



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL

# PLAN DE SALUD MENTAL

(TOMO II)

2002 / 2006

Director  
Dr. Ricardo Horacio Soriano

## **D). Sub-Redes y Sub-Programas en Salud Mental**

### **Introducción**

Tal como lo expresa la Ley de Salud Mental 448/00 en su artículo N° 11 que dice: “el sistema de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires se organiza e implementa con un enfoque de redes. El mismo consiste de una Red de Servicios conformada por los distintos efectores de Salud Mental articulados con la comunidad y sus redes sociales. Dicha articulación será promovida y ejecutada por trabajadores de salud mental organizados en equipos interdisciplinarios”.

Asimismo, en el Cap. I de este Plan se expresa claramente la necesidad de reconocer ambos tipos de redes en sus “...diferencias y dinámicas”. Se expresa así que “...la red de servicios es un instrumento de organización y gestión, es una estrategia vinculatoria entre los diferentes actores participantes en el proceso de salud (profesionales, instituciones, etc.), considerando los distintos niveles de atención, tanto en lo asistencial como en lo rehabilitatorio y socializador”.

En función de lo antedicho, se presenta a continuación una breve referencia a las siguientes Sub-redes y Sub-programas que forman parte de la Red de Salud Mental:

- (1) Programa de Prevención, Asistencia y Rehabilitación en Adicciones:  
➤ Red Metropolitana de servicios en Adicciones**
- (2) Red Interhospitalaria de Servicios en Trastornos Alimentarios**
- (3) Programa de Asistencia en Red de la Violencia**
- (4) Programa Salud Mental, Desastres y Desarrollo**
- (5) Programa de VIH/ SIDA y Salud Mental**
- (6) Red de Bibliotecas en Salud Mental**
- (7) Programa Docente de la Residencia de Salud Mental**
- (8) Salud Mental – Salud Escolar**
- (9) Programa "Salud Mental en Adultos Mayores  
Red de Asistencia en Adultos Mayores.**
- (10) Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental**
- (11) Programa Docente de la Concurrencia de Salud Mental (\*)**
- (12) Red de Infanto Juvenil (\*)**
- (13) Red Pareja y Familia (\*)**
- (14) Red Psicopedagogía (\*)**
- (15) Red de Hospital de Día (\*)**
- (16) Red de Talleres Protegidos (\*)**

(\*) Se incluirán próximamente

**Programa de Prevención,  
Asistencia y  
Rehabilitación en  
Adicciones:**

- **Red Metropolitana  
de servicios en  
Adicciones**

**Lic. Rosa Daniell**  
Coordinadora General del Programa  
Resolución N° 1896-SS-03

## **(1) PROGRAMA DE PREVENCIÓN ASISTENCIA Y REINSERCIÓN SOCIAL EN DROGADEPENDENCIA.**

### **➤ Red Metropolitana de servicios en Adicciones**

#### **ANTECEDENTES**

##### AÑO 2002

En el Anteproyecto del programa de Salud Mental para el área metropolitana del año 1990, elaborado por el Dr. Ricardo Soriano y equipo, se jerarquiza el objetivo de lograr la participación protagónica de la comunidad, a partir de cambios actitudinales positivos en lo relativo al planteo de sus necesidades y demandas, y, a la movilización de capacidades y recursos a través de un entramado social donde la salud mental sea considerada como un derecho a ser satisfecho desde el Sistema de Salud del GCBA.

Es a partir de esta concepción política de la salud mental que se formaliza el Sub-programa de adicciones, implementándole como modalidad de gestión para llevar a cabo los objetivos propuestos, la Red Metropolitana de servicios en Adicciones, Decreto MCBA 1757/ 90.

Esta Red fue creada a fin de dar respuesta a la multiplicidad de problemáticas que este fenómeno representa para la Ciudad de Buenos Aires y comprende a todos los servicios de Salud Mental de los Hospitales Generales de Agudos de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, más diversos centros especializados de asistencia para que actúen en forma interconectada, combinando su acción.

