

**MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCION DE SALUD MENTAL  
GOBIERNO DE CORDOBA**

**PROYECTO DE REFORMA  
DE SALUD MENTAL**

**Director de Salud Mental: Dr. Emilio Filipponi  
Colaboradores: Lic. Carlos D. Bertoni  
Lic. Eduardo Sassi**

**Córdoba, Febrero 2008.-**

## INDICE

MARCO INTRODUCTORIO .....	004
HACIA UNA POLITICA DE SM DESMANICOMIALIZADORA, DESINSTITUCIONALIZADORA Y DESCENTRALIZADORA.....	007
DIAGNOSTICO.....	008
Legislación sobre SM .....	013
Procesos de Institucionalización inconveniente .....	015
Segregación de las personas en las instituciones psiquiátricas.....	017
Alternativas a la Internación .....	018
La internación como forma de detención injusta.....	019
Situaciones de abusos en los psiquiátricos .....	020
Programas de rehabilitación insuficiente.....	020
Tipos de tratamientos recibidos .....	021
PROCESO DE DESMANICOMIALIZACION.....	021
La Provincia de Río Negro: ejemplo a seguir.....	021
La Provincia de San Luis, otro ejemplo valioso .....	023
ANALISIS DE ALGUNOS OBSTACULOS A LA DESMANICOMIALIZACION .....	024
Obstáculos ideológicos-epistemológicos .....	024
EN SINTESIS .....	027

Instancias gubernamentales en juego.....	029
El Poder Ejecutivo Nacional y	
Ministerio de Salud de Nación.....	029
OTRAS MEDIDAS E INSTANCIAS	
QUE DEBEN INTERVENIR .....	030
AL PODER LEGISLATIVO PROVINCIAL.....	032
ASPECTOS FINANCIEROS .....	033
RECOMENDACIONES Y PLAN DE ACCION.....	033
ETAPAS DEL PLAN.....	033
EL PLAN TIENE EN CUENTA CUATRO GRANDES	
LINEAS DE ACCIONES .....	035
DESMANICOMIALIZAR .....	036
DESINTITUCIONALIZAR, DESCENTRALIZAR	
E INTEGRAR SERVICIOS A LA COMUNIDAD .....	039
PROGRAMAS DE EXTERNACION ASISTIDA.....	041
ACORDADA CON EL PODER JUDICIAL.....	045
INTEGRAR REDES DE SALUD MENTAL COMUNITARIA	
A APS MEDIANTE EL PACTO SANIARIO CON MUNICIPIOS	046
BIBLIOGRAFIA.....	048

## MARCO INTRODUCTORIO

La provincia de Córdoba ha carecido de una política de SM por muchos años, aquella política de SM insinuada en los primeros tramos de democracia desde 1983 a partir de un momento de la sociedad argentina cuando salía del oscurantismo, de un régimen represivo respecto de las libertades individuales, expresivas y culturales llevadas al nivel de lo siniestro. Fue un momento en que el ideario social efervecía de esperanzas de cambios, de revoluciones, de utopías. Había una corriente social joven pujante que abarcaba todas las expresiones intelectuales, sociales, culturales del cuerpo social argentino.

Primaban los anhelos de justicia, de igualdad, de enriquecimientos de los valores sociales y comunitarios. Las necesidades de políticas de SM (SM) aparecían en un orden prioritario en esa etapa histórica de la argentina. En esos 8 primeros años se intentaron aplicar principios de la política en SM traídos de Italia, fundamentalmente el ejemplo del modelo de Trieste, de Franco Basaglia, reformador de las instituciones manicomiales. Así se redujo notoriamente la población del Asilo de Oliva con ayuda presupuestaria de la Nación, se reintegro a sus provincias de orígenes a cientos de pacientes, se esbozó un movimiento de instalación de políticas comunitarias en la ciudad de Córdoba, aunque sin un plan provincial para las comunidades del interior. Hubo intentos de políticas descentralizadoras con fuerte impronta del psicoanálisis que no pudieron extrapolarse a grupos comunitarios y fundamentalmente aquellas gestiones no lograron penetrar en la comunidad de Córdoba y que éstas pudieran hacerlas propias. Hubo un impulso inicial que perduró algunos años, luego lentamente fue apagándose este impulso y la SM dejó de ser un tema que mantuviera la fuerza que permitiera su sostenimiento.

Entonces reaparecieron en la Argentina, avanzada la década del 80, los resabios autoritarios, las demostraciones de fuerzas conservadoras, las presiones del mercado, la inflación, el endeudamiento externo como formas de distorsión de valores, como freno a los impulsos de cambios. La recaída social en la década de los 90 con los avances de políticas concentradoras y excluidoras, la decadencia de la representatividad política, la degradación de valores sociales, el imperio del mercado y los intereses de minorías. Luego la cruenta salida de la convertibilidad que demandaron 3 o 4 años de esfuerzos y reacomodamiento colectivos.

En los últimos 5 años la reactivación económica a partir del boom del campo no se correspondió con una inversión en políticas de SM, inversión en términos presupuestarios y en términos técnico sanitarios.

En el año 2003 el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba apostó fuertemente al sistema de residencias de Salud Familiar para abordar poblaciones a cargo, con más de 1000 agentes de diversas disciplinas de la salud, se calculo en principio dar cobertura a 600 mil personas de la provincia en situación de crisis sanitaria y social. En esa concepción de primarizar la atención por equipos interdisciplinarios en temáticas que se incluían violencia familiar, alcoholismo, embarazo adolescente, repercusiones en los desordenes educativos y otras problemáticas de orden médico, lo cual fue un ambicioso proyecto pero con una extensión de tiempo limitada sin una garantía de continuidad suficiente y, con un reduccionismo respecto a la SM.

Se esperó desde ese esquema de salud familiar cubrir todos los aspectos de la SM cordobesa:

- No pudo evitar dejar soslayada la situación de la psicosis, el problema de los asilos, la sobrepoblación de instituciones, la demanda excesiva de atención secundaria en ausencia de atención primaria,
- No estaba contemplado en ese esquema el problema de la conducta toxica, los nuevos modos de la enfermedad mental, los abordajes comunitarios apropiados, la descentralización verdadera y necesaria.
- No se trabajó en una verdadera estrategia de integración del conjunto de los municipios de la provincia.
- No se resolvió la articulación del sistema provincial y municipal de la ciudad de Córdoba, donde radica el 60 % de los desbordes psicosociales de la provincia reflejada en problemáticas de la marginalidad como inseguridad ciudadana, alta tasa de delincuencia, avance del fenómeno del consumo y negocio de las drogas ilegales, la violencia familiar, la exclusión escolar, la conflictiva adolescente con embarazos no deseados y demás,
- No hubo respuesta ante el intervencionismo excesivo de la justicia en esas problemáticas sometiendo a las instituciones de salud a una situación de saturación fuera de toda posibilidad de respuesta,
- Y por último la falta de organización y articulación de los sistemas de atención primaria.

Las instituciones de SM quedaron libradas al azar, abarrotadas de paciente agudos, bombardeadas por demandas de internaciones judiciales, sin políticas, sin apoyo, con recursos limitados, con cientos de pacientes institucionalizados con destinos de cronificación, abandono y depositación. Abarrotamiento en los hospitales de agudos de Capital (Neuropsiquiátrico e IPAD) con pérdida del rol de albergar pacientes de corta estadía. En el interior, en las grandes colonias, aumento de la depositación de legiones de pacientes con imposibilidades de los equipos de trabajar debidamente los casos, por la insuficiencia propia del número de personas, y de una política integrada hacia lo extrainstitucional. El flujo institucionalizador de sujetos enfermos e cristalizó en forma unidireccional en un sentido inmodificable hacia lo institucional.

Es conocido el fenómeno producido por la institucionalización de personas que no producen ganancia en su salud sino el aumento del deterioro y la discapacidad. Todo el sistema de SM de la provincia con sus hospitales, sus equipos, sus programas, sus centros al no tener un orden, una directriz sanitaria fue ganando en enfermedad institucional, en ociosidad de sus recursos humanos, en intervenciones voluntaristas y aisladas, en programas atomizados, en un funcionamiento general errático, sin esquemas de auditorías y fiscalizaciones, sin objetivos, metas y plazos. Así el conjunto de las instituciones de SM quedaron inmersas en perfiles de funcionamiento autogenerados por cada una de ellas, sin conexión entre las mismas, incluso con enfrentamientos de sectores que llevaron a un andamiaje general improductivo y decadente, con burn out de su recurso humano y degradación ética en el rol del empleado público.

Una vez más la ideología médica con la vieja dualidad mente cuerpo primó para excluir planteos sustentables sobre políticas de SM. Y la falta de iniciativas enérgicas y de propuestas sustentables desde los representantes de SM, con gestiones que crónicamente se perdieron en el nivel discursivo sin la practicidad metodológica necesaria cuya consecuencia es un nadar en un remanso y sin avances por parte del sector de SM, completó el estado general de la situación.

Quedó desnudada la insuficiente organización del sistema de SM con sus instituciones fuera de estándares de operatividad aceptables, abriéndose un desafío de reacondicionarlas en sus funcionamientos y perfiles, acoplando este proyecto al desarrollo de marcos políticos sanitarios extrainstitucionales corridos al polo de la comunidad.

Así en los últimos 18 meses al ir apagándose el proyecto de residencias de salud familiar por sus propias contradicciones, y con el

cambio de autoridades en el ministerio de Salud, se comenzó un proceso de rescate con recursos humanos y asignación presupuestaria a las instituciones psiquiátricas fortificándolas al comprender que era el único nivel disponible para la enfermedad mental, la única instancia que en definitiva había quedado en pie.

Los acontecimientos mencionados fueron postergando o demorando la discusión sobre políticas de SM, las instituciones propende doras de salud funcionaron sin una directriz sin estar inmersas en un plan marco sanitario que incorporara aspectos descentralizadores conducentes al abordaje integral del problema.

En este momento con el inicio fresco de la nueva gestión de gobierno, con el ideario firme de propulsar políticas socioeconómicas inclusivas, viables, concretizables y articuladas en todos los niveles y áreas ministeriales y por primera vez en dos décadas, se abre en el ministerio el espacio para proponer nuevos esquemas sanitarios en el campo de la SM

### **HACIA UNA POLITICA DE SM DESMANICOMIALIZADORA, DESINSTITUCIONALIZADORA Y DESCENTRALIZADORA.**

Es conveniente que desde el ejecutivo provincial se comprometa a incluir plenamente a las personas con discapacidades mentales en todos los aspectos de la vida ciudadana. Esto abarca tanto a las personas con discapacidades psiquiátricas como a las que tienen discapacidades intelectuales. Proteger los derechos humanos de esta población requerirá un cambio de paradigma desde un sistema de institucionalización y detención arbitraria a un sistema inclusivo, basado en:

- **la comunidad,**
- **de atención primaria de la SM**
- **y de servicios sociales que contribuyan a fortalecer las redes sociales**

Las organizaciones estudiosas del tema recomiendan que los gobiernos nacionales, provinciales y municipales planifiquen e implemente una reforma del sistema de SM que permita que las personas con discapacidades tanto mentales como de las otras

- **vivan,**
- **trabajen**
- **y reciban atención de salud y de SM en sus propias comunidades.**

Las condiciones existentes dentro de las instituciones son perjudiciales tanto para las personas con discapacidades mentales como para el personal que trabaja allí, y que los modelos y servicios de atención deben ser transformados para proteger y reforzar tanto los derechos de los usuarios como de los profesionales. Un incremento en los fondos asignados a los servicios de SM:

- **basados en la comunidad**
- **con alternativas de alojamiento,**
- **una mayor supervisión para garantizar los derechos humanos,**
- **una mayor y mejor capacitación,**

beneficiarán tanto a aquellos que reciban tales servicios como al personal. Es conocido el fenómeno de desgaste y deterioro crónico e incapacitación laboral del personal trabajando en un medio asilar por la impotencia ante el avance de la incapacidad del paciente concomitante con el paso del tiempo y la profundización consolidación del modelo del depósito.

## **DIAGNOSTICO**

(siguiendo el modelo del informe realizado por el CELS de todo el sistema asilar mental argentino recientemente, adaptando a las condiciones imperantes en la provincia de Córdoba)-

Siendo un problema común en la Argentina, en la Provincia de Córdoba y en la mayoría de las provincias, el acceso a una buena calidad en atención mental. Está restringido a los grupos sociales que acceden a las prestaciones privadas con alta calidad técnica con dispositivos terapéuticos avanzados y equiparados a los mejores del mundo.

La Argentina es el país con mayor índice de profesionales psi, con una fuerte corriente psicoanalítica que trae una gran raigambre en la cultura y en las prácticas de la clase media culta y se extiende a otras porciones de la población. Córdoba no es ajena a este fenómeno. Se ejercería una cobertura y un nivel de atención intermedia en el sistema de obras sociales. No existe esta posibilidad en el ámbito público, particularmente en Córdoba, hay obstáculos que limitan la calidad de atención de las problemáticas mentales.

Existe una desproporción entre la cantidad de psicólogos que producen las instituciones académicas, y la accesibilidad de las personas de bajos recursos. Los profesionales del ámbito público no ofertan la misma calidad de atención individual y/o grupal al usuario de ese sistema del estado.

