incremento de conductas de riesgo en los adolescentes (accidentes de tránsito, riesgo de contagio de VIH, embarazo de jóvenes púberes, suicidio).

La influencia que los estados emocionales producen en las enfermedades cerebrovasculares y las cardíacas; el peso de los estilos de vida que día a día cobra nuevas vidas (accidentes, alcoholismo, suicidios), lleva a reformular la manera en que nuestro sistema de salud responde.

En el año 2002/2003, la Unidad Coordinadora de Salud Mental del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, realizó un relevamiento de efectores del sistema público en todas las provincias argentinas. (VER ANEXO I)

En el mismo se puede observar que en todas las provincias, existen camas de internación en los Hospitales generales, esta estrategia da cuenta de un cambio positivo, en el modo de abordar la patología mental, ya que permite la no

cronificación y exclusión, en tanto una crisis puede ser atendida con psicoterapia y psicofármacos y ser dado de alta en tiempos menores, que los que en otras épocas se solía, mantener internado a los pacientes, muchos de ellos hasta su muerte.

Por otro lado se mantienen los establecimientos asilares, como en Córdoba, Misiones, Corrientes, Entre Ríos, Jujuy, Salta, Provincia de Buenos Aires, muchas de ellas con 100, 200 camas de internación. Sólo la Provincia de Buenos Aires, tiene en Hospitales Monovalentes alrededor de 3700 camas de internación. Estos datos dan cuenta de que la transformación a un modelo de atención que respete los derechos humanos y posibilite al enfermo mental su inclusión en la vida social está lejos aún de ser alcanzado en nuestro país.

Asimismo la cantidad de profesionales trabajando en el área, por ejemplo, 10 psicólogos en Santiago del Estero, 11 psicólogos en La Rioja, hace casi imposible reformular los modelos de abordaje y poder dar una atención adecuada en calidad con criterios de prevención a la población de esas provincias.

3- DESARROLLO-

1° Etapa - El Higienismo-

En nuestro país, a principios de siglo la temática de la salud mental queda vinculada a la higiene social. Se trata de combatir a aquellos agentes que perturban el orden social y que podrían provocar un daño a la comunidad, la prostitución, el alcoholismo, la vagancia, la indigencia era englobado junto con las enfermedades infecciosas y debía ser controlado.

La autoridad sanitaria a través de leyes, ordenanzas y la creación de instituciones adecuadas sería la encargada de resguardar a la población respetable del flagelo moral.

El higienismo, que entiende a la sociedad como enferma, liga su discurso al de la criminología y aparece el concepto de locura moral. La psiquiatría comienza a ocuparse de las costumbres, de los modos de vida de los ciudadanos, promoviendo medidas preventivas y se trabaja en la educación a la infancia.

El Derecho pide ayuda a las Ciencias Médicas para determinar la personalidad de los criminales. Los trabajos de Lombroso, Garófalo y Ferri que estudian respectivamente los aspectos anatómicos, psicológicos y sociológicos del delincuente son tomados como referente para las decisiones jurídicas. Esto conduce a condicionar la pena al delincuente y no al delito, y se excluye así del castigo a los niños, a los imbeciles y a los locos.

Alrededor de 1852 se creó el Consejo de Higiene Pública dependiente del Gobierno Federal, estaba formado por el cirujano mayor del Ejército, el administrador general de la vacuna, los médicos de policía y del puerto y de un secretario. A su cargo estaba todo lo relacionado con la salubridad pública, la inspección de las vacunas, de los puertos, la vigilancia sobre la venta de medicamentos, la policía sanitaria y las visitas sanitarias.

Alrededor de 1857 se creó la Comisión de Higiene dependiente de la Municipalidad de Buenos Aires, alrededor de 1880 el Consejo pasó a ser Departamento Nacional de Higiene. Este organismo se ocupaba de la administración de los hospitales, los asilos y el control de las medidas de desinfección y vacunación.

Por 1860 las tasas de mortalidad en la Ciudad de Buenos Aires eran de entre un 30 y un 35%(A. Alvarez, 1999), la suciedad en las calles, la falta de hospitales, hacían comparables la tasa de mortalidad en la Ciudad de Buenos Aires con las de Europa del siglo XVIII.

Es durante la intendencia de Torcuato de Alvear (1879-1887) donde se inician los cambios con un plan de saneamiento y equipamiento hospitalario.

Los médicos higienistas de aquella época basados en el pensamiento de la medicina positiva promovieron una serie de transformaciones para mejorar las condiciones sanitarias, controlar las enfermedades infecciosas y morales creando una autoridad sanitaria que “regenere” a la población de sus males. El cuerpo médico inspeccionaba los conventillos, los mercados, los colegios, tratando de rectificar formas de comportamiento (alimenticias, sexuales, etc.) que se consideraban dañinas para el “progreso moral” de la población.

En 1898 con la Ley 1420 de Educación común, surge el Servicio Social, donde se otorga especial importancia a la salud de los escolares y luego en 1924 se oficializa la formación de las Visitadoras de Higiene social con dedicación especial al desarrollo y crecimiento de los niños.

La medicalización entendía que la sociedad producía individuos degenerados, desde lo cual se pensaba lo normal, promoviendo planteos de integración o de segregación.

Se acentuaban las medidas preventivas, se proponía la creación de asilos para locos morales y se trabajaba en la educación a la infancia. Así las tareas del legislador y del juez serán determinar el grado de voluntad en el criminal, necesitando el derecho auxiliarse con las ciencias médicas. Concluyen estas discusiones con la criminología de César Lombroso, donde aspectos, biopsicológicos y sociales confluyen para determinar la personalidad del criminal.

A principios de siglo se producen serias discusiones acerca de la responsabilidad o no de los sujetos respecto a los delitos cometidos. José Ingenieros por aquella época critica la posición de cierta psiquiatría, la de los alienistas, que irresponsabilizaban al loco de sus actos, planteando que más que eximir de pena al delincuente en razón de su desequilibrio o anormalidad, se debe recluir al individuo enfermo o para su curación o para su aislamiento total, ya que siendo más temible la represión debe ser mayor.

2º Etapa- El surgimiento de las Colonias-

Hasta la primera mitad de la década del 40 había un sistema de hospitales subvencionados y administrados en parte por el Estado y en parte por la Beneficencia. Es interesante señalar que los enfermos mentales varones dependían del Ministerio de Relaciones Exteriores y las enfermas mujeres del Ministerio del Interior.

A partir de principios del siglo XX hasta la fecha, dos hitos han marcado las políticas de salud mental: La era de Domingo Cabred y la era de Ramón Carrillo.

La primera realizada a comienzos de siglo significó toda una revolución en su época con la habilitación de las colonias con el sistema "open door", así como la organización de las instituciones asistenciales bajo la concepción hospicial.

La segunda y coincidiendo con la mitad del siglo, Ramón Carrillo inicia una intensa campaña para transformar los hospicios en centros de salud mental, bregando por el mayor contacto del hospital con la comunidad a través de estructuras adecuadas.

Al finalizar el siglo XIX la atención médica en nuestro país resultaba muy precaria. El desamparo del enfermo indigente o de escasos recursos era total. En la Capital Federal los pocos establecimientos hospitalarios eran para pacientes del interior que podían pagar su traslado. El Dr. Domingo Cabred, a principios del siglo XX representa una avanzada en la psiquiatría. Había viajado en el año 1889 a la colonia de Alt Scherbitz en Alemania (Sajonia Prusiana). Estudia el llamado Sistema Open Door, en el que la población internada se dedicaba a la agricultura, jardinería, horticultura y trabajos artesanales. Se le encomienda realizar algo similar en nuestro país. El lugar elegido fue una finca de 600 hectáreas a 70 km de la Capital Federal. En 1901 se internaron los primeros 11 pacientes provenientes del entonces Hospicio de las Mercedes. Se realiza de algún modo una revolución con la habilitación de

Colonias con el sistema "open door", donde los pacientes internados realizan una intensa actividad fabricando calzado, ropa, muebles, criando animales, produciendo hortaliza para consumo interno y para la venta. A medida que se saturaban los hospicios los pacientes eran derivados a las colonias.