Los Objetivos fundamentales que se propone esta Red son:

#### **Prevenir, Asistir, Capacitar e Investigar.**

Por lo tanto, la formalización de la Red, año 1990, se definió como una estrategia sanitaria interdisciplinaria e intersectorial con el propósito de dar una respuesta integrada e integral a todos los aspectos del fenómeno de las adicciones, tanto en lo concerniente a lo preventivo, como en lo asistencial y resocializador.

En el año 1994, la Dirección de Salud Mental sostiene este entramado en Red. A través de:

- A) La confección de una Ficha Epidemiológica Única para esta problemática.
- B) Localizar los lugares de atención a los usuarios de drogas
- C) Publicación de una cartilla con los servicios que atienden y/u orientan esta problemática y las modalidades de abordaje de los mismos.
- D) La difusión de su accionar en el ámbito público y comunitario.

E) La sistematización a partir de elegir coordinadores para cada una de las cuatro zonas sanitarias de la Capital Federal como forma organizativa de la Red.

Entre los objetivos cumplidos por el Subprograma de Adicciones en los años 1990/1996, desde la Dirección de Salud mental se pueden mencionar:

- Refundación y sostenimiento del Hospital de día para usuarios de drogas “Renaciendo”, en el Centro de Salud Mental N° 1, que se hallaba a cargo de la Lic. Helena Chada.
- Apertura del Centro de día para usuarios de drogas “Carlos Gardel”, con contrato de acuerdo conjunto con la Dirección de la Mujer. El acuerdo consistía en que la Secretaría de Salud desde la Dirección de Salud Mental reunía el recurso humano especializado y la Dirección de la mujer la infraestructura edilicia.
- Articulación de los equipos de atención de usuarios de drogas, a fin de escuchar sus demandas, solucionar los conflictos a partir de los efectos segregativos que produce esta asistencia en los hospitales Generales de Agudos, mediante reuniones semanales con representantes de cada servicio para coordinar acciones conjuntas y sostener los siguientes propósitos:
  - a) Aumentar la cobertura asistencial de los usuarios de drogas y sus familias en el ámbito de la Capital Federal, a fin de satisfacer las necesidades planteadas por esta comunidad.
  - b) Ampliar la oferta de servicios específicos en la asistencia y prevención de usuarios de drogas y sus familias.
  - c) Lograr la reactivación y funcionamiento activo de un Comité de Adicciones en cada hospital del ámbito capitalino en cumplimiento de los decretos 309/89 y 308/90 del GCBA.
  - d) Implementar la Historia Clínica Unica en cada efector que aborde la problemática de las adicciones, a fin de lograr una homogeneización de datos que permitan un relevamiento epidemiológico que dé cuenta de la real situación de este fenómeno en la Ciudad de Buenos Aires.

La Dirección de Salud Mental considera que para el logro de estos propósitos deben implementarse como políticas del sub Programa de Adicciones, las siguientes acciones:

1. Capacitar
2. Actualizar las modalidades de atención, ya que este fenómeno requiere del trabajo interdisciplinario.
3. Convocar a profesionales de la Salud que pertenezcan al Sistema de Salud del GCBA apuntando a la reconversión de este recurso preexistente a fin lograr su especialización y así optimizar la calidad y cantidad preventivo-asistencial en forma eficaz y eficiente.

Para cumplimentarlo organizó un “Curso de Actualización en Prevención, Asistencia e Investigación en drogadependencias”, que se desarrollo entre los años 1996 y 1997, con una convocatoria de capacitación a 200 profesionales entre psicólogos, psiquiatras, toxicólogos, pediatras , neurólogos , trabajadores sociales , farmacéuticos, y otras especialidades que integran el equipo de salud dentro del sistema del GCBA.