Se produjo un gran desarrollo de la formación de psiquiatras en la Argentina como en la provincia de Córdoba, algunos médicos neurólogos y generales en el uso de la psicofarmacología de última generación. Esto tiene dos vertientes contrapuestas, por un lado el acceso a la modernidad y actualidad de las drogas psicofarmacológicas permite a los usuarios disponer de esquemas farmacológicos de última generación con un alto porcentaje de buenos resultados. La escuelas actuales ganaron en precisión diagnóstica e indicación apropiada de esos esquemas que permiten recuperaciones francamente positivas en un alto porcentaje de casos.

El aspecto negativo de ello es el reduccionismo denominado medicalización implicado en esta práctica que pretende resolver problemáticas complejas humanas de índole psicológica, existencial, vincular, y /o espiritual con el simple uso del psicofármaco, sin posibilitar en la mayoría de los casos la escucha calificada que daría cuenta de la resolución de esos conflictos y por ende el retroceso del malestar psíquico. Esto es lo que se denomina la medicalización de las problemáticas psicológicas, familiares, existenciales y sociales.

El otro problema es el alto costo de las drogas de última generación, si bien el vademécum mínimo con genéricos de bajo costo cubre altos porcentajes en la esfera pública, **hay una buena cantidad de patologías mentales de suficiente complejidad para recibir indicación de estas drogas más sofisticadas con un costo inaccesible para esas franjas de población y para los actuales presupuestos de hospitales públicos.**

No se desarrollaron en la esfera pública aprendizajes importantes y programas sistemáticos en la oferta asistencial de grupo, ni abordajes a modo de asambleas institucionales, fomentación de grupos de autoayuda, capacitación suficiente de profesionales psi para trabajar en comunidad, abordajes de atención primaria en SM, siendo instrumentos riquísimos para manejar el problema de cientos de personas en ámbitos comunales. Las instituciones de SM perdieron el norte, y solo desarrollan asistencia obligados por los diagramas institucionales, los tratamientos tienen un destino heterogéneo dependiendo del profesional actuante, y dependiendo de los volúmenes de demanda que tiene cada profesional. Las calidades de

atención no están fiscalizadas suficientemente, no existen programas de medición de eficacia, de seguimientos de evoluciones, de indicadores de mejoría, no hay estudios suficientes de orden psi para evaluar resultados y homogenizar las aptitudes de asistencia.

La idiosincrasia del empleo publico produce practicas y rendimientos dispares, el incumplimiento de las prestaciones, de las horas del reglamento, las desorganizaciones institucionales, el burn out de lo que intentan voluntariamente trabajar, determinan todos eso factores practicas erráticas, evoluciones inciertas e imposibilidad de medir resultados para protocolizar la atención. Ausencias de patrones de capacitación, carencia en los niveles de formación de los especialistas, falta de formación sanitaria e ideológica para la atención en el ámbito público. El profesional psi, como otros especialistas, concentra su formación para desplegarla en poblaciones de mayores recursos, tal es el caso del uso de drogas de ultima generación que requieren un poder adquisitivo de clase media hacia arriba.

Los resultados van en detrimento de la buena respuesta psicológica para el consultante. Lo cual no ocurre en el abordaje público de patologías orgánicas, por ejemplo, un cardiópata, un gastropatía, un hipertenso, un diabético, un embarazo, van a recibir la mejor atención, en calidad en certeza científica, ventajas que no ofrece la atención psi, compartiendo iguales características con las prestaciones odontológicas en la esfera publica, la cual es sabido es onerosa para el ciudadano común.

Es conveniente destacar que, a pesar de la sostenida recuperación económica del país desde 2003, con el boom de campo y los procesos exportadores se mantiene intacta una profunda brecha social entre los sectores más ricos y los más pobres de la población, y persisten altos niveles de pobreza, indigencia y la consiguiente exclusión social.

La inestabilidad económica y política ha afectado a todos los sectores de la sociedad argentina. Sin embargo, los sectores de la población económica y socialmente más marginados —como las personas con discapacidades— han sido aún más vulnerables a sus efectos. La pobreza no sólo acentúa algunas de las consecuencias negativas de la discapacidad; es también un factor que lleva a incrementar las incidencias de discapacidad, en la medida en la que acceder a servicios de salud, educación y rehabilitación se vuelve más difícil con el aumento de los índices de desempleo y pobreza.

La inaccesibilidad no se agota en el factor socioeconómico sino que también se explica por los errores de diseño de políticas públicas y a

medida que los efectos del colapso socioeconómico de Argentina se manifestaron, los grupos más vulnerables, tales como las personas con discapacidades mentales, fueron particularmente susceptibles al abandono y al abuso.

La Organización Mundial de la Salud recomienda que el 10 por ciento del presupuesto de salud sea asignado a la SM. Y a la vez, de este presupuesto, un 60 o 70 % debe ser dedicado a programas insertados en la comunidad, programas descentralizados, en centros periféricos, a la atención primaria, en el lugar donde viven los sujetos vulnerables.

No obstante, varias provincias argentinas sólo asignan una pequeña fracción de esta cantidad para los servicios de SM. En la provincia de Buenos Aires, solamente el 2 por ciento del presupuesto de salud se asignaba a la SM. Para el 2007, este presupuesto había aumentado al 4,2 por ciento. Los hospitales, los asilos, los manicomios, sus recursos humanos principalmente se llevan el 80 % del presupuesto, lo cual constituye una inversión, una distribución opuesta al modelo conveniente a aplicar sobre el presupuesto sobre lo que decididamente se debe actuar.

El incremento de la pobreza desde la crisis económica y política de 2001 ha llevado a un aumento en la demanda de servicios de salud públicos. Hasta antes de la crisis, el 40 por ciento de la población recibía atención a través de los hospitales públicos. A partir de la crisis, el 60 por ciento de la población ha comenzado a utilizar los servicios de los hospitales públicos.

Al parecer los sectores medios con poderes adquisitivos que acceden a una atención privada o de obras sociales, en apariencia resuelven sus malestares devenidos de lo psicológico, pero al no existir un señalamiento de una política de estado sobre cuales son los paradigmas científicos validados para llevar adelante tratamientos psi, el panorama se convierte en un galimatías con el concurso de corrientes y sistemas psi de múltiples colores, con terapias diversas, terapias alternativas, llevadas a adelante por personas sin autorización en colegios profesionales y aún estos no tienen una fiscalización fidedigna sobre legiones de operadores terapéuticos que operan sobre poblaciones no advertidas sobre la confiabilidad de esas prácticas.

Sin embargo, el presupuesto de estos hospitales en Córdoba no se vio menoscabado, se han sostenido los insumos, los aportes de medicamentos, la refacción y construcción de nuevos espacios, incluso refuerzo de personal en algunas áreas. **No resultó de todo eso una respuesta acorde,**

**eficiente y adecuada a las demandas planteadas a raíz de la falta de una política integrada y clara.** La falta de una buena barrera de contención extra institucional indefectiblemente hace fracasar las instituciones. Situación válida no solo para el área de salud. Los fenómenos psicosociales incrementados de los grandes conglomerados humanos como Córdoba y el gran Córdoba producen suficiente volumen de problemas y aumento exponencial de la demanda imposible de resolver sin una organización adecuada.

A medida que la situación argentina fue empeorando, se incrementaron los síntomas psíquicos y la prevalencia de determinadas enfermedades asociadas con la pobreza y la desocupación. El impacto de la crisis del 2001-2002 aún muestra sus resabios.

En los últimos años el gobierno de Argentina ha tomado una serie de medidas para minimizar el impacto de la crisis económica en el sector de la salud. Las medidas se han enfocado a facilitar el acceso a fármacos. El Ministerio de Salud de la Nación, el principal proveedor de medicinas consumidas en Argentina, acrecentó la provisión de medicamentos como respuesta a la crisis.

El Ministerio centralizó también la compra de medicamentos, permitiendo precios menores a través de compras al por mayor, puesto que hasta entonces cada hospital realizaba las compras para su uso propio. Las compras descentralizadas luego en cada hospital de SM en la provincia permitieron mejorar esos costos, al monitorear directamente las compuestas de precios con revisión estricta de la marcha de los stocks de farmacias.

“Estas iniciativas gubernamentales son importantes, pero el mero acceso a los medicamentos no soluciona las necesidades básicas que tienen muchas de las personas institucionalizadas, entre ellas, acceso a condiciones saludables e higiénicas de internación, y rehabilitación personalizada. Más aún, los fármacos por sí solos no substituyen la amplia gama de apoyo comunitario —como acceso a viviendas y oportunidades de empleo— que se requiere para prevenir hospitalizaciones innecesarias.”

Los equipos de salud por su desvalidez organizativa y los apremios de tiempos con sus largas colas de pacientes, caen en un estereotipo de sostener tratamientos con la receta del psicofármaco, importantes porcentajes de los controles de evoluciones de pacientes ambulatorios o externados pretenden ser sostenidos con la ilusoria provisión de la receta médica. La receta escrita como forma de la medicalización reemplaza a la

escucha profesional que daría cuenta de la situación psicosocial del sujeto en tratamiento.

En Córdoba, en la actualidad:

- el 75 % de las camas psiquiátricas pertenecen al sector público
- sobre 2200 camas que constituyen el 100%,
- de ellas el 80 % superan los 90 días de internación.
- Sobre 1872 camas en los hospitales y colonias de la provin.(febr. 2008)
- 871 son judicializados, vale decir 47 %,
- de ellos 627 (72 %) pertenecen al fuero civil y 244 (28 %) al penal.
- Al tomar las instituciones de la capital de Córdoba, los porcentajes de judicializados se elevan a 85 %.

La gran mayoría de las personas alojadas en las instituciones psiquiátricas son internadas a largo plazo. Esto particularmente en las colonias del interior. Las personas que han estado institucionalizadas por más de un año ocupan el 70 por ciento de las camas psiquiátricas. Menos del 10 % han permanecido menos de 3 meses de hospitalización.

El recurso humano de SM en Córdoba perteneciente al área de la provincia sin contar el perteneciente al sistema de municipios, es de 900 empleados del equipo de salud. Si consideramos Para casi el 50 por ciento de la población, las “obras sociales sindicales” que benefician a los trabajadores, patrocinados por los sindicatos y regulados por el gobierno, cubrimos una población mayor a un millón y medio de personas.

### **Legislación sobre SM**

“La Constitución Nacional, los tratados internacionales ratificados por el gobierno federal y las leyes nacionales tienen mayor jerarquía que las leyes emitidas a nivel provincial. No obstante, los gobiernos provinciales mantienen todos aquellos poderes que la Constitución no delega al gobierno federal.

“Nuestro país tiene leyes federales favorables para una viabilidad de reforma de SM. La ley 25.421, adoptada en 2001, determina que las personas tienen el derecho de recibir atención de SM dentro de los servicios de atención primarios, y prevé que las personas con enfermedades mentales deben ser rehabilitadas y reinsertadas socialmente.”

“Esta ley también creó el Programa de Asistencia Primaria en SM, designando al Ministerio de Salud de la Nación como organismo de aplicación de la ley. Sin embargo, hasta el momento, el gobierno federal no ha reglamentado la ley 25.421, por lo cual aún en las provincias no se le da la trascendencia de la misma a los fines de implementarla. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Ley Básica de Salud N° 153 requiere que el gobierno de la ciudad impulse la des institucionalización progresiva.”

“Para ello, la ley ordena implementar modelos de atención alternativos en SM que se orienten a lograr la integración social, tales como casas de medio camino, talleres protegidos, comunidades terapéuticas y hospitales de día.”

“En el año 2000, en cumplimiento de la ley 153, se aprobó la Ley de SM N° 448. (El objetivo de la ley 448 es garantizar el derecho a la SM, y hace un llamado a la desinstitucionalización, y a la rehabilitación y reinserción social de las personas institucionalizadas.”

“Esta ley también define que el sistema de SM en la ciudad de Buenos Aires se basará primordialmente en la prevención, promoción y protección de la SM. La ley 448, que en el artículo 3 establece los derechos humanos específicos de las personas con discapacidades mentales, busca transformar el modelo asilar actual y promover servicios comunitarios de SM.”

“A pesar de lo estipulado en las leyes 25.421, 153 y 448, el modelo de provisión de SM público a nivel nacional y en la ciudad de Buenos Aires continúa basándose casi exclusivamente en la atención institucional asilar. Existe una gran carencia de servicios de SM de atención primaria en toda Argentina”. Con algunas excepciones, no existen estrategias ni planes de acción para la incorporación de la SM en la atención primaria, como **tampoco existe entrenamiento en SM para los profesionales de la atención primaria de salud.**”

(Siguiendo con extractos del amplio informe del CELS, el proyecto de presupuesto de salud presentado en octubre de 2006 para la ciudad de Buenos Aires preveía una asignación total de 2.167.657.961 pesos) (aproximadamente U\$S 722.552.653). De los cuales 146.261.152 (aproximadamente U\$S 48.753.717) serían destinados a SM, lo que implica un 6,9 por ciento del presupuesto total de salud. Por lo demás un 81 por ciento sería destinado a servicios hospitalarios y un 4,2 por ciento a atención primaria.