Las psicoterapias que se practicaban durante los años 20 en Buenos Aires, estaban a cargo de legos que utilizaban muchas veces sus habilidades sugestivas con fines terapéuticos. En 1919 se funda la Sociedad Argentina de Psiquiatría y Neurología (una sección de la Asociación Médica Argentina) quién realiza un Congreso latinoamericano de la especialidad en –Buenos Aires en 1928, a partir de este Congreso se puso un límite efectivo a las prácticas de los "charlatanes". A partir de 1931 se realizaban reuniones anuales con trabajos sobre psicoterapia e higiene mental.

3° Etapa- Establecimientos de Internación

En 1946, con el advenimiento del gobierno justicialista se crea la Secretaria de Estado de Salud Pública sucesora del Departamento Nacional de Higiene que se transforma en Ministerio de Salud Pública en 1949, al frente del cual se hallaba el Dr. Ramón Carrillo. En esta época se instala una importante infraestructura pública en cantidad y calidad, con una política definida con relación a la atención primaria de la salud tendiendo a la justicia social y a la equidad.

Este Ministro define al Centro de Salud como: "La Institución integrativa de la asistencia médico- ambulatoria, médico-sanitaria y médico –social que actúa sobre el individuo y su familia, su medio ambiente biológico, biofisiológico y social con el objeto de habilitarlos física, intelectual y moralmente frente a las contingencias posibles o actuales de la enfermedad, todo ello dentro de un radio y núcleo determinado de población"

Como se ve, el Dr. Carrillo, fue fuertemente innovador respecto a las políticas públicas en salud, abordó la temática del ser humano en su integralidad, incluyendo así mismo la noción de planificación como respuesta de calidad en el sistema de salud. Consideró que había que reorganizar los establecimientos de internación de enfermos mentales aplicando conceptos terapéuticos más modernos, planificando las camas de salud mental de modo de permitir que los internados se encuentren más cerca de sus familias evitando de este modo la cronificación.

Alrededor de 1940 los primeros médicos que comenzaron a interiorizarse del pensamiento de Freud y las teorías psicoanalíticas tenían como referentes a Angel Garma y a Celés Cárcamo

En el año 1943 comienza a funcionar la Asociación Psicoanalítica Argentina, formado por un pequeño grupo de personas. El primer reglamento para la formación de psicoanalistas, en 1948, requería el título de médico en el caso de analista de adultos y el título pedagógico para el analista de niños, además de un programa formal de entrenamiento.

Los psicoanalistas de cierto renombre en aquel momento incursionan con fuerza en el ámbito hospitalario, Pichón Riviere en el Hospicio de las Mercedes y Arnaldo Rascovsky en el Hospital de Niños dentro del Servicio de Neuropsiquiatría Infantil.

A partir de 1944 Pichón Riviere dictaba el curso de psiquiatría psicoanalítica en el Hospicio, los candidatos de APA debían formarse allí obligatoriamente en psiquiatría. En 1947 fue nombrado Jefe del Servicio de Psiquiatría de la Edad Juvenil, se realizaban allí grupos de jóvenes que revolucionó el clima del viejo hospicio. Estas primeras experiencias grupales tuvieron orientación psicoanalítica.

Desde la implementación del Programa de Salud Mental de 1967, las instituciones de salud mental en nuestro país pueden diferenciarse del siguiente modo:

- Los Hospitales psiquiátricos, muchos de ellos ligados a las cátedras de medicina de las Facultades de Medicina, en 1966 había 17 de este tipo.

- Las Colonias psiquiátricas, para rehabilitación de enfermos de larga internación, antes de 1967 había 6 y se crean otros 7, en Catamarca, Córdoba, Corrientes, Chubut, Entre Rios, Rio Negro y San Juan.
- Hogares para oligofrénicos, había uno en San Juan.
- Talleres protegidos, había 2 en Capital Federal. Centro de Salud Mental había 2 y con el programa se crea uno más. Servicios psiquiátricos en Hospitales generales había 14 y a partir del Programa se crean 22 más.

Tanto los Servicios de psiquiatría en Hospitales Generales como los Centros de Salud promovieron una demanda distinta de la que recibían los hospicios, estos lugares se constituyeron en centros de formación profesional especialmente del psicoanálisis, lo que provocó una gran expansión del mismo.

En 1953 se creó la Carrera de auxiliar de psicotecnia en Rosario, tenía una duración de 2 años y formaba personas para tareas auxiliares en el campo educacional y clínico. Antes de esto se enseñaba psicología en carreras de filosofía y profesorado. La primera carrera universitaria de Psicología en el país comenzó en 1956 en Rosario. En la Universidad de Buenos Aires, la carrera de Psicología comenzó en 1957.

En nuestro país con el psicoanálisis ya implantado, fue fuerte su influencia en dichas facultades.

A partir del año 1952 en las distintas jornadas de psiquiatría que se realizan surgen las discusiones desde las distintas escuelas: fenomenólogos, pavlovianos, freudianos, los ejes de discusión eran alrededor de los alcances y limitaciones de la psicoterapia, el uso de los psicofármacos y el peso que las distintas escuelas podían tener en el hospicio y el hospital general.

Por aquellos años se comienza a tomar el concepto de salud mental, propulsado por la OMS reemplazando al término higiene mental. Este nuevo concepto vinculaba el

enfoque de la psiquiatría con la medicina general y con otras disciplinas como la Psicología y la Sociología.

El Instituto Nacional de Salud Mental, su creación, evolución y desarrollo (INSM).

Enmarcado en los nuevos lineamientos a nivel mundial y a partir del fuerte impulso que en los años 50 se le da a la experiencia de los Estados Unidos, se crea, en la Argentina por Decreto Ley N° 12.628/57 el Instituto Nacional de Salud Mental.

En Estados Unidos se venía trabajando en la creación de servicios de atención e internación de salud mental en hospitales generales, dichos servicios tendían a la humanización de la atención y a la implementación de mayor cantidad de centros de atención ambulatoria, se esperaba que esto permitiera una disminución de la internación y de la cronificación de los pacientes.

El Instituto toma el carácter de organismo descentralizado y autárquico con personería jurídica e individualidad financiera.

Sus objetivos eran:

- Prevenir las enfermedades neuropsiquiátricas
- Promover la investigación científica
- Prestar asistencia integral
- Contribuir a la recuperación y rehabilitación social

- Prestar asesoramiento a todos los organismos
- Coordinar y asesorar las actividades en el ámbito nacional, provincial, municipal y privados.

El decreto tiene explicitado los 3 niveles de atención, primario, secundario y terciario, así mismo define su actividad de investigación como base del asesoramiento a otros organismos y jurisdicciones y plantea su responsabilidad como organismo del Estado. En el mismo decreto se crea: 1) Un Consejo Nacional de Salud Mental. El Consejo tenía 5 Departamentos: Educación, Investigación, Relaciones Públicas, Asistencia y Prevención y 2) Una Comisión Nacional Asesora de Salud Mental.

El Instituto funciona durante alrededor de 10 años, aunque con dificultades en la conformación del Consejo y en el funcionamiento de la Comisión Nacional Asesora.