El objetivo fundamental de dicho curso consistía en poner en funcionamiento “Unidades mínimas preventivo-asistenciales” en cada efector de del sistema de salud del área capitalina.

Este curso se presentó como el primer año de maestría en Adicciones dentro del marco del GCBA. La carga horaria fue de 600 horas cátedra Teórico/prácticas, con el aval y reconocimiento de la Academia de Medicina y considerado de interés Municipal, y avalado por Capacitación del GCBA.

### **Creación de Programa**

Como consecuencia de este recorrido, en junio de 1997, por Resolución N° 530/ 97, se crea en el ámbito de la Secretaría de Salud del GCBA, el programa de prevención, Asistencia y Reinserción Social en Drogadependencia, a cargo de la Dirección de Salud Mental, siguiendo los lineamientos políticos y conceptuales expuestos en el anterior Sub Programa de Adicciones.

### **ACTUALIZACIÓN AÑO 2002**

Objetivos prioritarios a cumplimentar por este programa a partir del año 2002

Es importante señalar la importancia que adquiere para esta Dirección de Salud Mental el fenómeno de las adicciones, cuyos ejes toman como referente el Plan de salud Mental elaborado por esta Dirección y la Ley de Salud Mental en consonancia con los lineamientos planteados por la Secretaría de Salud del GCBA.

Si bien reafirmamos el Marco conceptual del Programa de Prevención, Asistencia y Reinserción Social del Programa cuya resolución N°530-97 SS GCBA, debemos reformular en el punto N° 3 “Situación Local”.

Las condiciones emergentes de la crisis económicas, sociales y política en las que nos encontramos, ha hecho que este síntoma social de las adicciones haya variado considerablemente. La magnitud de este fenómeno se ha acrecentado en los sectores más segregados, siendo los grupos de riesgo los niños a partir de los 8 años en los sectores más carenciados, en segundo término los jóvenes a partir de los 15 años en todas las clases sociales y grandes franjas etarias en los grupos excluidos de la actividad productiva.

Es frente a esta situación, cuyas estadísticas distan mucho de reflejar la realidad que se opera en el área capitalino, pues la mayoría de los usuarios de drogas ilícitas no acceden al Sistema de Salud ni solicitan ayuda telefónica. Se propone entonces como uno de los ejes prioritarios de este Proyecto conformar acciones referidas a “Encuentros participativos comunitarios” .

El proyecto propicia la creación de espacios intersectoriales articulados entre los diversos actores sociales provenientes de organizaciones de la sociedad civil, instituciones educativas y el sistema de salud local con los siguientes objetivos:

A) Promover entre los actores sociales intervinientes, la reflexión y discusión acerca de la significación social del consumo de sustancias psicoactivas en el entorno local.

B) Generar nuevas estrategias de promoción de la salud y elevación de la calidad de vida acordes a los códigos socioculturales de la población.

Estas estrategias deberán producir la necesaria interrogación y desmontaje de los mitos, prejuicios, creencias y estereotipos segregativos vinculados con las drogas, la figura de los usuarios y los complejos modos de relación de las personas con las sustancias, para favorecer el anudamiento de lazos sociales inclusivos que faciliten la accesibilidad de los usuarios al sistema sanitario.

Para ello se tomarán Hospitales de referencia, Se armarán jornadas con temas disparadores acerca de la Prevención , Asistencia en Adicciones bajo el tema: Adicciones ¿Sólo un problema de Salud?

Luego se implementarán reuniones mensuales con modalidad de taller participativo en el hospital que aborde dicha temática para promover el intercambio de opiniones, saberes y estimular propuestas de acción comunitarias autogestivas.

Otra de las prioridades de esta gestión es ampliar la respuesta asistencial a la demanda que accede al Sistema de Salud de los usuarios de drogas y sus familias.