“En el ámbito de la ciudad de Buenos Aires, por ejemplo, de los 33 hospitales en la red de salud, sólo dos hospitales generales proveen atención en SM con servicios de internación que financian la atención de la salud. Sin embargo, desde la crisis económica, muchas personas han perdido su trabajo y los ingresos de estos programas han disminuido dramáticamente, a la vez que el porcentaje de la población sin ninguna cobertura de seguro se ha visto incrementado.” “Adicionalmente, los programas que antes cubrían sus costos a través de cuotas colectivas pagadas por aquellos que utilizaban sus servicios no han podido seguir haciéndolo, ya que sus asociados ya no pueden pagar por los servicios.”

“La planificación federal en SM de Argentina es llevada a cabo por la Unidad Coordinadora Ejecutora de SM y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación (Unidad Coordinadora). El presupuesto anual total de la Unidad Coordinadora para el 2006 fue de 700.000 pesos (aproximadamente U\$S 233.000)”. **el punto clave es el rol que jugarían estos organismos en proyectos de SM en las provincias que apunten a una reforma del sistema de salud apuntando al derecho a la SM y sus servicios, y el uso respetuoso de los recursos de internación.**

### **Procesos de Institucionalización inconveniente**

Se medicaliza la pobreza la indigencia, la enfermedad mental no tratada en el nivel correspondiente, al carecer de servicios comunitarios, la carencia de los servicios del estado determina estas internaciones. Estos factores sociales condicionan el ingreso, y fundamentalmente obstruyen el egreso al estacionar los pacientes en el polo hospitalar, por ello, un 80 % de los hospitalizados en los asilos son casos sociales que a su vez se van deteriorando siquiátricamente, vale decir el abandono social y/o familiar, determina en sí mismo la aparición del fenómeno psiquiátrico. Cada día transcurrido en el Hospital psiquiátrico de un paciente mas allá de la resolución de su etapa aguda va sumando deterioro, desarraigo familiar, social, va sumando discapacidad, pérdida de autonomías, va incrementando la estigmatización del sujeto que se siente un enfermo mental, alguien excluido del cuerpo social.

El deterioro crónico el apagamiento de todas las facultades de los olvidados en los hospicios, el cuadro psiquiátrico creado, incide negativamente para sus opciones de externaciones. En 80 % de las demoras en externar se deben a los olvidos sociales asociados a la profundización

del cuadro psiquiátrico de base. Como conclusión podríamos decir que la intervención de la instancia de la ley para internar un paciente subraya y retroalimenta su problemática psicosocial y laboral al demorar notablemente su reinserción.

Hay estudios sobre poblaciones en el hospital Borda donde habría un 15 o 20 % de personas internadas que perfectamente podrían estar conviviendo con sus familiares. Situación que se corrobora en nuestros hospitales y colonias de Córdoba, un 70 por ciento de las personas institucionalizadas permanecen segregadas de sus comunidades por razones sociales. Dichas razones se deben a los largos períodos de grupos familiares conviviendo con patologías insuficientemente tratadas o no tratados con agotamiento del vínculo y rupturas definitivas entre el enfermo y su familia con segregaciones permanentes.

Dentro de este porcentaje de 70 % existe un elevado número de personas que no reciben ni medicamentos ni ningún otro tipo de tratamiento, vale decir legiones de pacientes 60 o 70 % que no acceden a la asistencia profesional, personas olvidadas en tristes cuerdas de los pabellones de colonias, y permanecen institucionalizados por decenas de años. Esto último precisamente es el depósito de personas y es la forma más clara y patente de la violación al derecho con pérdidas permanentes de lazos familiares que pudieran hacerse cargo en una hipotética reinserción.

Al menos un 30 % de mujeres internadas, con alta médica se ven demoradas en su reinserción por su incontinencia familiar. En la población de pacientes del Vidal Abal de Oliva que viven en el sistema de hogares en número de 76, distribuidos en 8 hogares, (agosto 2007) se contabilizaron 30 pacientes que estarían ya en condiciones de externación con ayuda familiar, (casi un 50 %) o con ayuda de alternativas de alojamiento y/o sistema de contención en comunidad. En los Hospitales de agudos de capital, Neuropsiquiátrico e Ipad con promedios de internación de 2 o 3 semanas, de ellos existe un 30 % de pacientes con estadías prolongadas, de tres meses o más. Éste grupo requiere contar con dispositivos alternativos de reinserción o un trabajo con su grupo familiar más intensivo.

Está demostrado que el principal factor que contribuye con la institucionalización a largo plazo es la falta de organización o creación de servicios de apoyo instalados en la comunidad. Por ello las experiencias con residencias para pacientes con supervisión como casas intermedias, casas de convivencia y una modalidad posible en Córdoba, capital que ya está funcionando, son pensiones regenteadas por ex personal de SM, en este caso enfermeras, con excelente resultados, ofician de residencias

psiquiátricas u hogares supervisados por personal idóneo en SM. En este punto es preciso resaltar la importancia del factor subsidio como palanca de resocialización, tenemos múltiples ejemplos en el mundo, Italia, Francia, Inglaterra, en Argentina, San Luis, Rio Negro, y algunas experiencias aisladas de los hospitales colonia de la provincia de Buenos Aires.

Una organización en salud que adecuara servicios en el medio comunitario, descentralizado, en servicios de SM de hospitales generales, hospitales del interior, Hospitales municipales, de dispensarios municipales, vale decir escalonadamente a modo de barreras desde la periferia a los servicios centrales, que detecte, que trate, que se ocupe de la patología y sus consecuencias familiares, en terreno, precozmente, controlaría las primeras manifestaciones de enfermedad mental antes que se deteriore la persona y los vínculos, situación que conduce a la institucionalización y depositación inevitable.

### **Segregación de las personas en las instituciones psiquiátricas**

*“Hace muy poco tiempo estuve en Open Door, en la Colonia Cabred. Allí, hablando con su Director, me dijo acá hay alrededor de 1.064, o una cifra parecida, [de]internos. Me dijo, más o menos 750 están por pobres; es decir, están porque hace mucho que están y están porque nadie los va a buscar, y están porque no tienen adónde ir si salen. Se suma todo: el tiempo que llevan, la soledad, el acostumbramiento a esa soledad o a esa forma de vida y el no tener parientes interesados en ellos. **Es decir que no son locos, son pobres y solos; que es una buena manera de volverse locos.**”* Felipe Solá, Gobernador de la provincia de Buenos Aires. Este discurso en Buenos Aires se corresponde exactamente con la situación en Córdoba, es la expresión calcada de nuestro Ministro de Salud Dr. Oscar González al visitar las colonias cordobesas.

La segregación asilar de las personas abandonadas a la decadencia y olvido institucional es francamente violatorio al los estándares reconocidos del derecho del enfermo mental. La segregación familiar por la acción de separación de ese medio, la separación de amigos, medio social, entorno ambiental, pérdida de sus referencias culturales, idiosincráticas, locales, etc. Convierten a la persona en un paria social falto de identidad e instala la tristeza profunda que cristaliza la locura como forma inevitable de huir de esa ruptura de identidad.

El régimen deshumanizado del asilo, el trato impersonal, el estar privado de ser dueño de su hábitat, el obedecer ordenes y normas

celosamente impuestas por el personal que toma un cariz netamente represivo, convierte al enfermo a un preso eterno, a veces por 10 o 20 años, a una vida limitada y casi animalesca, así vemos a estos sujetos caminado por los parques como entes, que son una enorme deuda social del estado y un motivo de deshonra y vergüenza crónicamente negada por nuestros sistemas de salud. Podemos hablar de verdaderos campos de concentración. Solo es necesario caminar por estos parques de los asilos recorrer pabellones por las tardes cuando se detiene el movimiento y todo es cubierto por una bruma de melancolía, decadencia y silencio similar al de un cementerio.

Las condiciones de vida asilares de los internos llevan a estos a la pérdida progresiva de habilidades para desempeñarse en su medio familiar y social como lo sería un animal domesticado que pierde sus defensas básicas para defenderse en el medio social. De allí la pérdida progresiva de su posibilidad de rehabilitarse a medida que avanza el tiempo de internación y o reclusión.

Los fenómenos descriptos no tendrían razón de ser si consideramos la riqueza y cantidad de profesionales del campo psi tanto en la Argentina como en Córdoba y la ausencia de un esquema político que aproveche mejor el caudal de recursos disponibles. Mientras la posibilidad de recibir una atención mental adecuada solo sea posible en un medio privado, la SM es un terreno donde mayormente se marcan las injusticias sociales. Diferencia que no es tan notoria en otros campos de las patologías no mentales.

### **Alternativas a la Internación**

Entre los recursos posibles para salir del engorroso depósito de personas en los medios asilares se encuentra el:

- ❖ subsidio económico para la vivienda,
- ❖ rehabilitación psicosocial,
- ❖ y apoyo de los pares—

**Esto ha probado que la gran mayoría de las personas con discapacidades mentales puede vivir y prosperar en la comunidad.**

En nuestro medio, principalmente en el Hospital Neuropsiquiátrico e IPAD y en menor medida en colonias del interior, desde 2003 con el incremento sostenido de la internación judicial se comenzaron a indicar en

forma sistemática y progresiva permisos o salidas a prueba enmarcados en el código civil implementados lo mas precozmente posible en la medida que su proceso judicial, el juzgado, la situación y el marco familiar lo permitiera.

Sobre 600 ordenes de internación judicial en córdoba en un termino de tiempo determinado, entre civiles y penales, alrededor de 450 personas fueron sostenidas en régimen domiciliario, con márgenes de recaídas de un 20 o 25 % con sus re internaciones, en un sistema que evita la institucionalización, el hospitalismo y a la vez mantiene a la familia ocupada en su miembro enfermo, con los equipos concientizando y sensibilizando acerca de la inconveniencia de la operatoria de segregación implicada en la intencionalidad familiar y del sistema judicial de sostener el encierro del padeciente. Esto no es ni más ni menos que los principios sostenidos mediante ley y acciones por las reformas de San Luis y de Rio Negro.

**Se podría afirmar que las personas expulsadas de todo sistema productivo, educativo, social, cultural, familiar, tiene como destino alguna forma de institucionalización a saber: el asilo psiquiátrico, los institutos en el caso de menores, geriátricos, institutos para las mama solas, institutos de discapacitados, cotolengos, las instituciones carcelarias para la marginalidad delictiva, etc.**

Las internaciones prolongadas crónicas consumen un altísimo presupuesto el 90 % de SM, es lo que se denomina la inversión presupuestaria no recomendable por las entidades internacionales que sugieren un 70 % para los sistemas descentralizados para integración comunitaria de las personas con padecimientos psíquicos, vale decir des institucionalizados y un 30 % para los hospitales. El otro presupuesto consumido hace referencia a la indignidad como alto costo de la sociedad, de los estamentos gubernamentales, la deuda social producida.

### **La internación como forma de detención injusta**

“En la Argentina, las personas pueden ser encerradas de por vida sin recibir nunca una oportunidad judicial que revierta su detención. Las leyes nacionales no regulan el derecho a una revisión independiente o imparcial de la internación psiquiátrica. “El Código Civil argentino está escrito en términos tan generales que permite la detención de cualquier persona que pueda llegar a afectar la tranquilidad pública”. **He aquí la famosa peligrosidad para si y para terceros.** Figura re vertible en horas, en tanto

pueda efectuarse una buena mediación familiar o con al ámbito donde se produjo el conflicto. La particular peligrosidad para si y para terceros, el criterio para sostenerla y afirmarla es un instrumento delicado que priva de la libertad a mucha gente insuficientemente evaluada por los medios forenses. Por ello la idea e intención inmediata de nuestro ministro de iniciar rápidamente la instancia prejurisdiccional o prejudicial para resolver esas decisiones en el seno de nuestros equipo psiquiátricos de salud. A los individuos internados en las instituciones psiquiátricas no se les garantiza el derecho de recibir asistencia jurídica o de presentar pruebas en su favor. “Al no contar con estos recursos legales, **casi todas las personas que se encuentran en los asilos psiquiátricos argentinos están detenidas arbitrariamente.**”

### **Situaciones de abusos en los psiquiátricos**

Es notorio el importante abuso en las instituciones de SM, el estado de orfandad e indefensión del enfermo mental es total, dependiendo de la buena voluntad del empleado asilar su buen trato y relación humanitaria. No es difícil documentar en largas listas estos malos tratos, los abusos de poder de un porcentaje de empleados inescrupulosos sobre los pacientes. Es notorio como el encierro institucional de empleado y paciente crea vínculos perversos, bastardiza el comportamiento favoreciendo el abuso de todo tipo, verbal, físico, sexual etc. A mayor tiempo transcurrido de convivencia enfermo y empleado más es el deterioro de ambos, mayor indefensión, mayor abuso, y mayor olvido del sistema.

Existe un enorme costo de SM del empleado asilar a través de los años de trabajo, la insalubridad al convivir en un medio donde percibe la injusticia y la contradicción diariamente, donde se siente cómplice del mecanismo de segregación del sistema y parte de una institución que obstruye toda posibilidad de sostener un sujeto sano, pues el internado es un objeto sobre el que pesa la maquinaria demoledora de su identidad.