En 1966, con el gobierno de Onganía se promueven dos Decretos, el Decreto Ley 17469/67 que modifica la organización y estructura del Instituto Nacional, eliminando la Comisión Asesora y el Decreto Ley N° 19337 /67 que mantiene las funciones del Instituto y fija la dependencia administrativa de los Hospitales Nacionales del Ministerio con relación al Instituto.

Por esa época había alrededor de 100.000 enfermos en todo el país.

4° Etapa- Psiquiatría Comunitaria: Reinserción- Rehabilitación

Por los años 70 reaparece la preocupación por mejorar la calidad de vida del enfermo mental se comienzan a implementar los modelos basados en la Psiquiatría Comunitaria de Maxwell Jones y se promueven nuevos abordajes como la creación

de Servicios de Psicopatología dentro de los hospitales generales, el Dr. Mauricio Goldenberg en el Hospital de Lanús marca un mojón en estas nuevas políticas.

En la década del 60 se reciben los primeros psicólogos. En esta década se crean los primeros Centros de Salud mental, los Servicios de psicopatología en Hospitales generales, el Coronel Estévez, a cargo del Instituto Nacional de Salud mental promueve el Plan de Salud mental de 1967 y se incorporan comunidades terapéuticas en los asilos. Los psicólogos participan activamente de todos éstos movimientos.

Mauricio Goldenberg a partir de 1956 está al frente de una experiencia nueva en el Policlínico Araoz Alfaro de Lanús. Junto con otros psiquiatras abre un Servicio de Psicopatología.

El Dr. Goldenberg propiciaba una reforma global en el sistema: reorganizar la internación en hospicios y colonias, crear consultorios externos, abrir hospitales diurnos y sobre todo incluir servicios de psicopatología en hospitales generales.

En el Policlínico de Lanús se realiza esta experiencia contando con dos salas, una de hombres y otra de mujeres con siete camas cada una en el piso de Medicina General. El Dr. Goldenberg crea varios departamentos: internación, consultorio externo, niños, adolescentes, grupos, psicología, neurología, docencia, y era de práctica común la interconsulta desde otros servicios. Esta experiencia fue modelo para aquella época.

A partir de la segunda mitad del Siglo XX se produjo un cambio de paradigma en la atención de la salud mental. Varios factores influyeron en esto, por un lado el avance de la psicofarmacología que permite realizar tratamientos más eficaces, por otro lado los movimientos en pro de los derechos humanos que plantean una vida más digna para todos los integrantes de la sociedad, además del cambio en el concepto de la salud que incluye los factores sociales y mentales.

El Dr. Arturo Carrillo asume la Dirección de Salud Mental en 1973, y en uno de sus discursos refiere:..."Los justicialistas sabemos que la Salud Mental, no es simplemente una especialidad médica. Estamos convencidos que la misma no debe limitarse exclusivamente al aspecto clínico psiquiátrico, que ella es más amplia y compleja que lo que aparentemente pareciera, por lo cual la enfocaremos desde un punto de vista multidisciplinario. Sus múltiples acciones no deben terminar en el hospital o colonia psiquiátrica, sino que deben estar implícitas en las áreas de la educación, trabajo y justicia, así como también en la promoción de la salud tanto individual como colectiva, como en la investigación de factores que puedan traer aparejados deterioros socio- económicos y culturales, en diferentes grupos sociales".

La Dirección tenía a su cargo 18 establecimientos y alrededor de 5000 empleados (médicos, administrativos, etc.). Por esa época se implantan las residencias para psicólogos.

En 1974 se inaugura en la Provincia de Formosa el Hospital de Higiene y Salud Mental que cuenta con 60 camas para internación, brinda además asistencia ambulatoria y se propone desarrollar en la comunidad un plan de prevención psiquiátrica. En este mismo año se remodela el viejo hospital de la Provincia de San Luis y se inaugura el Hospital Psiquiátrico que se adecuará a los nuevos tratamientos recuperatorios.

A fines de 1973 se crean las "Comisiones Nacionales y Coordinadoras" enmarcadas en el Plan de las Grandes Luchas en Salud Mental, dicho plan basado en la Doctrina Justicialista señala la necesidad de que la medicina esté al alcance de todo el pueblo por igual. Las comisiones se dividen por temas: Deficiencia Mental, Delincuencia Juvenil, Alcoholismo y Drogadicción, Gerontopsiquiatría y Epilepsia y están invitados a integrarlas todos los organismos e instituciones relevantes en la

materia. Entre estas entidades participaban además de los médicos del Instituto Nacional de Salud Mental, representantes de la CGT y de las Fuerzas Armadas.

La Comisión Coordinadora de Delincuencia Juvenil que contó entre sus participantes con representantes de Secretaria de Estado del Menor y la Familia, Fuerzas Armadas, CGT, CGE, Legisladores, Dirección General de Institutos Penales, etc. concluyó como resultado de sus mesas que las políticas debían tender a reemplazar las medidas represivas por otras de corte terapéutico y readaptativas.

En el mes de abril de 1974, se inaugura en el Hospital José Borda, el Primer Curso de Capacitación en Enfermería Psiquiátrica para auxiliares de enfermería.

En el marco de estas políticas de reinserción, rehabilitación y una mirada diferente respecto a la enfermedad mental se realiza en diciembre de 1974 una Olimpiada Nacional Interhospitalaria de Salud Mental en la que participan internados de todo el país, además de familiares, profesionales, enfermeros e instituciones vecinales.

En abril de 1975 se realizó un documental titulado “El Enfermo Mental, tu semejante”, elaborado por la Secretaria de Estado de Salud Pública a través del Instituto Nacional de Salud Mental, dicho documental se pasaba en todos los cines del país, con la intención de que la población en general pierda el temor que se le tiene al enfermo mental.

En el año 1976 se crea por Decreto Ley 1854/76 la Dirección Nacional de Salud Mental, estableciendo misiones y funciones compatibles con las del Instituto Nacional de Salud Mental, en ese momento su dependencia directa era de la Subsecretaria de Medicina Asistencial y Rehabilitación.

5° Etapa- Del retorno de la Democracia a la actualidad-

Así como el Dr. Carrillo se hizo cargo de la conducción del organismo, en el retorno de la democracia en 1973 e intentó dar una orientación moderna y progresista, le

correspondió luego al Dr. Vicente Galli asumir la conducción del Instituto con la segunda vuelta a la democracia en el año 1983.

El viejo modelo de Hospital psiquiátrico custodial y de aislamiento de las personas gravemente perturbadas ha sido reformulado. En la actualidad la tendencia es a lograr tratamientos que impliquen una asistencia comunitaria más abierta y flexible.

Según el Informe de Salud Mental de la OMS del año 2001 un proceso de desinstitucionalización correcto tiene tres componentes esenciales:

- La prevención de ingresos injustificados en hospitales psiquiátricos mediante la dotación de medios comunitarios.
- El reintegro a la comunidad de los pacientes institucionalizados de larga duración que hayan sido debidamente preparados.
- El establecimiento y el mantenimiento de sistemas de apoyo comunitario para los pacientes no institucionalizados.

Los trastornos mentales tienen múltiples determinaciones biológicas, psicológicas, culturales, sociales, pero lo cierto es que a mayores carencias, el riesgo de padecer una enfermedad mental se incrementa.

Desde este punto de vista, las condiciones socioeconómicas de las familias pobres hacen a esta población más vulnerable a padecer sufrimiento psíquico.

Por otro lado la situación de aislamiento en hospitales psiquiátricos propicia un deterioro en las capacidades de las personas para restablecer vínculos sociales y laborales, situación que a su vez conlleva al desempleo, las privaciones y la falta de vida familiar.