Sostener ampliar y complejizar los dispositivos que cuenta La Red Metropolitana de Servicios en Adicciones, ya que en la gestión que nos antecede se cerró el Hospital de Día Carlos Gardel y no se abrieron nuevos efectores con dicha complejidad.

Nuestra propuesta sigue siendo la asistencia ambulatoria, pero con diferentes dispositivos de complejidad creciente como Casas de medio camino, Hospital de día y Hospital de noche. Para ello el Programa debe contar con presupuesto que permita acceder a la implementación de dichos efectores.

Se sostendrá dentro de la RMSA, efectores que sustenten la modalidad de abordaje de REDUCCION DE DAÑO, Se ha demostrado que las estrategias de reducción de daño logran disminuir los problemas sanitarios y sociales asociados a los usuarios de drogas inyectables, sin aumentar el consumo de droga.

### EJECUCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA

Se inicia esta gestión convocando a todos los efectores de los distintos Hospitales que integran la RMSA y a otros sectores y profesionales abocados a la temática de los usuarios de Drogas a participar de reuniones periódicas quincenales en esta DSM con el fin de articular acciones y proponer metas a alcanzar de corto y mediano plazo. Asisten a estas reuniones un promedio de 20 profesionales que vienen de las 5 regiones sanitarias de la Ciudad de Buenos Aires.

En las primeras reuniones se acuerda como objetivo prioritario a corto plazo, es ampliar la oferta de asistencia a los usuarios de drogas y su familia, a tal fin se realizaron las siguientes acciones desde la DSM.

Se alcanza un nuevo convenio entre la Secretaría de Salud por intermedio de la DSM y la Secretaría de Desarrollo Social a través de la Dirección de la Mujer, a cargo de la Dra. Barbagelatta con el propósito de obtener el predio donde funcionaba el Centro de día “Carlos Gardel”. Se abre este dispositivo ambulatorio complejizado

Con el fin de evaluar el funcionamiento de distintos servicios en relación a la atención de pacientes usuarios de drogas , y sostener y ampliar sus prestaciones, se planifican desde la Dirección de Salud Mental, un cronograma de visitas a distintos servicios de los hospitales capitalinos.

a) HOSPITAL ELIZALDE: Servicio de Toxicología. Se conforma una reunión con la Dra. Maria Elisa Fernández y su equipo con el objetivo de detectar los obstáculos que se operan en dicho servicio con respecto a la atención de niños y adolescentes usuarios de drogas en los Barrios de Barracas, Boca y Constitución . Esta ultima zona que en la actualidad se encuentra judicializada. Los requerimientos de dicho servicio a esta Dirección se circunscribe a la capacitación y actualización de sus psiquiatras de guardia. Se programan con actividades para capacitar dicho recurso humano.

b) HOSPITAL MARIA FERRER. Servicio de Salud Mental. Se acuerda con la Jefa Lic. Verónica Gaspar la posibilidad que dicho efector atienda usuarios de drogas. Para ello la Lic. Gaspar solicita a esta Dirección de Salud Mental la posibilidad de rotar por efectores que ya atiendan la problemática para profundizar las diversas modalidades de abordaje y diversas complejidades.

c) REGION SANITARIA ZONA SUR: En el Hospital general de Agudos Dr. José PENNA, se conforma un grupo de trabajo a fin de evaluar la complejidad de la zona respecto a los usuarios de drogas y la oferta de atención y prevención de los efectores de la zona. Es dable observar que dicha región es la que ostenta la mayor cantidad de efectores del GCBA y una creciente demanda de familiares usuarios de drogas y oficios Judiciales que amerita una respuesta rápida y eficaz.