### **Programas de rehabilitación insuficiente**

No son suficientes los programas de rehabilitación por múltiples motivos, los equipos de los asilos están desgastados moralmente, no alcanzan a manejar los volúmenes de pacientes, el grado de deterioro de éstos desalienta el trabajo, solo se trabaja con los mas aptos, descartando a los mayormente deteriorados. Se trabaja con un 15 o 20 % de los asilados con suerte, los otros quedan olvidados, decantados en los fondos de las

cuadras de, de las amplias salas de los pabellones de crónicos. Así el grueso de los pacientes solo vegetan en los hospicios atados a los reglamentos, horario de medicamentos y de comidas, en una rutina mecanizada favorecedora de la pérdida de identidad como sujeto, de la desaparición subjetiva y del acentuación de todo el fenómeno psicosocial que produce más locura.

### **Tipos de tratamientos recibidos**

Solo una proporción de pacientes reciben tratamiento adecuado, y en los hospitales de agudos donde habría mayor concentración de personal, no así en las colonias, donde el número de internos supera ampliamente al de profesionales, algunos pacientes son evaluados cada dos o tres meses en casos extremos y otros ya no son evaluados manteniendo esquemas medicamentosos no modificados meses a veces por años.

Las posibilidades para este fenómeno mejorarían al reducir sustancialmente el número de internos en un plan de externación sistemática, sosteniendo un número de pacientes manejables sobre el que es posible meter valor agregado terapéutico. Y sin pretender “resucitar” a seres con profundo deterioro, se plantearía hogarizarlos (modificar el sistema de cuadras impersonales donde moran para refaccionar los pabellones convirtiéndolas en estructuras hogarizadas, con habitaciones personalizadas y ámbitos íntimos de aquellos pacientes que no tienen chance de resocializarse) en el mismo asilo, recuperando dignidad del régimen de estadía del grupo de crónicos imposibles de reinsertar.

### **PROCESO DE DESMANICOMIALIZACION**

La base para la reforma del sistema de SM, determina que las políticas de SM no deben ser instituidas con la finalidad de control social o castigo para las personas, sino que deben dirigirse hacia la desinstitucionalización progresiva y la creación de una red de servicios de protección social.

### **La provincia de Río Negro: ejemplo a seguir**

“La provincia de Río Negro, al norte de la Patagonia, ofrece otro modelo positivo de atención en la comunidad para las personas con discapacidades mentales. En 1991, la provincia aprobó la ley 2.440 de

“Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental”, que establece la ilegalidad de los hospitales mentales públicos y define la estructura a seguir para la reinserción social de las personas con enfermedades mentales.”

“Actualmente, la provincia ofrece servicios de SM en 33 hospitales generales, 178 centros de salud, seis hogares de medio camino y seis empresas sociales o microemprendimientos sociales para reinserir socialmente a las personas externadas. Estos servicios atienden a la población de Río Negro, de poco más de medio millón de personas.”

“En 2005 los servicios de SM de El Bolsón estaban conformados por un equipo de cinco psicólogos, cinco trabajadores de SM y un psiquiatra. El equipo trabajaba de manera interdisciplinaria con las familias, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, educadores, policías, abogados y empresarios con el objetivo de reintegrar a los usuarios de los servicios de SM a la comunidad. La tercera parte de las sesiones de terapia con los profesionales involucraba, al menos, a algún otro miembro de la familia. Además de la terapia tradicional, el equipo ofrecía talleres artísticos y oportunidades laborales de medio tiempo en una cafetería y un servicio de preparación de comidas para banquetes y fiestas.”

“Los trabajadores de la SM desempeñaban un rol crucial para ayudar a los usuarios a lograr la transición entre el hospital y la comunidad, llevando a cabo, frecuentemente, visitas a sus hogares o acompañándolos con sus tareas cotidianas. Si bien Río Negro ofrece un modelo bastante alentador de reforma de la SM, no carece de problemas propios. Un estudio independiente llevado a cabo sobre los servicios de SM en la provincia concluye que se necesita un mayor financiamiento para que la ley 2.440 se pueda cumplir plenamente”.

“Es preciso una mayor inversión, en particular para la provisión de alternativas de alojamiento para los individuos con enfermedades mentales crónicas que no tienen familiares que se hagan cargo.”

“El estudio también encontró que los usuarios de los servicios de SM no han sido adecuadamente involucrados en la toma de decisiones concernientes a los servicios ofrecidos”.

## **La provincia de San Luis, otro ejemplo valioso**

“El “Hospital Escuela de SM” (Hospital Escuela) en la provincia de San Luis, puede ser otro modelo prometedor de desinstitucionalización. Desde 1993, el hospital psiquiátrico de San Luis ha sido sometido a una gran reforma, principalmente bajo la dirección del Dr. Jorge Luis Pellegrini. El hospital ha sido transformado de una institución cerrada con más de 100 personas internadas a largo plazo, a una clínica con 10 camas para el cuidado de casos agudos. El Dr. Pellegrini afirmó que el promedio de la estadía oscila entre los tres y los siete días.”

“Actualmente el hospital funciona más como una clínica comunitaria que como un hospital de internación psiquiátrica. Además de atención en SM, ofrece servicios de salud general, incluyendo vacunaciones, pruebas de embarazo y talleres de recuperación del alcoholismo”.

Al describir las condiciones del hospital al inicio de la reforma el Dr. Pellegrini dijo que “las paredes estaban cubiertas de material fecal y orina”. para impulsar la reforma, el Dr. Pellegrini instaló su oficina en una de las celdas de aislamiento de la institución. Luego el Hospital Escuela abrió los candados de las puertas de la institución, se compraron nuevas vestimentas para los residentes, se eliminó el logo del hospital de la ropa, y se introdujo un sentido de dignidad en el cuidado y el tratamiento ofrecido.

El farmacéutico responsable del hospital, también describió serios problemas con el uso impropio y excesivo de los medicamentos antes de la reforma:

“Cuando llegué encontré muchos medicamentos que estaban vencidos o a punto de vencerse. Me tomó tres horas cada día preparar los medicamentos para 106 personas. ví que había un chaleco químico sobre los pacientes, estaban como zombis”.

“La primera táctica a seguir, según el Sr. Capella, fue reducir la cantidad de medicación administrada a las personas internadas. El proceso empezó con una reevaluación del diagnóstico de cada persona internada y una revisión de los medicamentos que cada uno tomaba. El Dr. Pellegrini informó que la vasta mayoría de las personas se habían ido a vivir con sus familias y a hogares substitutos.”

“En diciembre de 2006, la Legislatura de la Provincia de San Luis sancionó la Ley de Desinstitucionalización, la cual contiene varias disposiciones progresistas con respecto a la SM y los derechos de las

personas con discapacidades mentales. La ley prohíbe la institucionalización de las personas con discapacidades mentales en cualquier parte de la provincia.”

“También presume que estas personas son capaces de tomar sus propias decisiones, La ley sí especifica que el hecho de que se encuentre a una persona incapaz en un contexto específico no implica que la persona sea incapaz de ejercer el derecho a la autodeterminación en otros contextos.”

## **ANALISIS DE ALGUNOS OBSTACULOS A LA DESMANICOMIALIZACION**

### **Obstáculos ideológicos-epistemológicos**

La organización argentina en SM en sus aspectos psicosociales y de políticas integrativas se encuentra retrasado dos o tres décadas respecto de lo que viene sucediendo en el mundo, ello obedece a la ausencia de una conciencia clara de instalar equipos de atención primaria de SM en comunidad, de un modo suficiente, organizado, integrado y protocolizado. Y ausencia de repensar los problemas generados por los mecanismos institucionales centralizados, los grandes inconvenientes producidos en la resolución de problemas de SM.

Lo existente está desmembrado, incompleto, que privilegia el paradigma de la institución asilar como única respuesta a la problemática de la locura, a las problemáticas de las adicciones avanzadas y deteriorantes como el alcoholismo, el encierro y la contención como medida excluyente para contener sujetos. El interrogante es porqué se postergan estos aspectos de un modo sistemático, y no hay otra explicación que las dificultades ideológicas de los funcionarios para comprender la dimensión del problema y la falta de competencia de los interesados de SM para imponer los principios demorados. La percepción poco clara, el eterno malentendido de la medicina de intentar comprender los mecanismos mentales como siguiendo lógicas positivistas o neo positivistas que solo dan cuentas de la dimensión orgánica de la salud, y son impotentes, obsoletos, opuestos a la comprensión del funcionamiento del mundo psíquico.

Los elementos puestos en juego en los fenómenos mentales requieren instrumentos de disciplinas diferentes, de teorías del conocimiento discontinuistas, contrapuestas a esquemas conceptuales, referenciales y operativos que juegan en la comprensión de las fisiopatologías de los

procesos orgánicos. La conducta humana ofrece aristas que se nutren **en lo ideológico, en lo religioso, en lo histórico ancestral, en las experiencias primitivas, en filosofías diversas, en creencias, en diversas expresiones de la cultura, de la literatura, del arte, trabados con lo jurídico, con lo social, con lo político, lo económico, extendiéndose a lo dimensional de las interacciones, la ética y los valores.**

A ello se suma la fisiología neuroendocrino cerebral y los nuevos descubrimientos de los mediadores químicos en la sinapsis neuronales, que ofrecen posibilidades óptimas para actuar a ese nivel. Esto viene a palpar en forma importante procesos patológicos antes inabordables, hoy EN EL AMBITO PRIVADO contamos con recuperaciones y rehabilitaciones no soñadas dos o tres décadas atrás, **no posible aún aplicar a poblaciones a cargo del estado.** Pero para abarcar el psiquismo requiere epistemologías desconocidas absolutamente por el saber medico tradicional.

**La SM no es una disciplina más** como puede creerse, como puede ser la urología, o la cardiología, las cirugías o la misma neurología. **La SM es un conjunto de teorías y disciplinas que convergen multifactorialmente y por ende su abordaje requiere del abreviar en todas estas teorías y disciplinas,** comenzando por dominar la formación estrictamente medica recorriendo toda su currícula, desde el psicoanálisis freudiano con el descubrimiento fundamental a fines del siglo XIX: **el inconsciente,** sus aportes indispensables a la psicología evolutiva, a los modernos ajustes del francés Jaques Lacan y sus fantásticos descubrimientos sobre la teoría del significante y la vuelta de tuerca al famoso complejo de Edipo, desde Piaget a Jaspers, y desde la filosofía de Heidegger, pasando por Sartre, por Marx, Engels, por Michel Foucault.

Los epistemólogos Gastón Bachelard, Alexander Koyre y Khunt, todos discontinuistas que rompen con principios positivistas o neopositivistas y nos abren la cabeza para entender que hay otra ciencia siempre detrás de la ciencia, que los paradigmas nacen, se desarrollan y se agotan. Que es necesario renovarlos periódicamente. Los conceptos de la escuela inglesa de Klein, las teoría de la comunicación de palo alto, con Bateson, Mead, y el genial Watzlawick que dio origen al campo de lo sistémico tan útil para el abordaje familiar. Los movimientos antipsiquiátricos ingleses de Cooper y Laing y del gran Franco Basaglia en Italia. La escuela de Maud Mannoni en Paris para la comprensión de los jeroglíficos del autismo. Obliga a entender las investigaciones de Levis Straus y sus ricos descubrimientos con las prácticas shamánicas. Nuestro argentinizado Enrique Pichón Reviere y sus aportes tan originales de la escuela argentina. Las potentes posiciones a favor de revertir la segregación

de la locura del inefable Alfredo Moffat con sus 50.000 fotos sobre la exclusión de los locos , su Peña Carlos Gardel y El Bancadero. Autores y teorías que se ocupan de destacar la disolución subjetiva de la psicosis excluida e institucionalizada, la potenciación de alienación, la opresión del encierro.

El trabajador de SM que se precie de serio debe además para poder entender el psiquismo pasar por su propia experiencia psicoterapéutica o psicoanalítica, para someterse en condición de sujeto a calibrar su aparato psíquico, herramienta para operar con mentes humanas. Única manera de evitar los escotomas que obstruirán su escucha en los casos clínicos que se desempeña. El análisis personal para realizar primero la ruptura epistemológica internamente para entender en la clínica el lenguaje del síntoma que habla en el cuerpo, en las improntas psicosomáticas tan mal entendidas por la medicina positivista. Para entender la angustia, el delirio, las compulsiones toxicómanas. Luego viene la síntesis para operativisar todos esos instrumentos en el manejo de grupos humanos.

Entender la psicopatología, el funcionamiento del psiquismo fue siempre muy caro al pensamiento medico tradicional, todo esto genera rechazo, lo que no se entiende o no se tiene el deseo de entenderlo porque atenta con la concepción positivista aprendida. Lo que no se conoce se rechaza, o se descalifica. Por ello el operador de salud que elige trabajar con el psiquismo humano, elige trabajar con la locura, con la sin razón, con las perversiones, las dependencias, las conductas autodestructivas, y no deja de situarse del lado de los excluidos portadores de estos padeceres.