A pesar de haber sido pioneros en muchos aspectos, tanto en la formación y capacitación de los profesionales, como en los modelos de atención, el estatuto del área a nivel nacional ha ido perdiendo jerarquía a partir del año 1988. En ese año por Decreto 476/88 se dispone la eliminación de la Dirección Nacional de Salud Mental.

El Decreto 2476 del año 1990 dispone la caída de todas las estructuras y la Dirección pasa a constituirse en Programa de Salud Mental.

La Ley 24190 de 1991, la Ley de Presupuesto de 1992, el Decreto 240 de 1992, en el título Transferencia de Hospitales, transfiere los Hospitales de Salud Mental al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, reduciendo el área a una oficina sin capacidad de gestión directa. Solamente quedan dependientes del Ministerio Nacional La Colonia Montes de Oca y el CENARESO.

Al año 2003 y en la actualidad, las distintas provincias argentinas presentan un disímil avance hacia la reforma psiquiátrica. (ANEXO I).

Muchas de ellas han comenzado el armado o fortalecido la red de salud mental, como Córdoba, Mendoza, San Luis, Neuquén, Santa Fé, Río Negro y Provincia de Buenos Aires. Este mecanismo permite crear instancias intermedias, como consultorios externos con mayor accesibilidad, abordaje en la rehabilitación, casas de medio camino, actividades grupales por patologías específicas, asociaciones de familiares, lo que permite la detección de patologías graves, el reintegro a la comunidad de pacientes largamente institucionalizados, y la continuidad de tratamiento del paciente crónico en efectores cercanos a su domicilio.

Otras provincias como Salta, Jujuy, Formosa, Corrientes, Tucumán, aún tienen muchas dificultades para establecer mecanismos de externación para pacientes crónicos, ya que no han podido establecer estrategias de respuesta adecuada a la demanda de salud mental.

Como señala el Informe sobre salud mental en el mundo de OMS: Cerrar hospitales psiquiátricos sin alternativas comunitarias es tan peligroso como crear alternativas comunitarias sin cerrar hospitales psiquiátricos. Lo uno y lo otro deben hacerse a un tiempo de forma bien coordinada y gradual.

Lo cierto es que en nuestro país aún se encuentran muchos establecimientos de pacientes crónicos, cuya vida en éstos establecimientos los lleva a un permanente deterioro. La mayoría mueren allí, ya que han perdido lazos con sus familias y no existen incentivos para su estimulación y rehabilitación. Por cierto la falta de recursos humanos para el área de salud mental hace muy dificultosa cualquier intento de abordaje distinto por parte de los responsables de salud mental provinciales.

4- Análisis de la experiencia implementada en la provincia de Río Negro. PROGRAMA PROVINCIAL DE SALUD MENTAL

LA DESMANICOMIALIZACIÓN EN RIO NEGRO-

Se describe aquí una experiencia realizada en la Provincia de Río Negro, la misma, representa un paradigma de cambio en la atención de la salud mental.

En la Provincia de Río Negro, se implementa un Programa de desmanicomialización a partir de la Ley sancionada en 1991. Dicho Programa que responde a los lineamientos de las políticas referidas a salud mental, que promueven OMS/OPS, fue precursor de un modelo de atención que tiende a la reforma del modelo tradicional psiquiátrico, a los derechos humanos de los pacientes y a la calidad de la atención.

Aún cuando siguen subsistiendo las críticas a este modelo, especialmente referidas, a la falta de lugares de internación para personas con alto riesgo social (psicopatías), y a la dificultad en sostener internaciones en hospitales generales de pacientes debido a conductas que provocan temor en los otros internados y en los

profesionales de salud, consideramos que este modelo, aún cuando puede ser mejorado, representa un avance con relación al abordaje de la salud mental y a la práctica manicomial de maltrato, hacinamiento y exclusión.

Rio Negro tiene 212.000 km cuadrados con una población de 600.000 habitantes repartidos en 13 distritos.

El proceso de transformación en Rio Negro, tiene 2 hitos: en 1988 se cierra el manicomio de Allen, y en 1991 se sanciona la Ley 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que padecen sufrimiento mental.

La estructura sanitaria de la provincia tiene un nivel central (Consejo Provincial de Salud Pública), un nivel zonal (6 zonas sanitarias), y un nivel local, 28 hospitales de área programa de la cual dependen 178 Centros de salud.

Las camas públicas son 1354, constituyendo un 65% del total. Salud mental cuenta con equipos interdisciplinarios en 19 de los 28 hospitales generales.

Existen a nivel privado dos instituciones de salud mental: Un hostel y una clínica privada, con un total de 40 camas, sus prácticas deben ajustarse a la Ley 2440.

Tal como se observa en la Tabla 1, el Programa implicó una transformación de un modelo centralizado a un modelo descentralizado e interdisciplinario. La adopción de estrategias de atención que pudiera responder a necesidades de la población gravemente perturbada con base en la comunidad promovió la llamada Externación asistida, a través de la implementación de Casas de Medio Camino, por lo cual las personas que viven allí, realizan todas las tareas propias de un hogar, pueden salir a

trabajar o a realizar todas las actividades que deseen, siendo asistidas por un equipo de profesionales que van acompañando su evolución.

Asimismo la descentralización permite un modelo de atención accesible, con respuestas de los distintos efectores, distribuidos regionalmente.

La disminución del tiempo de internación de los pacientes, sin lugar a dudas implica una mejor calidad de atención.

TABLA 1 - DATOS COMPARATIVOS DE LA DESCENTRALIZACIÓN DEL RECURSO HUMANO Y SUS ESTRCUTURAS-

AÑO 1984	AÑO 2001
<u>ESTRUCTURA</u>	<u>ESTRUCTURA</u>
4 Servicios de Salud Mental 1 Hospital Neuropsiquiátrico	19 Servicios Interdisciplinarios en Salud mental comunitaria. <u>1 Departamento de Salud mental</u> 6 Casas de Medio Camino 6 Empresas Sociales 4 Asociaciones de Usuarios y Familiares 3 Casas para el trabajo de atención y resocialización con ininputables. 1 Asociación rionegrina de salud mental comunitaria.

<u>RECURSO HUMANO</u>	<u>RECURSO HUMANO</u>
85% centralizado en el Hospital Neuropsiquiátrico de Allen 70 son efectores de salud mental 10 son profesionales 45 son auxiliares 15 son administrativos	162 efectores de salud mental (distribuidos en 19 hospitales) 60 son operadores de salud mental (artesanos, alcohólicos recuperados, etc) 90 son profesionales (trabajadores sociales, médicos, psicólogos,)
INTERNACIONES- PRESTACIONES	INTERNACIONES PRESTACIONES
Internaciones por crisis de salud mental por año: 195 Prestaciones ambulatorias: 14.000 Tiempo promedio de internación: 6 meses	Internaciones por crisis de salud mental por año: 1.350 Prestaciones ambulatorias: 133.000 Tiempo promedio de internación: 11 días. Porcentaje de reinternación: 15%
	<u>RESIDENCIAS</u> DE SALUD MENTAL COMUNITARIA- 1994-2001 60 becas más 1 jefe de residentes 40 profesionales egresados

	14 ingresaron a la provincia (2 becas más en el 2002)
--	--

Fuente: Dirección de Salud Mental de la Pcia. de Río Negro

En esta misma línea de reformas en el modelo de atención podemos observar en el Gráfico 1 de qué modo a partir del incremento de la oferta de servicios aumenta la cantidad de consultas, y en este caso invertir en salud mental, probablemente disminuya las consultas con relación a otras especialidades.