Se concreta una entrevista con el Director del Hospital Penna Dr. Pedro Saposnik para acordar la apertura de un centro de Día para la prevención y asistencia de los usuarios de drogas en las instalaciones de otrora Hospital Rawson, dependiendo del Servicio de Área Programática de ese Hospital como posible respuesta a la creciente demanda. La respuesta de Director fue favorable a dicha iniciativa y se abre el Centro de Dia Dr. Enrique Biedak.

d) HOSPITAL ARGERICH Servicio de Salud Mental, con el aval del Director de ese Hospital Dr. Donato Spacavento y el acuerdo del Jefe del Servicio de Salud Mental Dr. Carlos Coquet se constituye el equipo de asistencia a usuarios de drogas en dicho hospital de drogas.

e) Se organiza una Jornada en la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el marco de la “Semana Internacional de la Lucha contra el uso indebida y el tráfico ilegal de drogas”, el día 21 de junio de 2002 cuyo titulo fue “**Hacia la construcción de una Red de inclusión**”, disertaron distintos profesionales de la RMSA quienes abordaron la actualidad de este fenómeno adictivo, características y modificaciones de la demanda a consecuencia de la crisis social a este evento concurrieron Legisladores de ámbito capitalino, profesionales del sistema de Salud y distintas Instituciones Publicas y Privadas vinculadas a esta problemática.

f) Se Realizó en el Hospital Ramos Mejía el 2ª martes del mes de Agosto de 2002 un Curso de Capacitación Interna de la RMSA sobre el abordaje de **Reducción de daño en relación a la calidad de vida de los usuarios de drogas**, los disertantes Lic. Rosa Daniell (DSM) Dra. Liliana Millas (Rivadavia) Lic. Silvia Quevedo (Área Programática de Hosp. Ramos Mejía), el objetivo de dicho encuentro se centró en la posibilidad de incorporar dichas políticas de Reducción de daño en un centro de Día. Se promueve gestionar la posibilidad de apertura de un dispositivo de dichas características en el Hospital Rivadavia a cargo de la Dra. Millas y otros profesionales de planta capacitados para tal fin por un equipo del Hospital Leannec, Centro Montecristo de la Ciudad de Paris Francia, durante 2 años.

g) Se realizó los días 19 y 20 de noviembre de 2002 la Primer Jornada abierta a la Comunidad sobre el fenómeno de las adicciones titulado “Adicciones: Solo un problema de salud?”,



Diálogo de la RMSA y la comunidad. El primer día de la jornada abordó sobre los aspectos preventivos y el segundo las distintas modalidades en asistencia de los usuarios de drogas. Se trabajó luego de la exposición de los profesionales interviniente con modalidad de talleres de reflexión. Se programa dar continuidad a esta actividad en dicho hospital.

h) Se programa con idéntica modalidad realizar en el año 2003 Jornadas en los Hospitales Argerich y Penna.

Los días 24 y 25 de abril de 2003 se desarrollará en el Hospital Argerich la II Jornada “Adicciones ¿sólo un problema de salud?” se contará con la presencia de profesionales que desde lo jurídico, educacional, sanitario atraviesa el fenómeno de la drogadependencia.

Similar actividad se realizará los días 19 y 20 de agosto de 2003 en el Hospital Penna (III Jornada)

i) Se están realizando visitas programadas a todos los servicios de salud mental a fin de entregar y recabar información sobre la situación epidemiológica de adicciones. Esto se realiza con el fin de saber la cantidad de prestaciones que realiza cada efector de salud GCBA. Esto será entregado al sector de Estadísticas, para concluir con el relevamiento epidemiológico que dé cuenta de la actual situación de este fenómeno en el ámbito capitalino.

j) Se está evaluando la posibilidad de proceder a la apertura, en el Hospital Álvarez de un Centro de Día, coordinado por la Dra. Susana Calero y el Lic. Alberto Trímboli. El obstáculo que debe sortearse está referido al lugar físico en ese establecimiento, para la concreción de dicho dispositivo.