Por tanto comparte este trabajador del psiquismo humano **la exclusión y segregación por parte del pensamiento positivista de la corporación medica organicista**. A ello se suma la particular estirpe de los dedicados al campo mental, muy frecuentemente con algunos trastornos a cuestas, a veces, intoxicados de teorías, pierden el rumbo dejando mal parado al gremio de lo psi.

La falta de adaptación de la formación de psicólogos y psiquiatras al trabajo con lo grupal, con los procesos, comunitarios, con los procesos macros es un déficit en la formación, **a rectificar en nuestra gestión inmediata**, en las escuelas, en los pre y los posgrado. Y en la falta de formación como lideres desde el saber, para operativisar cambios en los medios sociales donde se desempeñan. Es muy habitual encontrar en el trabajador psi la posición que considera que todo lo político, o lo que tiene que ver con el poder es corruptible y por ello se aparte y funciona desde un independentismo des comprometido con el rol de intelectual que le toca en

los procesos sociales. En esa disociación o distanciamiento o desencuentro entre lo médico y lo psi, se halla mucho de los recelos mutuos, del atraso en la integración y la buena división de tareas donde hay culpas mutuas. y posiblemente allí están muchas de las dificultades para implementar políticas de SM viables, integradas y continuas.

Clásicamente los altos lugares de decisión en las gestiones ministeriales son ocupados por sanitaristas de especialidades médicas no psi, que acentúan ese desencuentro. No ha faltado información, no ha faltado asesoramiento, intentos, informes, pedidos, propuestas para estas políticas en SM. Intentos tal vez, no lo suficientemente convincentes y fundamentados para romper esas antípodas epistemológicas.

La SM es vista por los sectores no mentales como algo inaccesible y desconocido y como tal es dejado a un lado, rechazado, negado y excluido, fenómeno patente cuando la implementación del régimen de residencias de salud familiar de la anterior gestión en que no existió la consulta al especialista en SM, se lo obvió inexplicablemente, planificadores no psi se arrogaron, no exentos de soberbia, el derecho de programar acciones que rozaban y se imbricaban en el campo de la SM sin recibir aportes de quienes durante una vida han abrevado en ese cuerpo de teorías y prácticas. Es el eterno desencuentro en los hospitales. Entre los psi y otras especialidades.

## **EN SINTESIS**

“Tal como describen algunos informes “la Argentina está causando un daño incalculable a personas que, con los servicios y apoyos apropiados, podrían llevar adelante vidas productivas y sanas. La segregación de estas personas de sus vínculos familiares, de oportunidades y de sus comunidades, sin ninguna otra opción que no sea la institucionalización, aumenta su aislamiento, potencia su discapacidad y hace que la posibilidad de que regresen a regirse y valerse por sí mismos sea inmensamente más difícil. Esta institucionalización masiva es, fundamentalmente, el resultado de decisiones políticas erróneas que se traducen en una mala asignación de los recursos gubernamentales y en la ausencia de planificación en políticas específicas que se orienten a proveer atención a la SM centrada en la comunidad.”

“Las normas argentinas que regulan las internaciones involuntarias en los hospitales psiquiátricos no establecen protecciones adecuadas en contra de la detención arbitraria. Las previsiones sustantivas que permiten

la detención son demasiado amplias y están mal definidas. Los procedimientos vigentes no garantizan el derecho a que la medida de internación de una persona sea decidida por un órgano independiente, no establecen el derecho a la representación y no prevén el derecho a la revisión periódica de las órdenes de internación por una autoridad judicial u otra autoridad independiente.”

“Dentro de muchas de las instituciones psiquiátricas argentinas se perpetran violaciones a los derechos humanos de las personas internadas, incluyendo violaciones al derecho a la vida, a la salud, y a un trato digno y humano, cuyos responsables no son investigados ni sancionados. La falta de monitoreo y supervisión en las instituciones asilares contribuye a crear un clima donde no gobierna la ley, tanto por los abusos inflingidos contra aquellos que están institucionalizados, como por la corrupción en el funcionamiento administrativo”.

“Sin embargo, mientras hay obstáculos importantes a vencer, Argentina tiene los recursos necesarios para comprometerse con un cambio significativo en la manera en la cual se prestan los servicios de SM públicos. El país cuenta con una amplia base de profesionales de la SM; modelos de reforma de SM reconocidos; leyes progresistas que favorecen la promoción de la atención de SM en la atención primaria, la formación de servicios ubicados en la comunidad y la desinstitucionalización”.

“En la ciudad y provincia de Buenos Aires, donde se encuentran el por ciento de las instituciones psiquiátricas más grandes, las autoridades, en general, están a favor de la reforma de la política de SM y están tomando medidas positivas hacia una transformación en los servicios de SM. Numerosas organizaciones profesionales, de derechos humanos, de familiares y de usuarios y “ex-pacientes” están activamente comprometidas con diversas acciones que apoyan este cambio de paradigma. En las palabras de un funcionario de la ciudad de Buenos Aires, “Hay dinero [para implementar la reforma], tenemos que hacer los cambios; tenemos que hacerlos ahora”.

La propuesta es afirmar que en Córdoba, hay recursos, habría presupuesto si se lo reconduce, y se reconvierte la formación del recurso humano y con ello se puede pensar en iniciar con la reforma en SM con todas las dificultades y demoras, con todas las marchas y contramarchas.

## **Instancias gubernamentales en juego**

### **El Poder Ejecutivo Nacional y Ministerio de Salud de Nación**

Exige la creación de un ente federal que instaure la reglamentación par la reforma de los servicios de SM y la creación de la Unidad Coordinadora Ejecutora de SM y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación.

Esta Comisión debería desarrollar un plan maestro que promueva una política nacional para la provisión de servicios para las personas con discapacidades mentales en el entorno menos restrictivo posible. Este plan debería, como mínimo, incluir:

- El desarrollo de servicios comunitarios residenciales y programas de día para la personas que se encuentran institucionalizadas;
- El desarrollo de programas vocacionales de rehabilitación,
- Oportunidades de trabajo y de participación activa de los usuarios en su tratamiento y rehabilitación;
- El desarrollo de servicios de apoyo que permitan que las familias continúen cuidando de sus miembros con discapacidades mentales;
- La apertura de cupos psiquiátricos que den atención a corto plazo a los casos agudos en hospitales generales o en clínicas ubicadas en la comunidad;
- Un cronograma de altas planificadas para las personas institucionalizadas,
- Una política de no internar a largo plazo y la clausura paulatina de las instituciones de internación a largo plazo en colaboración con los directores de los mismos centros psiquiátricos;
- Una campaña nacional para implementar un programa de educación pública para combatir el estigma y la discriminación contra las personas con discapacidades mentales,

- Incluyendo la capacitación de profesionales de la salud, profesores y otros que atienden a las personas con discapacidades mentales,
- Tendientes a generar conciencia en la comunidad en temas de derechos humanos y discapacidad mental.

## **OTRAS MEDIDAS E INSTANCIAS QUE DEBEN INTERVENIR**

Las autoridades Ministeriales, nacionales, Provinciales, los Poderes Legislativos, nacionales y Provinciales deben vehicular acciones para revertir las condiciones generales de los hospitales psiquiátricos que atentan contra la dignidad y el derecho humano del paciente psiquiátrico.

- erradicar las condiciones peligrosas, insalubres y antihigiénicas de todas las instituciones del país.
- acceso de todos y cada uno de los individuos internados a una cama con colchón, frazadas y sábanas limpios;
- vestimenta y calzado limpios y en buenas condiciones;
- acceso inmediato a jabón, toallas, papel higiénico y productos de higiene personal para cada persona detenida;
- comida suficiente con un balance nutricional adaptado a las necesidades particulares de cada individuo;
- fumigación inmediata y regular de las instalaciones.
- ordenar la provisión de atención médica y psiquiátrica para garantizar la seguridad y salud de todas las personas internadas en instituciones psiquiátricas.

### **En otro orden:**

- propiciar la sanción de una ley marco nacional de SM adaptada a los estándares internacionales de derechos humanos a los que las provincias deberían adherir.

**Tal ley debería asegurar, como mínimo:**

- Garantías del debido proceso en los trámites de internación psiquiátrica involuntaria o forzosa,
- incluyendo: El derecho a la revisión judicial de todas las internaciones involuntarias por parte de una autoridad independiente dentro de las 72 horas desde el comienzo de la internación;
- El derecho a la revisión periódica por un órgano de revisión independiente e imparcial de las internaciones involuntarias;
- El derecho a contar con representación legal desde las primeras audiencias de internación y en todas las subsiguientes audiencias.
- El Estado debería garantizar la defensa gratuita si el individuo no pudiera contratar un abogado.
- Principios vinculados a la asistencia en SM, incluyendo tratamiento y rehabilitación adecuados y basados en la comunidad orientados alrededor de las necesidades y deseos de los individuos que reciban estos servicios, y garantías de que todo tipo de asistencia sea provisto sólo después de obtener el consentimiento informado de ellos;
- Los demás derechos reconocidos en los estándares internacionales pertinentes a las personas con discapacidades mentales.

**OTROS**

- Investigar y hacer público todas las muertes que ocurran en las instituciones. Muertes y establecer un protocolo que asegure una investigación completa e independiente de cualquier muerte que ocurra en el futuro en las instituciones I
- Investigar las denuncias de abuso en instituciones psiquiátricas
- Perseguir penalmente a aquéllos que sean encontrados responsables de abusos.
- Que todas las personas privadas de libertad en instituciones psiquiátricas cuenten con defensores disponibles, responsables de realizar visitas periódicas en las instituciones, ayudar a las

personas institucionalizadas y sus familias, interponer y resolver sus denuncias,

## **AL PODER LEGISLATIVO PROVINCIAL**

**Solicitar adopte y haga cumplir leyes que promuevan los derechos humanos en materia de SM.**

Los gobiernos de las provincias deberían adoptar y hacer cumplir leyes de SM vigentes a nivel nación y a nivel de otras provincias del país que consideren el derecho humano de personas con problemas mentales.

Es la Intención de los trabajadores de SM establecer, como política de los gobiernos, avanzar hacia la desinstitucionalización progresiva, promover, dictar y hacer cumplir estas leyes protectoras de la SM de las personas.

## **IMPLEMENTAR ACCIONES EN LAS INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS TENDIENTES A:**

- Eliminar el aislamiento a largo plazo.
- Eliminar el uso de las celdas de aislamiento a largo plazo y asegurar condiciones de confinamiento seguras y humana
- Cualquier uso de las celdas de aislamiento debe cumplir estrictamente con los procedimientos aceptados internacionalmente que protegen a las personas allí encerradas a tratos dignos
- Y debe ser usada únicamente para “prevenir un daño inmediato o inminente al paciente o a otros”.
- Emplear métodos alternativos de protección,
- La reclusión únicamente debe ser usada “cuando sea el único medio disponible para proteger a las personas institucionalizadas de tales daños.
- El aislamiento no se debe prolongar “más allá del período estrictamente necesario para alcanzar este propósito” como dictan las leyes civiles.
- No es conveniente no usarse la reclusión durante períodos de días o semanas. La reclusión y la restricción nunca deben ser utilizadas como una forma de disciplinar o coaccionar al interno, por el hecho

de que sean convenientes para el personal, o como sustitución de una dotación adecuada de personal o de tratamiento activo.

- Implementar medidas para evitar el abuso físico y sexual

## **ASPECTOS FINANCIEROS**

Hay consenso en los ámbitos internacionales de opinión psiquiátrica para recomendar a las entidades financieras internacionales a reconvertir y reorientar fondos y en lugar de destinarlos a infraestructura edilicia exclusivamente, se invierta en recursos que promuevan el trabajo integrado a las comunidades, el trabajo descentralizado, basados en la comunidad y todo lo que favorezca esta instancia, como dispensarios, centros de día, instalaciones de uso comunitario, todo acercado al lugar donde viven los individuos. Fondos para programas de recursos humanos desempeñándose en la propia comunidad. En el caso particular de los fondos del préstamo del BID, los funcionarios argentinos y cordobeses sería beneficioso renegociar los términos del préstamo para que la mayor parte de los fondos puedan ser asignados a satisfacer la urgente necesidad de servicios ubicados en la comunidad. Por su parte, el BID debería orientar sus préstamos de tal manera que respeten los estándares internacionales de derechos humanos, dirigiendo su financiamiento hacia la creación y el fortalecimiento de servicios basados en la comunidad para las personas con discapacidades mentales.

Este derecho incluye el recibirlo ambulatoriamente sin encierros y quites de libertades, la internación debe ser siempre aguda y como ultimo recurso, los consejos actuales de los estándares internacionales apuntan a una salida planificada, que busca estimular la autonomía y la reintegración en la comunidad de las personas externadas de las instituciones psiquiátricas.

## **RECOMENDACIONES Y PLAN DE ACCION**

### **ETAPAS DEL PLAN**

#### **Etapa N° 1**

- Incorporación a Políticas de Salud Ministeriales.

- Acuerdos con la Justicia, intervencionismo
- Sensibilización, reperfilamiento, adecuación institucional.
- Instalación interministerial y difusión.
- Comienzo de evaluación a sistemas salud municipios.
- Comienzo de evaluación a sistemas salud municipio.
- Inicio de consensos en colegios profesionales, universidad.