Una de las dificultades en la detección de padecimiento psíquico en las consultas médicas, se debe a que muchas veces las problemáticas personales o familiares vienen encubiertas por patologías orgánicas, tanto en el adulto como en el niño, la no - intervención lleva irremediablemente a la cronificación. La identificación temprana de cuestiones como alcoholismo, violencia familiar, depresión permitirá desde los Centros de Atención Primaria dar respuestas eficaces que prevengan futuras patologías mentales.

Se estima que un 25 % de los pacientes que consultan en el Primer Nivel, padecen trastornos mentales identificables y que el 70 % de los mismos se presentan a la consulta con síntomas físicos, no siendo detectados los padecimientos psíquicos por mucho tiempo.

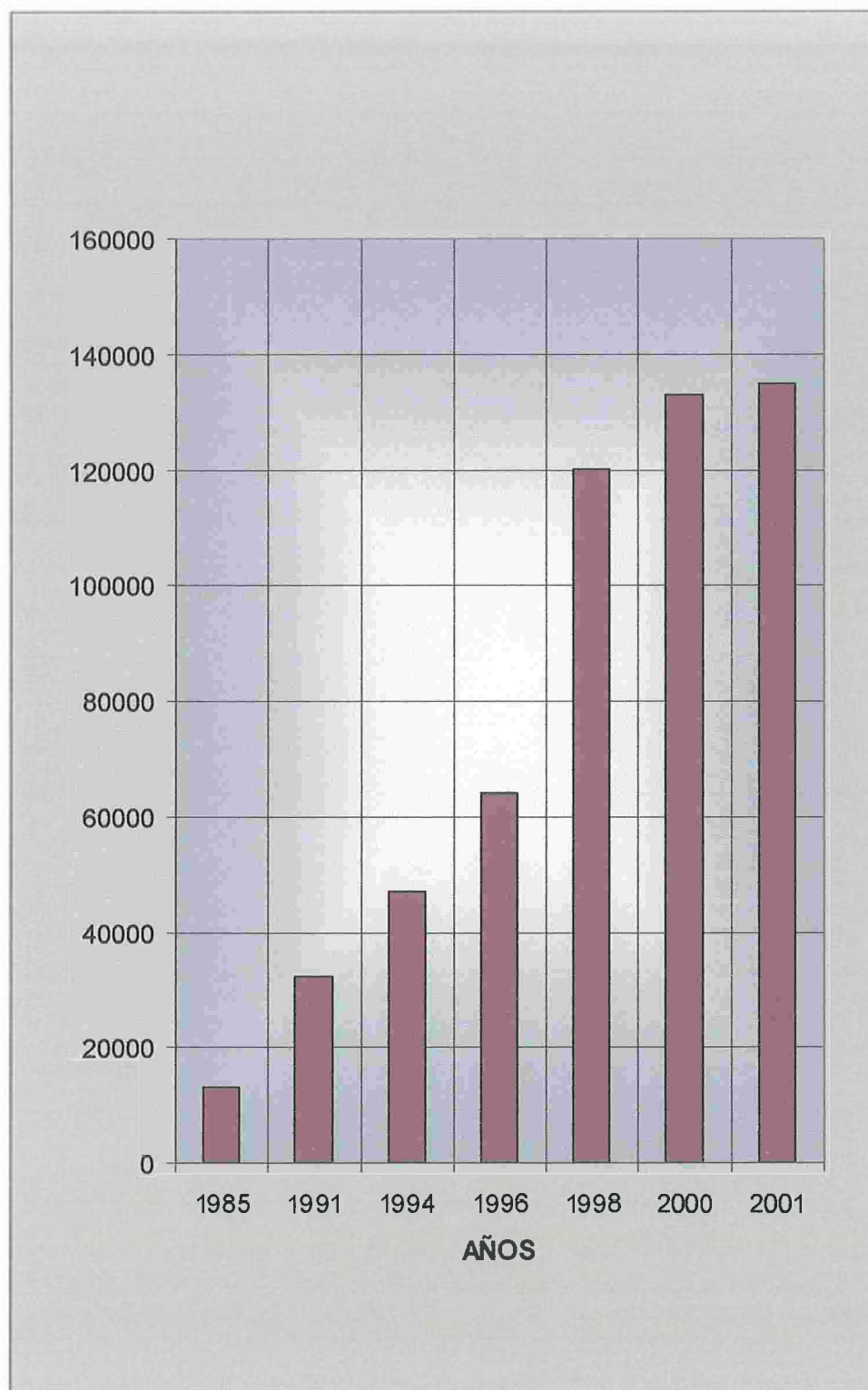


GRÁFICO 1- Cantidad de Prestaciones Ambulatorias- Fuente: Dirección de Salud Mental – Pcia de Rio Negro-

La experiencia de la Provincia de Río Negro es única en nuestro país, la misma ha implicado una fuerte decisión política de modificar el sistema manicomial, a partir de una legislación que contempla los derechos humanos de las personas con padecimiento mental, de la reconversión del recurso humanos, de la formación y fortalecimiento de las Asociaciones de familiares, y del mejoramiento de la accesibilidad a partir de la atención y promoción de la salud en los Centros de Atención Primaria.

A partir del marco de la Ley 2440 se pudo implementar en esta Provincia, un modelo de atención que contempla las necesidades de las personas que padecen sufrimiento mental, sin que esto implique una internación de larga estadía, ni una estigmatización a posteriori de la misma. Así en su Artículo 1° señala: "La internación se concibe como último recurso terapéutico, y luego del agotamiento de todas las formas y posibilidades terapéuticas previas"....

En referencia a las posibilidades de ejercer sus derechos y responsabilidades como cualquier sujeto, en su Artículo 6° refiere: "La promoción laboral y el trabajo de las personas alcanzadas por la presente Ley constituyen un derecho y un recurso terapéutico, por ende la Provincia garantizará la implementación de los medios adecuados para el acceso al trabajo, como uno de los factores esenciales tendientes a la recuperación de las personas con sufrimiento mental"

El desarrollo de este modelo de abordaje del padecimiento mental, ha significado sin duda un desafío para sus planificadores, teniendo no sólo que organizar un sistema que no respondía al modelo tradicional de respuesta de nuestro país, sino que hizo falta consensuar con otros actores involucrados: el sistema público y privado de salud, la justicia, el Estado Provincial. Aún cuando, en la actualidad sigue teniendo detractores, ha conseguido cerrar los manicomios, reducir al mínimo necesario las internaciones psiquiátricas y poner a las personas con padecimiento mental en igualdad de condiciones con el resto de la población.

5- CONCLUSIONES-

La capacidad de asegurar una justa distribución de los servicios, la posibilidad de orientar las acciones hacia la promoción de la salud, la formación de un recurso humano que pueda tener un alto conocimiento técnico, junto con un profundo sentido social, son las estrategias necesarias para que las políticas públicas en salud garanticen una cobertura igualitaria y de calidad.

A partir de la formulación de las Bases para el Plan Federal de Salud 2004-2007, el actual Ministro de Salud, en conjunto con todos los Ministros Provinciales, a partir del COFESA(Consejo Federal de Salud) han definido la reformulación de las políticas sanitarias, en sus aspectos de atención, gestión y financiación, poniendo la Atención Primaria de la Salud como eje del sistema.

En dicho documento se manifiesta la necesidad de mejorar los problemas característicos de nuestro sistema de salud. Ellos son: Cobertura desigual, Indefinición del modelo prestacional, Fragmentación e ineficiencia en el uso de los recursos, Escasos recursos asignados a prevención, Desigualdad en el acceso, Mortalidad y morbilidad evitable, Variabilidad en la calidad, Falta de planificación de los recursos humanos, Falta de regulación de tecnologías, Inequidad entre jurisdicciones e intraprovinciales, Baja capacidad de rectoría, Crisis del sector privado.