k) Se están programando unas Jornadas en el mes de octubre dentro del Sindicato SUTEGBA cuyo título será Adicciones ¿un fenómeno de nuestro tiempo? Consideraciones generales en Asistencia y Prevención de esta problemática” Esta actividad estará orientada a todo el personal administrativo del sistema de salud de GCBA. Su modalidad será de exposición y debate abierto. El objetivo de dicha jornada es detectar interés de los participantes en generar un espacio de reflexión y profundización a través de un Curso de Capacitación como agentes preventores en la problemática del usuario de drogas.

l) Se prevé convocar a través de esta DSM y por intermedio de los coordinadores de las diferentes regiones sanitarias a los 200 participantes profesionales de planta del sistema de salud del GCBA que fueron capacitados por esta Dirección por medio de Curso Actualización en asistencia, Prevención e investigación en Adicciones, de 600 horas de carga horaria académico –práctico, para que se detecten los obstáculos que se produjeron en el desarrollo de la conformación de las Unidades mínimas de asistencia y prevención en Adicciones para las que fueron capacitados.

m) Se confeccionó un tríptico actualizado de los servicios que integran la RMSA con los profesionales referentes en cada lugar, horario de atención y modalidad de abordaje para su difusión.

n) De igual forma se confeccionó un afiche de la RMSA. Que tiene como objetivo ser difundido en la comunidad, para que puedan ser publicitados los servicios en adicciones que ofrece el sistema de Salud del GCBA. Este afiche se encuentra en la Imprenta de la Ciudad en proceso de elaboración.

o) En las reuniones periódicas de la RMSA se promueve el intercambio de experiencias con presentaciones de casos de pacientes con esta problemática y Ateneo Clínico posterior para su debate con el fin de interrogarse acerca de la efectividad de las prácticas que se llevan a cabo.

p) Convenio entre CE.NA.RE.SO y la DSM a fin de mantener cooperación mutua de asistencia y capacitación, contando con la oferta para internación de los pacientes de la Red en dicho establecimiento.

## **ACTUALIZACIÓN 2002**

### ***ETAPAS – CRONOGRAMA***

#### **Primer año:**

#### **Primera etapa: marzo-agosto 2002**

- Reuniones quincenales de todos los representantes de la RMSA profesionales presentes: 20 – regiones sanitarias: 5.
- Reuniones de acuerdo y firma de convenio entre la Dirección de la Mujer y la Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salud del GCBA: reapertura Centro de Día “Carlos Gardel” - ampliación de la cobertura en la atención de usuarios de drogas.
- Reuniones con equipos que trabajan y/o que están interesados en la problemática de alcoholismo: conformación de una microrred.
  - Ídem. con integrantes zonales de Alcohólicos Anónimos.
- Visitas a diferentes efectores y servicios de Salud Mental de los Hospitales del sistema municipal con equipo de asistencia en adicciones:
  - Hospital Elizalde (Servicio de Toxicología)
  - Hospital María Ferrer (Servicio de Salud Mental)
  - Hospital Penna (Servicio de Salud Mental y Dirección del Hospital)
  - Hospital Argerich ( Servicio de Salud Mental)
- Visitas a servicios de Salud Mental que no cuentan con equipo de adicciones – sensibilización y propuesta de conformación de área (previo curso de actualización) : Hospital Pirovano.
- Inicio de sistematización de actividades preventivo-asistenciales en adicciones en el primer nivel de atención – Áreas Programáticas – articulación de actividades realizadas en la comunidad y en las diversas instituciones cercanas a los Centros del primer nivel con las de los hospitales de base.
  - En reuniones realizadas con profesionales del primer nivel de atención – CESAC (Centros de Salud y Acción Comunitaria) :
    - Detección de trabajo sobre población afectada por problemáticas adictivas.
    - Idem de profesionales que asisten consumidores y sus familias.
    - De actividades preventivas realizadas en escuelas y otras instituciones.
    - Comunitarias.
- Reuniones con el ámbito nacional (SEDRONAR) - articulación de actividades y políticas.