## **Etapa N° 2**

- Acciones concretas hacia adentro de instituciones
- Puesta en red efectiva de instituciones de salud mental, normativas Ad Hoc.
- Trabajo sobre el cambio de paradigma en los Comités de Capacitación y Docencia.
- Vigencia en marcha de acordada con la justicia
- Categorización planteles de pacientes.
- Fundamentación para planteos presupuestarios.
- Acople de esquemas de red a ZIS; Pacto Sanitario.
- Acuerdos, gestiones, conexiones a red periférica, capital.
- Acuerdos orgánicos con Ministerio de Desarrollo Social.

## **Etapa N° 3**

- Trabajo intenso con instituciones de rehabilitación
- Intensificar asistencia a pacientes agudos para pacientes externados.
- Reinserción directa familia 10 y 15% pacientes asilados.
- Comienzo trabajo externación pacientes con viabilidad intermedia.

- Ejecución sostenida de programas de externación asistida.
- Funcionamiento intensificado en red capital.
- Articulación fluida con sistema salud municipios.
- Trabajo en capital y en interior con equipos de salud mental en pueblos periféricos.

#### **Etapa N° 4**

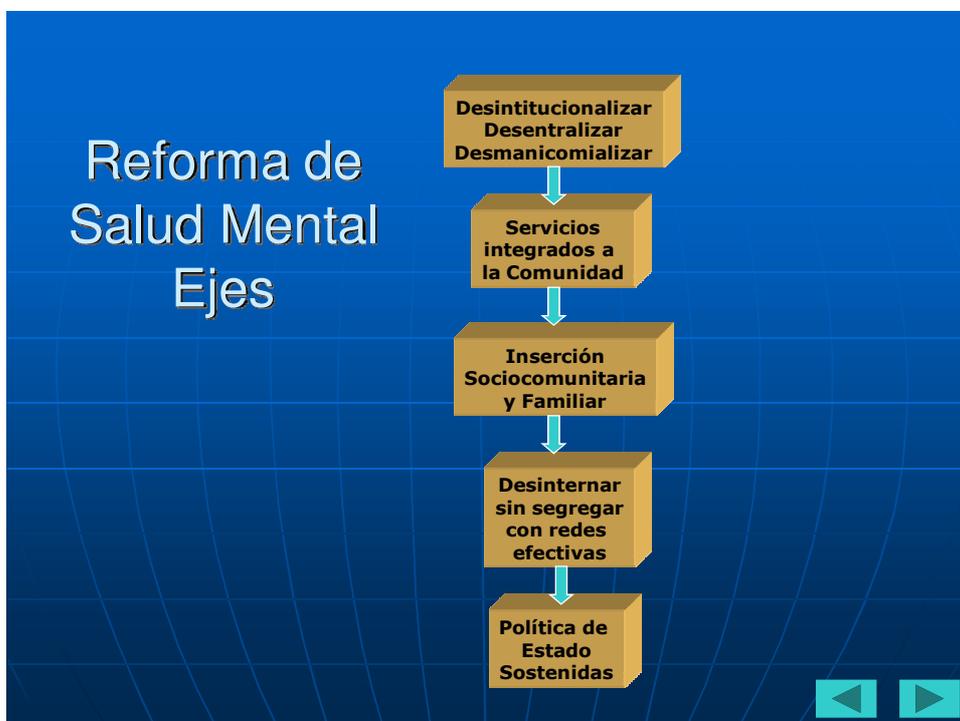
- Equipos posibles APS con apoyo de APSM, con un modelo de trabajo común.
- Trabajo de sensibilización para instalar equipos de atención primaria, instalados en la comunidad en salud mental ATPSM.
- Retroceso franco de la justicia 30% del total.
- 30% de crecimiento de equipos instalados en Comunidad.
- Comienzo de rotación de equipos de salud- descentrar.

#### **Etapa N° 5**

- Reducción 70% de la población general de pacientes.
- Eficientizar las instituciones de SM de agudos.
- Instalación progresiva de servicios escalonados en complejidad en las comunidades.
- Control Comunitario – Ejemplo: Consejos Sociales del sostenimiento del modelo.
- Máximo valor de la asistencia aguda con externaciones rápidas.
- Anteponer la rehabilitación psicosocial a la terapia individual.

**EL PLAN TIENE EN CUENTA CUATRO GRANDES LÍNEAS DE ACCIONES:**

1. **LOS EJES DE DESMANICOMIALIZAR.**
2. **DESINSTITUCIONALIZAR Y DESENTRALIZAR SERVICIOS Y ACCIONES. EL TRABAJO DE INTERCONECTAR LAS INSTITUCIONES VIGENTES, ARTICULAR EL TRABAJO CORRIÉNDOLO AL POLO COMUNITARIO.**
3. **EL GRAN ACUERDO CON EL PODER JUDICIAL.**
4. **LA POSIBILIDAD DEL ARMADO DE LA RED DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL CON MUNICIPIOS CON EL INSTRUMENTO GUBERNAMENTAL DEL PACTO SANITARIO.**



## ■ 1 - DESMANICOMIALIZAR

Es el punto central del proyecto, reducir las camas psiquiátricas de las grandes colonias de acuerdo a las metas propuestas y a los dispositivos puestos en marcha. Como pueden verse en los diagramas existen dos vertientes, **la de la izquierda del diagrama** sigue el camino de la inserción del paciente en todos los dispositivos que lo llevaran o lo acercarán a su núcleo familiar de origen o a su hábitat social o comunitario, mediante los estamentos intermedios, a saber: externación del hospital de SM, continuidad terapéutica a cargo del Hospital de Día, éste pivoteara la

interconexión con el resto de instituciones y marcará el tiempo la frecuencia, los pasos sucesivos y centralizará el control de seguimiento informatizado del plan de externación.

Luego los programas de contención de día, con recorrido de las estaciones que son: Equipos de Atención Comunitaria de la ciudad de Córdoba, con los contingentes de pacientes a cargo en sus seguimientos y la articulación con sistemas de atención periférica de la municipalidad de Córdoba como posibilidad a articular dentro del marco actual de convivencia ejecutiva con ese municipio. Los Servicios de SM de Hospitales generales contribuirán de dos maneras: control de tratamientos de pacientes externados a los fines de no saturar los monovalentes y atención secundaria de nuevos casos como parte de la barrera de contención para evitar la generación de nuevos casos de internación. El plan contempla a futuro mediano comenzar a capacitarse a estos servicios de SM de Hospitales generales provinciales a disponer de dos a cuatro camas cada una para los siguientes casos psiquiátricos:

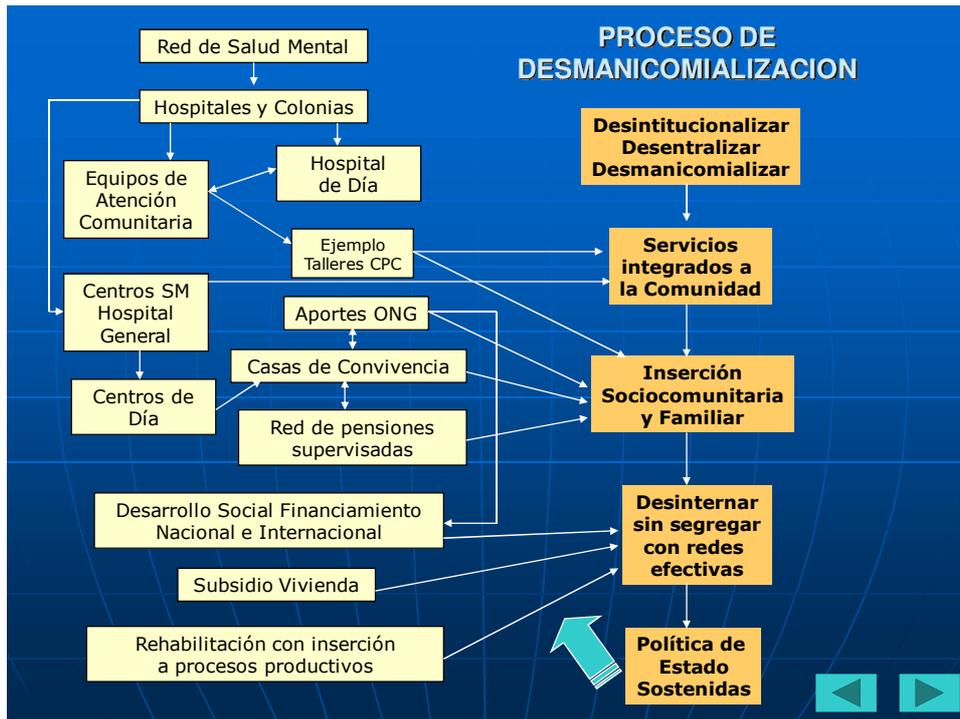
- Depresiones leves ( mencionamos la depresión como la enfermedad por excelencia y de mayor frecuencia de consulta)
- Psicosis leves, brotes manejables con medicación y mecanismos de contención intermedios
- Intoxicaciones alcohólicas y primeras etapas de tratamiento de deshabitación
- Otros casos de des contención socio familiar.

La internación en Hosp. Gral, tiene por fin evitar la estigmatización del sujeto que pasa por el trauma de la internación psiquiátrica.

Las Casas de convivencia están sujetas a convenios con Ministerio de Salud y municipios a los fines de albergar sujetos en condiciones dignas de autonomía y rehabilitación.

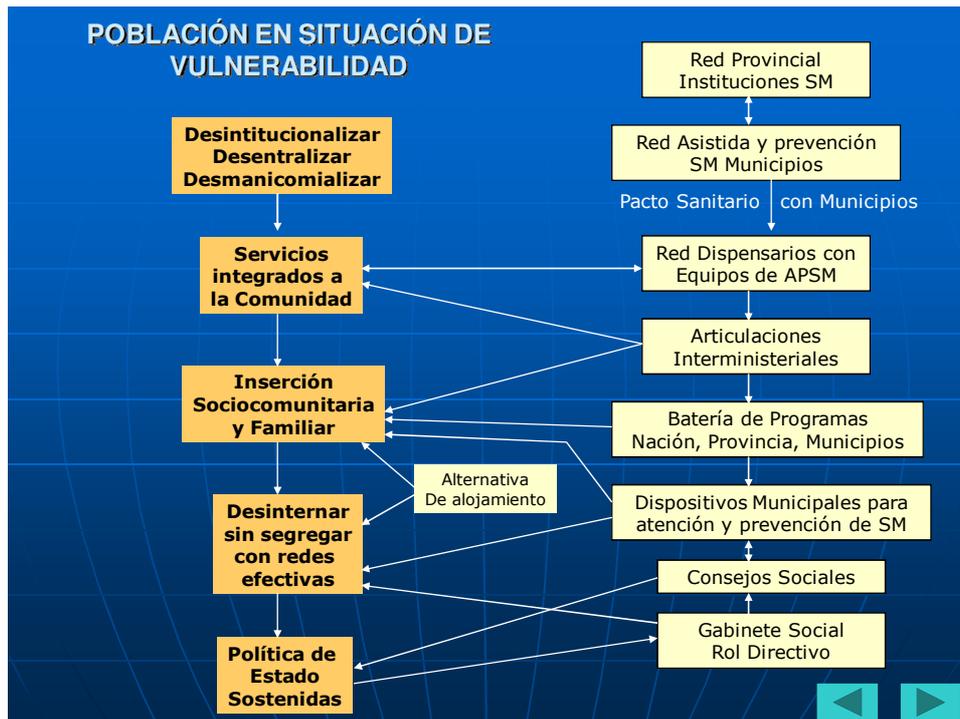
Ya existe una red de pensiones supervisadas por personal idóneos de psiquiátricos, (ex enfermeras) que ya funcionan en Córdoba capital, al efecto se debe gestionar o generar a través de salud o desarrollo social los subsidios, los programas, los subsidios a la vivienda en montos 4 veces inferiores al costo de la internación institucional.

El paso final y el más valioso es la vinculación del enfermo con la familia en una convivencia posible y definitivamente rehabilitadora.



**La vertiente de la derecha** del diagrama señala la población vulnerable en la comunidad, la población enferma, ese 20 % con cuadros concretos de SM, depresiones, psicosis, toxicomanías, y otros, las personas con problemáticas familiares, las familias disfuncionales, las problemáticas de menores, la violencia, las dificultades en la educación, y toda la gama de situaciones que requieren un trabajo comunitario de abordaje para curar, tratar, promover salud o prevenir cuadros mas graves. No hay política desmanicomializadora sin considerar este plano del problema, pues todos los planes de externación caerán en saco roto, porque los psiquiátricos seguirán llenándose de pacientes descontentos e institucionalizados, **NO HABRÁ POLITICA POSIBLE SIN LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD MENTAL** coordinado con los municipios este a cargo de la provincia o este a cargo de la red de municipios, pacto sanitario mediante.