Tal como se viene señalando a lo largo del trabajo, las dificultades con relación a la salud mental, comparte la mayoría de las temáticas que deben ser reformadas en el campo de la salud en general. La estrategia de APS que realiza una mirada abarcativa e integral sobre cada familia, permite detectar precozmente aquellas cuestiones psíquicas que impiden el desarrollo adecuado. Asimismo el acento puesto en la participación activa de la comunidad en la resolución de sus problemas de salud, implica un aumento de la ciudadanía, del fortalecimiento de los lazos comunitarios y por ende de su salud mental.

Según un estudio de Dever, 1993, (Ginés González García, Federico Tobar-Ediciones Isalud, 1997), si se considera el peso relativo de los factores que intervienen en la mortalidad, las acciones de promoción y prevención de la salud, tienen un peso relativo de gran importancia en la carga de morbilidad de una población. Las acciones desde equipos interdisciplinarios que contemplen la salud emocional y física como un conjunto interdependiente son indudablemente más costo- efectivas y da como resultado una mejor calidad de vida para la población.

Cuadro 1: peso relativo de los factores que intervienen en la mortalidad

Causas de Muerte	Sistema de Atención médica	Estilos de vida	Ambiente	Biología Humana
Enfermedades cardíacas	12	54	6	28
Cáncer	10	37	24	29
Cerebro vasculares	7	50	22	21
Accidentes de automóviles	13	70	16	1

Fuente: Dever, 1993, en Más Salud por el Mismo Dinero (Ginés González García, Federico Tobar- Ediciones Isalud, Segunda Edición 1999)

De este cuadro surge que el deterioro en las condiciones de vida de nuestra población, hace necesario superar las inequidades, entre ellas las inequidades en salud, poniendo especial énfasis en las causas evitables en las condiciones de salud, así como las de acceso a los servicios. En el caso de la salud mental se

agrega además la necesidad de superar el modelo de internación manicomial por un modelo de atención comunitaria, priorizando la prevención y la promoción, y la participación de la población en el cuidado de su salud..El fortalecimiento del Primer nivel de atención propenderá a la disminución de las internaciones psiquiátricas y a la búsqueda de alternativas de resolución del sufrimiento psíquico que brinden una mejor calidad de vida.

Tal como se viene planteando, el desarrollo de las políticas de Salud Mental en el país presentan características disímiles de acuerdo a las provincias, y si bien la mayoría de ellas carece de legislación específica y programas, algunas de ellas han implementado políticas de desinstitutionalización y reinstitutionalización con resultados positivos (San Luis y Río Negro).

Durante el año 2002 desde el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación se realizaron encuentros regionales con la participación de los principales actores del sector, la misma concluyó con un encuentro nacional de autoridades de salud mental, en los mismos se detectaron una serie de problemas:

- a) Falta de jerarquización del área responsable de la ejecución de las políticas de salud mental dentro de la estructura ministerial; debilidad de las metodologías utilizadas para el desarrollo de la gestión; problemas para articular y encausar cambios de gestión en el sector salud por la estigmatización existente de las personas con padecimiento mental.
- b) Dificultades en la vinculación con el poder judicial; inadecuación del marco legislativo con relación a las problemáticas de salud mental.
- c) Baja calidad en los servicios de atención en salud mental (violación a los derechos humanos, hacinamiento, ausencia de tratamientos diferenciales según patologías, etc); ausencia o déficit de dispositivos de atención de salud mental en

la comunidad; aumento de la demanda de atención en problemáticas psicosociales; resistencia del personal de Salud Mental a la participación e implementación de estrategias de intervención comunitaria; la escasa disponibilidad de recursos presupuestarios implica deficiencias en el suministro de psicotrópicos para el tratamiento de las enfermedades mentales.

- d) Número limitado de especialistas en salud mental en los Centros de Atención primaria, lo que implica una dificultad para el médico de este nivel de atención en el manejo de los problemas de salud mental y del área psicosocial.

En el marco de la política desarrollada por el Ministerio de Salud, La Unidad Coordinadora de Salud Mental propone algunos principios rectores para ser consensuado con todas las provincias de modo de ir implementando un camino de reforma en el campo de la salud mental y la atención psiquiátrica:

- Participación de la comunidad en los servicios de salud mental
- Desistitucionalización y atención comunitaria
- Accesibilidad y equidad en los servicios de salud mental
- Calidad de la atención en salud mental
- Integración de los servicios a través de APS
- Inclusión de los servicios de salud mental en el sistema de salud general

En la actualidad, la reforma del sistema de salud, tal como lo señala el Plan Federal, tiene como objetivo: Construir un Sistema Federal de Salud más integrado, más justo, más regulado, respetando las diferencias regionales y provinciales. El área de salud mental en sus propuestas define el mismo camino.

Es de esperar que las expectativas se concreten.

Este recorrido histórico realizado, y la experiencia de Río Negro descripta nos permiten formular algunas cuestiones para seguir reflexionando en la temática. Sin lugar a dudas son necesarias algunas condiciones para llevar adelante reformas en el campo de la salud mental. La primera condición es política y remite a la necesidad de darles a los pacientes gravemente perturbados un lugar en la sociedad, que contemple sus derechos como personas pasibles de ser tratados con dignidad y sin exclusión. La segunda condición es estratégica, en tanto las políticas de salud mental no pueden quedar al margen de las políticas de salud general, es así que en las épocas históricas donde se pensaba al ciudadano en su totalidad (bio-psico-social) se realizaron reformas importantes en este campo.

Asimismo en la formación del recurso humano de salud, especialmente el que trabaja en centros de atención primaria, hay una falta de conocimientos referido a las cuestiones psicológicas y sociales lo que impide respuestas adecuadas a problemáticas de salud mental que hoy son un alto porcentaje en las consultas del primer nivel, sucediendo muchas veces que las personas son derivadas a niveles de mayor complejidad implicando un alto costo económico y social para el sistema y para su familia.

Y por último y tal como demuestra la experiencia de Río Negro, es necesario trabajar intersectorialmente, especialmente con el Poder Judicial, a fin de poder incluir también a este sector en una estrategia terapéutica.

Este trabajo intenta ser una primera aproximación al recorrido que ha tenido en nuestro país el abordaje de la salud mental, entendiendo la misma como: calidad de vida, capacidad de formar lazos, posibilidad de vivir con bienestar en una comunidad.

ANEXO I

DESCRIPCIÓN DE LA RESPUESTA DEL SISTEMA PÚBLICO A LA DEMANDA EN SALUD MENTAL¹-

Se describen la cantidad de efectores por Provincia que responden a la demanda en salud mental, en los tres niveles de atención. Así mismo, de las Provincias que se pudo obtener la información se toma la cantidad de consultas mensuales realizadas en dichos efectores, se agrega además alguna otra información obtenida que puede resultar de interés.

Dicha información ha sido obtenida a partir de un relevamiento realizado en todas las provincias en los años 2002/2003 por la Unidad Coordinadora de Salud Mental del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y respondida por los referentes de salud mental provinciales.

PROVINCIA DE CATAMARCA-

Tiene Dirección de Salud Mental-

En la localidad de La Merced funcional el Centro de Referencia de Internación Psiquiátrica. Posee 36 camas de psiquiatría. Capta la demanda de toda la Provincia. Los agentes sanitarios de cada zona hacen el seguimiento de los mismos luego de ser externados.

Los Hospitales Zonales que cuentan con Consultorios Externos de Psicología son los de las Areas Programáticas: N°2, N° 3, N° 4, N° 8, N° 9, N° 11, N° 12-

¹ Elaboración propia basándose en relevamiento realizado en 2003.