- Firma de convenio y configuración de un servicio telefónico común con SEDRONAR.
- Reuniones con la Provincia de Buenos Aires (Subsecretaría de Atención de Adicciones)- articulación de políticas y formulación de programas y convenios interjurisdiccionales.
- Participación en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica de Ministerio de Salud nacional – Normatización de establecimientos, recursos humanos y prestaciones en atención de adicciones.
- Ídem en la convocatoria del Ministerio de Salud Nacional, para la confección del Plan Nacional de Salud Mental.
- Realización de eventos y jornadas:
  - Jornada en la Legislatura de la Ciudad de Bs.As. “Hacia la construcción de una Red de Inclusión”
  - Curso de capacitación interna de RMSA en el Hospital Ramos Mejía
  - Presencia semanal de profesionales de la RMSA y la DSM en audición de radio FM “Patricios” (difusión de actividades y concientización comunitaria)
- Reestructuración del servicio telefónico de ayuda para drogas y alcohol (SADA)
- Confección de nuevo material de folletería y prensa: tríptico de servicios de la RMSA y afiche de publicidad.

#### METAS Y OBJETIVOS LOGRADOS EN LA PRIMERA ETAPA

- Reiniciación de las reuniones de la RMSA
- Resensibilización y remotivación de los equipos de asistencia a usuarios de drogas y refuerzo del trabajo en red.
- Reapertura del Centro de Día Carlos Gardel
- Refuerzo de la cobertura de atención en zona sur:
  - Acuerdo para próxima apertura de otro dispositivo de Centro de Día en el ámbito del Área Programática del Hospital Penna (Hospital Rawson-Ctro. 10)
  - Idem. para conformación de equipo de asistencia en Hospital Argerich
- Reactualización y reconocimiento de las diferentes modalidades, dispositivos, técnicas y políticas de trabajo a través de las jornadas internas realizadas por la RMSA

- Promoción y difusión en diferentes ámbitos de las actividades, tanto asistenciales como de prevención y capacitación que lleva a cabo la RMSA: en área municipal, Legislatura, comunidad en gral., etc.

- Mayor articulación de acciones de promoción y prevención y su relación con la RMSA.

- Iniciación de acuerdos de programas, planes y actividades interjurisdiccionales con el ámbito provincial y nacional.

### **Segunda etapa: setiembre 2002/febrero 2003**

Continuación de reuniones quincenales de la RMSA – consenso y diseño de políticas, capacitaciones, ampliación de dispositivos y modalidades, refuerzo constante del trabajo en red.

- Visitas y presencia en todos los efectores y servicios de Salud Mental que forman la red. – diagnóstico de situación y evaluación constante de los diferentes dispositivos de la RMSA

- Idem. en otros servicios – difusión y promoción de la red – formación de nuevos equipos.

- Continuación con el refuerzo a las actividades de promoción y prevención en el ámbito de la comunidad – Áreas Programáticas – CESAC

- Consolidación de las tareas de articulación entre las tareas y actividades preventivas y las asistenciales. – diseño de programas preventivos específicos.

- Continuación de reuniones con los ámbitos nacional y provincial – acuerdos, actividades y políticas conjuntas, convenios.

- Continuación con la participación en el Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

- Gestión para la apertura de nuevos dispositivos de atención ambulatoria: Centros de día de Hospital Rawson y Álvarez.

- Normatización del registro de prestaciones – actualización de la Ficha Epidemiológica para adicciones – reutilización y reparto en todos los efectores de la RMSA

- Confección de nuevo material de difusión de actividades y prensa:

- \* tríptico con datos de efectores, modalidades y profesionales, de la RMSA
  - \* afiche publicitario de RMSA – publicidad interna y externa de la red.

- Continuación con el dispositivo de atención telefónica SADA. – continuación con la promoción del servicio.