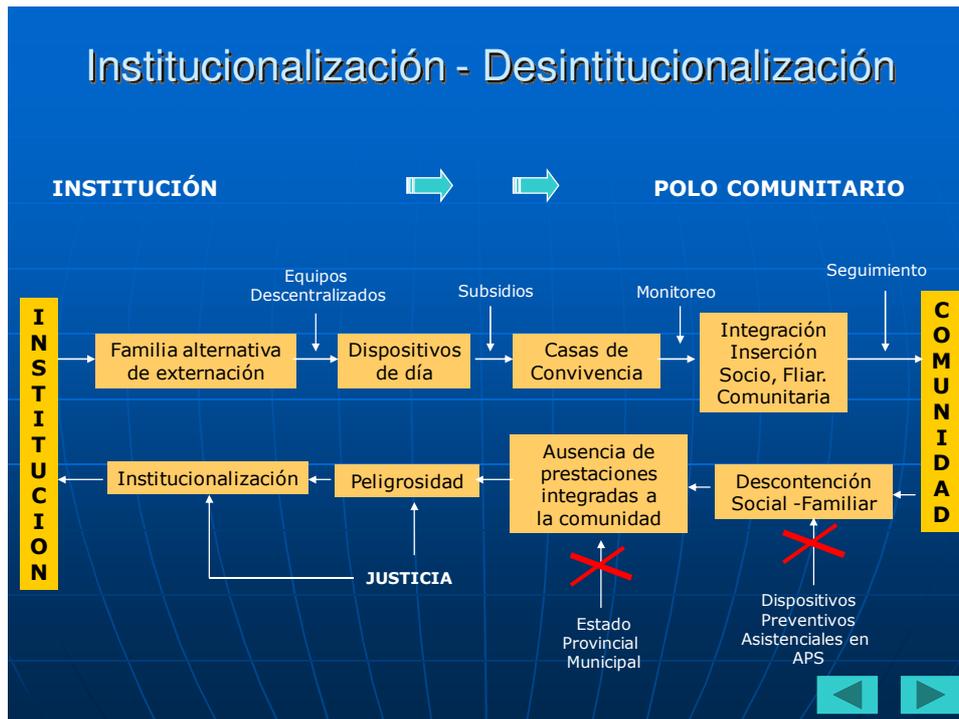
Sin un fuerte desarrollo de sistemas integrados a la comunidad no habrá resultados inmediatos, ni mediatos si los dispositivos comunitarios no están mínimamente instalados.



Estos dispositivos comunitarios para la red de salud mental de Municipios a ser trabajados en el pacto sanitario tienen elementos básicos

## ■ 2 - DESINSTITUCIONALIZAR, DESCENTRALIZAR E INTEGRAR SERVICIOS A LA COMUNIDAD

Hace referencia a todo el proceso a trabajar con el recurso humano de SM, con las instituciones, el trabajo puertas afuera, con instituciones intermedias, con la red de derivación del sistema de salud en general, con la red de municipios, con la comunidad en general. Hace referencia a a la sensibilización social tendiente a lograr el camino inverso que recorre el paciente desde su hábitat hacia el encierro institucional.

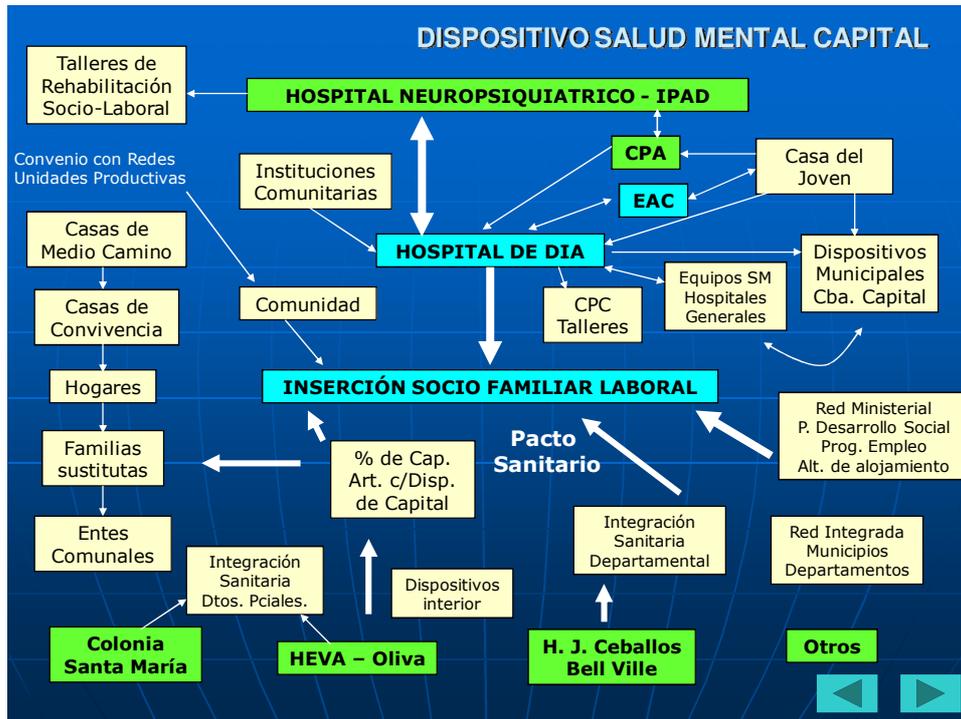


El propósito es poner en marcha todo el aparato sanitario de SM para invertir el sentido que sigue el derrotero del paciente descontento del medio familiar, social, comunitario. Requiere toda una tarea de docencia y sensibilización del sistema y en la comunidad, implica un fuerte acuerdo con la justicia, a nivel de una acordada coincidente con el reglamento sancionado por el Ministro González en 2007 sobre la prejurisdicción, donde salud se adelanta y decide la conducta en cada problemática presentada, decide su internación si la hubiere, su contención domiciliaria, su tiempo de tratamiento, y su nivel de libertad y el respeto del derecho del paciente de tratarse cerca de su hábitat.

Los dispositivos puestos en marcha están resumidos en los siguientes esquemas, allí se muestra toda la interconexión de las distintas instituciones de SM, el rol de cada una, cuya filosofía nutre a los protocolos de procedimientos: Internaciones breves, no mas allá de lo necesario, externaciones rápidas, seguimientos con recursos humanos de **periféricos de SM, protección jurídica, diagramas nominados de seguimientos, etc.**

En el siguiente cuadro se muestra toda la interconexión posible de los dispositivos institucionales para funcionar verdaderamente en red y al servicio de un plan común que es ir corriendo los servicios, la atención o asistencia de pacientes hacia el polo comunitaria en una red escalonada que va insertando a las personas cada vez mas cerca de su comunidad, familia o medio social y a la vez, permite que esos mismos dispositivos puedan

contener a las familias, e individuos vulnerables contenidas en su lugar de origen evitando que se conviertan en casos a ser institucionalizados.



## PROGRAMAS DE EXTERNACION ASISTIDA

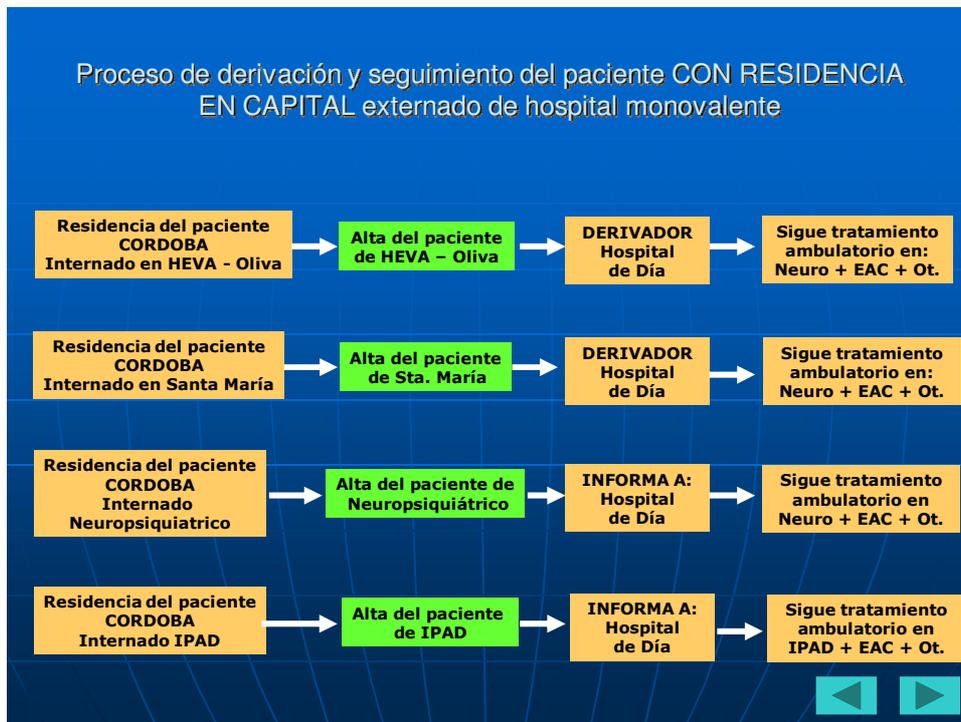
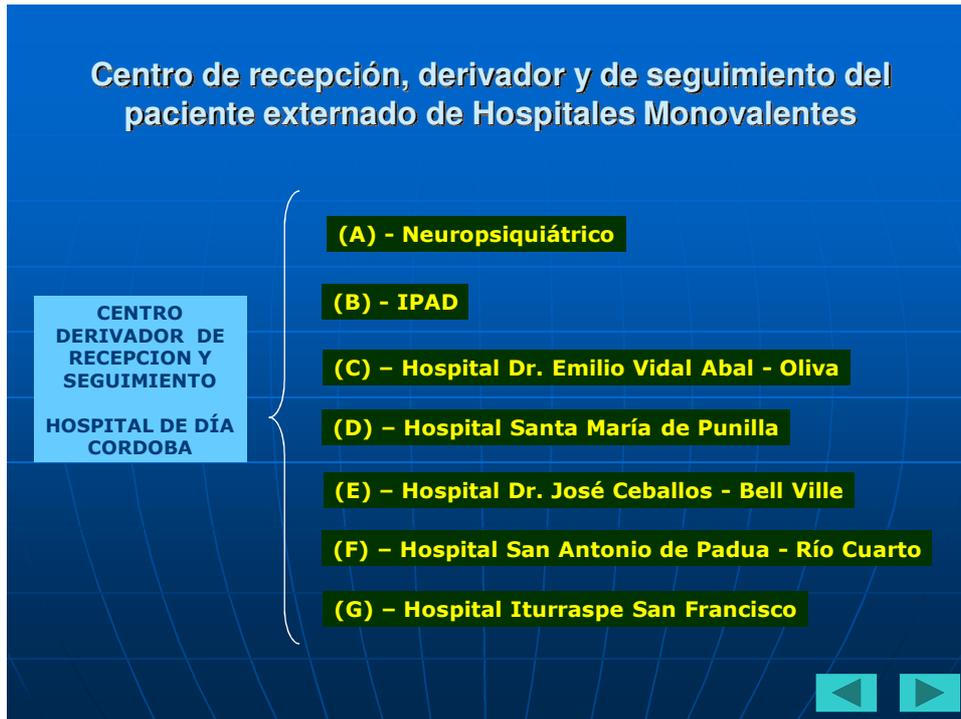
La institución de SM es de por sí segregadora cuando su perfil va más allá de las intervenciones agudas. Las recomendaciones de la OMS sobre SM requieren que el sistema estatal de salud simplemente modelos alternativos de atención orientados a conseguir la integración social, tales como hogares de medio camino, talleres protegidos, pensiones tuteladas, comunidades terapéuticas, equipos interdisciplinarios de seguimiento comunitario y hospitales de día.