PROVINCIA DE CÓRDOBA-

Tiene Dirección de Salud Mental-

Posee 6 Hospitales Monovalentes, 3 Centros de Rehabilitación, 31 Equipos Interdisciplinarios de Salud Mental en Hospitales Generales, 19 Equipos interdisciplinarios de Atención Comunitaria.

Las camas en la red pública son 1750, en Hospitales monovalentes.

Los efectores están distribuidos de la siguiente manera:

CAPITAL: 1 Hospital Neuropsiquiátrico, 1 Instituto Provincial de Alcoholismo y Drogadicción, 1 Centro de Rehabilitación Socio- Laboral, 1 Hospital de Día, 1 Casa del Joven, 9 Unidades de Salud Mental en Hospitales Generales, 19 Equipos de Atención Comunitaria.

PUNILLA: 1 Hospital monovalente. BELVILLE: 1 Hospital Monovalente.

OLIVA: 1 Hospital monovalente. RIO CUARTO: 1 Unidad Psiquiátrica de Salud Mental.

22 Unidades de Salud Mental en el interior de la Provincia. 20 Equipos de Atención Comunitaria.

PROVINCIA DE MISIONES-

No hay Dirección de salud mental-

POSADAS: 1 Hospital Psiquiátrico monovalente. Con 115 camas.

Consultas mensuales en psiquiatría y psicología: 630-

Trabajan en la externación de pacientes, para reinsertarlos en su comunidad de origen.

3 Unidades de Salud Mental en las localidades de Oberá, El Dorado, Alem.

PROVINCIA DE LA RIOJA-

Tiene Dirección de Salud Mental-

CAPITAL: 1 Servicio de Salud mental, dentro del Hospital General. Con 40 camas.

4 Centros de Salud Mental: Centro Primario de Salud 20 de mayo (2 psicólogos)
Centro Primario de Salud San Vicente (4 psicólogos)
Centro Primario El Libertador (1 terapeuta ocupacional)
Centro Primario Islas Malvinas (1 kinesiólogo)

5 Unidades de Salud Mental:

Zona Sanitaria II- En Hospital Aimogasta: 1 Psicóloga.

Zona Sanitaria III- En Hospital Zonal Chilecito: 2 psicólogos- 2 Trabajadores Sociales.

Zona Sanitaria V- En Hospital Zonal Chamical: 1 psicólogo- En Hospital Distrital Milagro: 1 psiquiatra.

Zona Sanitaria VI- En Hospital Zonal Chepes: 1 psicólogo.

PROVINCIA DE SANTIAGO DEL ESTERO-

No posee Dirección de Salud Mental-

CAPITAL- Hospital de Niños Eva Perón: 2 Consultorios Externos de psicología donde atienden 5 profesionales.

Consultas mensuales: 250.

Hospital Regional Ramón Carrillo: 1 consultorio con 2 psicólogos-

LA BANDA- Hospital de Niños Francisco Viano: 1 consultorio con 1 psicólogo-

Consultas mensuales: 260

Hospital General Atenor Alvarez: 1 consultorio con 1 psicólogo.

Consultas mensuales: 110

Maternidad Faustino Herrera: 1 consultorio con 1 psicólogo.

Consultas mensuales: 100

PROVINCIA DE CORRIENTES-

CAPITAL: 1 Hospital Psiquiátrico Monovalente con 200 camas-

Consultas mensuales: 938

1 Servicio de Salud Mental en el Hospital Escuela que posee 3 consultorios: 4

Psiquiatras- 2 Psicólogos-

Consultas mensuales: 556

1 Servicio de Salud Mental en el Hospital Llano. 1 consultorio compartido entre 1 psiquiatra, 1 psicólogo, 1 psicopedagogo.

Consultas mensuales: 330

1 Servicio de Salud Mental en Hospital J.R. Vidal. 3 consultorios. 1 psiquiatra- 1 psicólogo-

Consultas mensuales: 246.

SAN LUIS DEL PALMAR: 1 Colonia Psiquiátrica con 40 camas.

1 Servicio de Salud Mental en Hospital Pediátrico Juan Pablo II- 2 psiquiatras- 3 psicólogos- 2 psicopedagogos. - Consultas mensuales: 246.

PROVINCIA DE SANTA FÉ-

Posee Dirección de Salud Mental-

La Provincia está dividida en 8 Zonas de Salud-

ZONA DE SALUD 1 - LOCALIDAD RAFAELA: Servicio de Salud Mental (SAMCO) 4 consultorios externos- 2 psiquiatras- 4 psicólogos- 1 Trabajador Social- Consultas mensuales: 373

ZONA DE SALUD 2- LOCALIDAD RECONQUISTA- Servicios de Salud Mental en Hospital Olga de Rizzi- 2 psiquiatras- 1 psicólogo- Consultas mensuales: 760

ZONA DE SALUD 3: LOCALIDAD SAN JAVIER: Unidad de Salud Mental en el Hospital Rawson- 1 psicólogo- Consultas mensuales: 180

LOCALIDAD ROMANE: 5 Consultorios externos en el Hospital Jonas Salk- No hay profesional de salud mental, atienden los generalistas.

LOCALIDAD BAIGORRIA: 4 Consultorios Externos en el Hospital Escuela Eva Perón- 2 psiquiatras- 4 psicólogos- Consultas mensuales: 972

4 Consultorios Externos en el Policlínico Eva Perón- 5 psicólogos- Consultas mensuales: 360

ZONA DE SALUD 5: 1 Servicio de Salud Mental en el Hospital Cullen- 2 psicólogos- 2 psicopedagogos- 5 Trabajadores sociales- Consultas mensuales: 450 de Psicología- 419 de Psicopedagogía- Hospital Dr. Mira y López- Hospital Psiquiátrico Monovalente- Cuenta con 82 camas- Consultas mensuales: 1565- 1 Unidad de Salud Mental en el Hospital Manuel Rodriguez- 1 consultorio- 1 psicólogo- Consultas mensuales: 20 1 Unidad de Salud Mental del Hospital de Niños Alassia- 4 consultorios- 10 psicólogos- 4 psicopedagogos- Consultas mensuales: 466 1 Servicio de Salud Mental del Hospital Iturraspe- Consultorios compartidos- 2 psiquiatras- 3 psicólogos- 2 psicopedagogos- 8 trabajadores sociales- Consultas mensuales: 1104

ZONA DE SALUD 8: ROSARIO- 1 Servicio de Salud Mental del Hospital Geriátrico de Rosario- 1 psiquiatra- 3 psicólogos-

Servicio de Psiquiatría del Hospital Provincial de Rosario- Servicio de Salud Mental que cuenta con 4 camas para internación en Clínica Médica- 4 consultorios- 3 psiquiatras- Consultas mensuales: 777

Hospital Psiquiátrico Monovalente- Dr. Abudo Avila- 72 camas Consultas mensuales: 1934

ALCORTA- 1 Unidad de Salud Mental (SAMCO)- 2 consultorios- 5 psicólogos- 1 trabajador social-

Consultas mensuales: 116

ARROYO SECO: 1 Consultorio en el Hospital N° 50 de Arroyo Seco- 10 camas para internación en Clínica Médica y Pediatría- 2 psicólogos-
Consultas mensuales: 82-

PROVINCIA DE ENTRE RIOS-

Posee Dirección de Salud Mental-

PARANÁ-

Hospital Psiquiátrico Monovalente- 100 camas

1 Servicio de Salud Mental en el Hospital San Martín- 1 Servicio de Salud Mental en el Hospital de Niños San Roque- Programa Casa del Joven- Atención ambulatoria de adolescentes de 12 a 18 años- Centro de Orientación en Salud Mental- Atención ambulatoria-

CONCORDIA-

1 Servicio de Salud Mental en el Hospital Felipe Heras- 20 camas

1 Servicio Infantil de Psicopatología en el Hospital Ramón Carrillo

GUALEGUAYCHÚ-

1 Servicio de Salud Mental- 12 camas- en el Hospital Centenario-

GUALEGUAY-

1 Servicio de Salud Mental en el Hospital San Antonio-

VILLAGUAY-

1 Servicio de Salud Mental- 21 camas en el Hospital Santa Rosa

CONCEPCION DEL URUGUAY-

1 Servicio de Salud Mental en el Hospital Justo José de Urquiza-

FEDERAL-

Colonia Psiquiátrica Ciudad Federal- 320 camas

1 Servicio de Salud Mental en el Hospital Justo José de Urquiza-

DIAMANTE-

1 Colonia Psiquiátrica- 120 camas

ROSARIO DEL TALA-

Hospital Liniers- 70 camas.