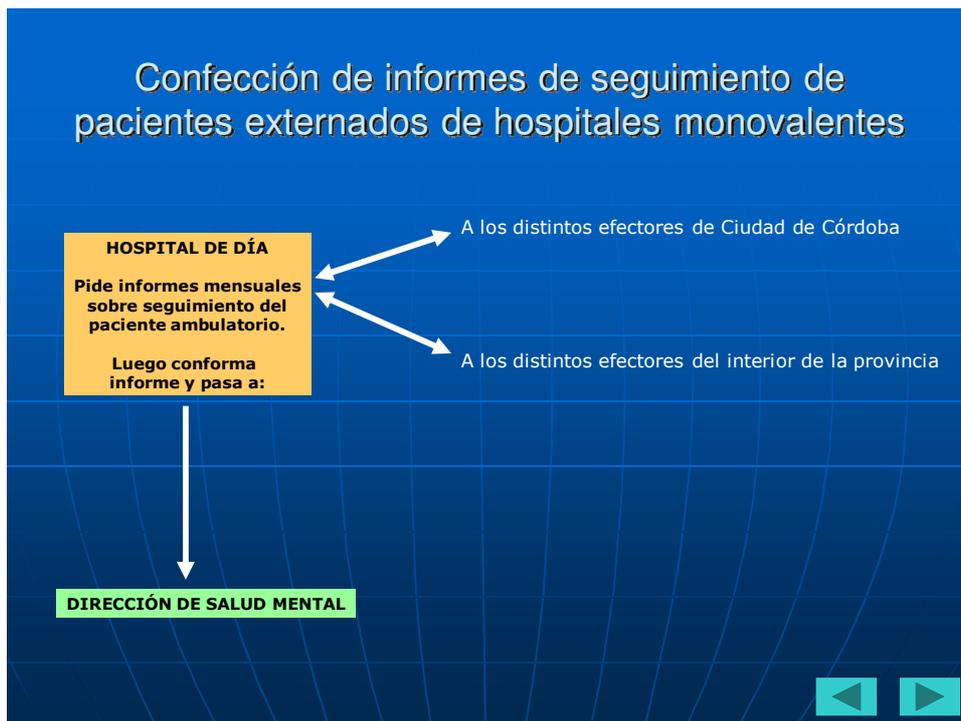
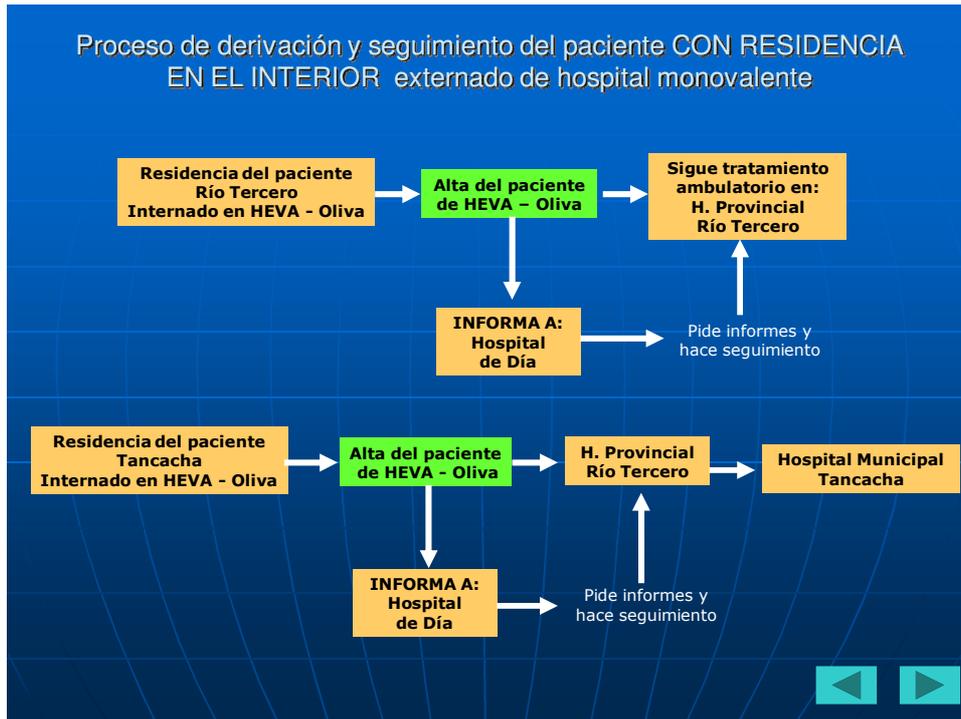
**Existe el derecho a una atención personalizada; y el derecho a la rehabilitación integración en la comunidad. Son principios indiscutibles, el no considerarlos significa no tener en cuenta los derechos elementales de la persona con padecimientos mentales.**

Esta reinscripción asistida incluye subsidios para la vivienda si hiciera falta y para los gastos asociados con ésta, y la ayuda a los participantes del programa a encontrar un trabajo o formas elementales de inserción en un proceso productivo. Cuando hablamos de un paciente rehabilitado nos referimos a un paciente insertado familiar, social y laboralmente, vale decir

a un círculo productivo. No deja de haber un paciente mientras no pudo probarse la posibilidad de sostener un trabajo. Si el trabajo es un bien, una necesidad elemental y dignificadora, aseguradora de su autonomía para cualquier persona no enferma mental, también lo es para el paciente psiquiátrico. Antes de ser dados de alta, el PREA (el programa de externación asistida) trabaja con aquellas personas que están en el programa ayudándoles a recuperar las habilidades que necesitan para vivir independientemente. Esto implica:

- Trabajo de rehabilitación interinstitucional, el mismo debe iniciarse apenas se compenso el cuadro agudo,
- Terapéutica de grupo, el grupo de pares, las asambleas de esclarecimiento, durante todo el proceso, incluso después en el hospital de día,
- Terapia individual, la preparación para resolver autonomías
- Control psiquiátrico con los esquemas medicamentosos protocolizados según patologías.
- Trabajo con la familia o con su medio continente, si lo hubiere, aún si esta no esta dispuesta a recibirlo, estipulado en numero y frecuencia convenientes
- La derivación articulada con el hospital de día, 4 a 8 semanas
- Articulación con los EAC con designación de equipo y de persona encargada responsable por paciente, para seguimiento con grupo continente, o supervisión de residencia o casa de convivencia, designación del EAC según zona, este seguimiento incluyen planes de 12 meses o mas si lo requiere
- Control periódico por servicio de hospital general previamente nominado y combinado con el EAC correspondiente.
- Trabajo con el paciente para reinserción en un plan productivo con batería de herramientas provistas por desarrollo social, por otros ministerios, con convenios con red de unidades productivas
- Inserción familiar propiamente dicha.





### ■ 3 - ACORDADA CON EL PODER JUDICIAL

Es preciso establecer acuerdos muy claros con el poder judicial, hasta ahora, las intervenciones de la justicia han sido excesivas motorizando el proceso manicomializador, produciendo internaciones inconvenientes, saturando los espacios institucionales, demorando las personas en los hospitales mas allá de lo conveniente. La Justicia como se ha reconocido interviene antes que todas las otras alternativas gubernamentales posibles, lo cual tiene que ver con una carencia en dichas intervenciones. Los procesos burocráticos judiciales interfieren con los equipos terapéuticos tornando engorrosa su tarea, desviándolos de la función específica médica o psiquiátrica a estos equipos.

Los problemas se suman por doquier, tanto en casos civiles, como en los de minoridad y los penales. Existe una gran cantidad de sujetos que quedan institucionalizados en el polo de salud perteneciendo al campo del delito. Las altas de pacientes penales por causas menores en sujetos inimputables se demoran mucho más allá de lo conveniente tanto para el paciente como para el sistema de salud. Se judicializa, se medicaliza, se segrega y se desarraiga.

Con el pacto con la justicia en la medida que salud intervenga antes, prejudicialmente, se evitara las internaciones o reclusiones indebidas los deterioros, los abandonos, los depósitos de pacientes, el juego a la exclusión de las familias de los sujetos enfermos. Una intervención racional, a tiempo, apropiada del equipo de salud ayudara a conservar el lazo familiar, a rehabilitar al paciente mejor y mas rápidamente sin la perdida consabida de sus capacidades y autonomías.

Con la mejor distribución de los servicios en la periferia o en la comunidad se disminuirán los porcentajes de grupos humanos desconvenidos y estallados en cualquiera de las figuras producidas por las crisis sociales, vale decir, violencia, alcoholismo, disrupciones psicóticas, y demás problemas psicosociales. Mejoraría el apoyo psicosocial del paciente al mejorar la sensibilización de los ambientes comunitarios donde debe actuar el equipo de salud.

Las ventajas de una menor intervención judicial redundarían en la mejoría del derecho humano de la persona con algún problema mental, no se afectarían las libertades esenciales de los mismos, favorecería una rehabilitación mas genuina y más rápida facilitaría el trabajo de todo el equipo de salud humana.

El equipo de emergencia psiquiátrica prácticamente listo para actuar con base en el hospital neuropsiquiátrico prevendría una infinidad de casos judicializados al decidir los destinos de cada caso sin dejar ese rol al forense. Y en el interior provincial se repetiría esta fórmula donde la intervención del operador o profesional psi reemplazaría a la pericia del médico forense tan cara al funcionamiento de nuestras instituciones de SM.

## **INTERNACIONES**

### **Voluntarias**

### **Prejuridiccionales**

**De Urgencia**

**Con intervención policial**

**Con Asesorías de Turno o Mesa permanente**

**Casos sociales**

**Violencia Familiar**

**Judiciales: Civiles y Penales**

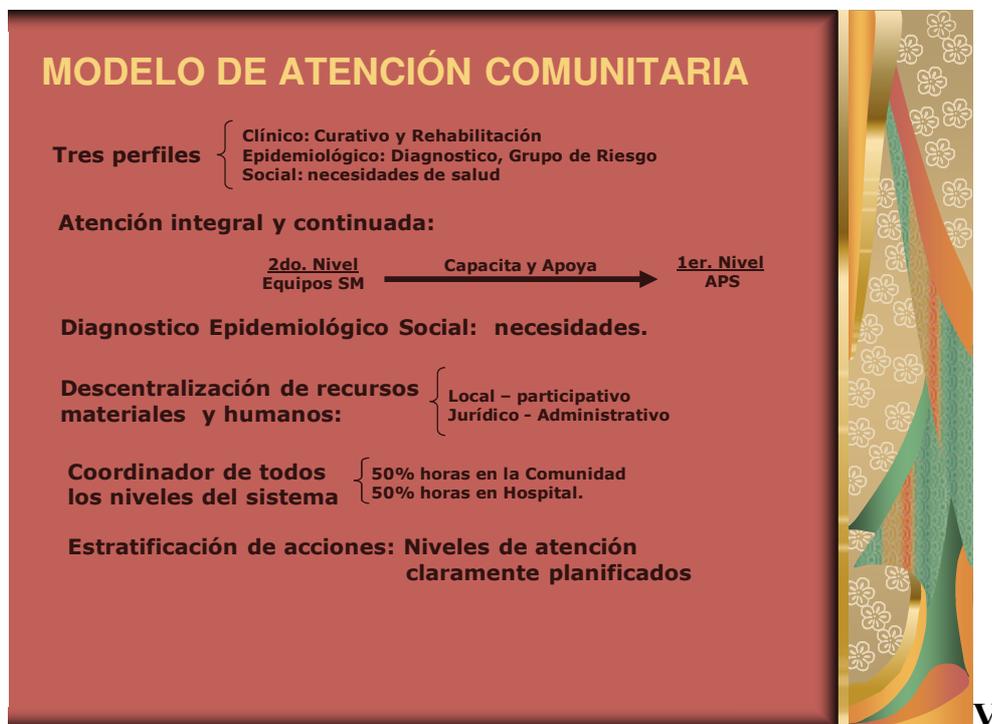
**Minoridad**

## **■ 4 - INTEGRAR REDES DE SALUD MENTAL COMUNITARIA A APS MEDIANTE EL PACTO SANITARIO CON MUNICIPIOS**

Un modelo posible al trabajo para la conformación de una red con el sistema de municipios, que a través de la firma del pacto sanitario se incluiría la necesidad de establecer dispositivos de APSM (atención primaria en salud mental) dependientes de los grandes municipios e integrados escalonadamente a equipos de APS, donde se articulen metodologías de abordajes a grupos vulnerables a través de esquemas metodológicos de interrelación descriptos en los cuadros siguientes.

En este esquema incluye la posibilidad del seguimiento de los pacientes externados en el plan de desmanicomialización con cabecera en los hospitales provinciales escalonados en una red periférica con los hospitales municipales y los centros comunales de atención primaria de éstos, para el seguimiento de los contingentes desmanicomializados de pacientes, y a los fines de establecer barreras de promoción de conductas saludables, prevención y asistencia de casos constituidos en los centros hospitalarios tanto municipales como provinciales.

Existe una vasta experiencia en modelos de atención comunitarios en el mundo, éste esquema no intenta agotar la temática sino acercar un modo posible de trabajo, un acuerdo conveniente con los municipios para el trabajo con la SM, campo que cubre al menos un 20 5 de grupos poblacionales donde juegan distintas problemáticas y patologías, como la depresión, los problemas maniacos depresivos, las psicosis, los trastornos de pánico, las conductas tóxicas, los problemas familiares múltiples por anomia familiar o descontentación que sitúan a muchos miembros de una familia a problemas múltiples.





## BIBLIOGRAFIA

- Psicología Sanitaria –Enrique Saforcada
- Proyecto de Psicología para Neurólogos- Sigmund Freud-
- Microfísica del Poder. Michel Foucault
- Lo Normal y Lo Patológico- Georges Cangilhen
- La Institución Negada-Franco Basaglia
- Jaques Lacan-Escritos 1
- Psicoanálisis y Salud Mental- Emiliano Galende
- La Entrevista en Situación –Eduardo Sassi-
- Psicoterapia del Oprimido- Alfredo Moffat
- Un Lugar Para Vivir- Maud Mannoni
- La formación del espíritu científico- Gaston Bachelard
- Las Revoluciones Científicas- Thomas Khunt
- Vidas Arrasadas- Los derechos Humanos y la Salud Mental en la Argentina – Informe del Cels (Estudios Legales y Sociales)
- La Empresa Familiar – Thomas Abraham
- La atención en Salud mental Cubano-Mario León González.

**MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCION DE SALUD MENTAL  
GOBIERNO DE CORDOBA**

**Presentación en Power Point**

**PROYECTO DE REFORMA  
DE SALUD MENTAL**

**Córdoba, Febrero-2008**