PROVINCIA DE NEUQUÉN-

Tiene Dirección de Salud Mental

1 Servicio de Salud Mental con internación-

1 Colonia especializada en adicciones-

Zona Metropolitana- 15 Centros de Salud- Todos cuentan con psicólogo y asistente social-

Zona Sanitaria 1- 1 Centro de Salud- Zona Sanitaria 2- 2 Centros de Salud-

Zona Sanitaria 3- 2 Centros de Salud- Zona Sanitaria 4- 1 Centro de Salud-

PROVINCIA DE CHACO-

Tiene Dirección de Salud Mental-

1 Servicio de Salud Mental en Hospital General de Resistencia- 20 camas

1 Servicio de Salud Mental en Presidencia Roque Sáenz Peña- 50 camas

Tienen Programas de Atención Ambulatoria para atender a pacientes en sus domicilios-

PROVINCIA DE FORMOSA-

Tiene Dirección de Salud Mental-

1 Servicio de Salud Mental en Hospital General- 10 camas- 2 consultorios-

Consultas mensuales: 1052

1 Sección de Psicología en el Hospital de la Madre y el Niño- 2 consultorios-

2 Talleres Protegidos: 1- de enfermos con retraso mental- 2- de enfermos psiquiátricos-

PROVINCIA DE SALTA-

No tiene Dirección de Salud Mental-

1 Hospital Psiquiátrico monovalente- 1 Colonia Psiquiátrica- Entre ambos: 273 camas-

4 Servicios de Salud Mental

22 Unidades de Salud Mental-

PROVINCIA DE SAN JUAN-

Tiene Dirección de Salud Mental-

1 Hospital Psiquiátrico Monovalente- 60 camas

1 Servicio de Psiquiatría en el hospital Rawson: 5 camas

PROVINCIA DE RIO NEGRO-

Tiene Dirección de Salud Mental-

20 Servicios de Salud Mental- 156 profesionales trabajando en la Red-

PROVINCIA DE CHUBUT-

Tiene Dirección de Salud Mental-

En Hospitales Generales 74 camas-

Hospital Regional Comodoro Rivadavia- Consultas mensuales: 500

Hospital Zonal de Esquel- Consultas mensuales: 215

Hospital Zonal de Trelew- Consultas mensuales: 680

Hospital Subzonal Sta Teresita de Rawson- Consultas mensuales: 130

Hospital Andrés Bello-Puerto Madryn-Consultas mensuales: 380

PROVINCIA DE TUCUMÁN-

Tiene Dirección de Salud Mental-

1 Hospital Psiquiátrico Monovalente Nuestra Sra. Del Carmen- 116 camas

1 Hospital Psiquiátrico Monovalente Obarrio- 100 camas

6 Servicios de Salud Mental

17 Unidades de Salud Mental- Los 17 Centros de Atención Primaria tienen profesionales de salud mental-

Consultas mensuales: alrededor de 100 consultas en cada uno de ellos.

PROVINCIA DE JUJUY-

Tiene Dirección de Salud Mental-

1 Hospital Psiquiátrico Monovalente- 70 camas y Hospital de Día-

3 Servicios de Salud Mental en Hospitales Generales

1 Centro Sanitario

1 Unidad de Salud Mental-

PROVINCIA DE MENDOZA-

Tiene Dirección de Salud Mental-

CIUDAD DE MENDOZA- 1 Hospital Psiquiátrico Monovalente Carlos Pereyra- 87 camas- Tiene Talleres de Capacitación laboral- 4 Casas de Medio camino-

GUAYMALLÉN- 1 Hospital Psiquiátrico monovalente El Sauce- 209 camas- Centro comunitario polideportivo y escuela- Proyecto de empresa social-

1 Unidad de internación en crisis para niños y adolescentes- 20 camas- 2 consultorios-

GODOY CRUZ- 1 Centro preventivo de asistencia a adicciones- 5 consultorios- Consultas mensuales: 383-

1 Centro preventivo en salud mental infanto juvenil- 7 consultorios-

PROVINCIA DE BUENOS AIRES-

Tiene Dirección de Salud Mental-

3 Hospitales psiquiátrico monovalentes- 1 Colonia Psiquiátrica- 60 Servicios de Salud Mental- 3 Hospitales Especializados-

Camas: 4445- En Hospitales monovalentes: 3752
En Hospital General: 378
En Hospital Especializado: 315

Recursos humanos: Psiquiatras: 309 - Psicólogos: 467

BIBLIOGRAFÍA-

ALZUGARAY, R.A.- Ramón Carrillo, el fundador del sanitarismo nacional. Centro Editor de América Latina- 1988

LOBATO, Mirta – Política, Médicos y Enfermedades- Editorial Biblos- Universidad Nacional de Mar del Plata- 1996

ALVAREZ, A. – Resignificando los conceptos de la higiene: el surgimiento de una autoridad sanitaria en el Buenos Aires de los años 80- Historia, Ciencias, Saúde- Manguinhos- 1999

COHEN, DE SANTOS, GALENDE y otros- Políticas en Salud Mental- Lugar Editorial- 1994-

LIMA QUINTANA, LAURA- Transformaciones del Sector Salud en Argentina, Estructura, Proceso y Tendencias de la Reforma del Sector- Entre 1990 y 1997- OPS- 1999-

LEVAV I Y OTROS- Temas de Salud Mental en la comunidad- Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud- N° 19- OMS-OPS- 1992.

JORNADAS SOBRE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA- Situación Actual, tendencias y alternativas -Dirección Xeral Do Servicio Galego de Saude- Colección Saude Mental- N° 4- 1990-

BIKAUSKAS DANIEL- Dirección de Salud Mental de Río Negro- Documento del Programa Provincial de Salud Mental- 2002-

LO VALVO ROBERTO- Material de la Cátedra Políticas y Programas de Salud Mental- Maestría de Gestión de Servicios de Salud Mental- Fundación Isalud- 2002

MINUJIN ALBERTO Y OTROS- Desigualdad y Exclusión- Desafíos para la política social en la Argentina de fin de siglo- UNICEF/ LOSADA- 1993

GALENDE EMILIANO- Psicoanálisis y Salud Mental- Para una crítica de la razón psiquiátrica- Editorial Paidós- 1990

CONVENCIÓN AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS- Pacto de San José de Costa Rica- Adoptada en San José de Costa Rica el 22 de noviembre de 1969. Entró en vigor el 18 de julio de 1978.

GINÉS GONZÁLEZ GARCIA- FEDERICO TOBAR- Más salud por el mismo dinero- La Reforma del Sistema de Salud en Argentina- Buenos Aires. Grupo Editor Latinoamericano- Ediciones ISALUD. 1997

INFORME SOBRE LA SALUD EN EL MUNDO- 2001- Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas- OMS- 2001

BASES PARA EL PLAN FEDERAL DE SALUD- 2004- 2007- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación- República Argentina