- Continuación con el espacio en FM “Patricios”
- Realización de cursos, jornadas y eventos:
  - Jornadas mes de octubre en SUTEGBA: “Adicciones, un fenómeno social de nuestro tiempo. – destinadas a personal administrativo de S.S. de GCBA
  - Jornadas mes de noviembre Hospital Tornú: “Adicciones, ¿sólo un problema de salud pública?” – diálogo entre la RMSA y la comunidad – dos jornadas abiertas a toda la comunidad, temáticas de asistencia y prevención comunitaria y las diferentes modalidades y dispositivos.
  - Convocatoria a profesionales que ya realizaron el curso (200 participantes) “Actualización en Asistencia, Prevención e Investigación en Adicciones” – detección y diagnóstico participativo (fortalezas y debilidades en el desarrollo de la tarea) para refuerzo de los equipos de trabajo.
  - Proyecto de realización de jornadas en la Universidad Maimónides – destinada a profesionales, enfermeros y personal auxiliar – temáticas de prevención y asistencia.
  - Curso de capacitación y entrenamiento para profesionales y técnicos del Centro de Día Carlos Gardel y demás profesionales de la red – temática: técnicas grupales dramático-expresivas.

***Tercera etapa: 12 meses – (marzo 2003 / marzo 2004)***

- *Continuación con las reuniones de RMSA con las incorporaciones de los nuevos equipos de diferentes servicios y efectores.- consolidación y ampliación de la red.*
- *Registro de prestaciones en las diferentes modalidades y dispositivos de atención en adicciones – base de datos epidemiológicos – estudio y elaboración de los datos obtenidos.*
- *Evaluación de los objetivos propuestos en las etapas anteriores.*
- *Relevamiento constante de todos los efectores de la RMSA*
- *Inauguración de dos (2) nuevos dispositivos ambulatorios: ampliación de la cobertura – Centros de Día hospital Álvarez y Penna (Rawson).*
- *Continuación con las participaciones en las convocatorias del Ministerio de Salud Nacional – Progr. Garantía Calidad de Atención Médica y Plan Nacional de Salud Mental*
- *Formalización de convenios con las áreas nacional y provincial (SEDRONAR – Subsecretaría Provincial ) capacitaciones – jornadas y encuentros interjurisdiccionales - atención-derivación de población asistida en los diferentes efectores del sistema.*
- *Organización e implementación del dispositivo Casa de Medio Camino - para pacientes adictos.*

• *Elaboración constante de material de difusión y prensa intra y extra red - utilización de los recursos de la oficina de Prensa de la Secretaría de Salud y de la Imprenta Municipal.*

• *Evaluación constante de resultados y continuación con el servicio telefónico SADA.*

• *Consolidación de las actividades de promoción y prevención específica e inespecífica desde el primer nivel – Areas Programáticas y CESAC. – equipos interdisciplinarios – equipos de S.M. de los centros.*

• *Promover la utilización de mecanismos referencia-contrareferencia entre primer y segundo nivel en la atención de adicciones – CESAC – Hospital base – Centro de día.*

• *Articulación de programas preventivos en escuelas con el Programa de Salud del Escolar.*

• *Continuación con la elaboración y realización de jornadas, encuentros, seminarios, ateneos, y todo otro evento de intercambio y formación intra y extra red.*

• *Mantenimiento y ampliación de espacios de promoción-difusión en medios de comunicación – radios, medios gráficos especializados, etc.*

#### **Cuarta etapa: 24 meses**

• *evaluación de los resultados alcanzados de acuerdo a los objetivos y metas planteados – nuevo diagnóstico de situación.*

• *Funcionamiento operativo de la RMSA – equipos de trabajo (Unidades mínimas preventivo-asistenciales) en todos los Hospitales municipales y/o en sus Áreas Programáticas. Referencia y contrarreferencia.*

• *Dispositivos ambulatorios en funcionamiento – Centros de Día (cuatro).*

• *Convenios con otros ámbitos en funcionamiento – Nación – Prov. de Bs. As.- Fluidez de derivaciones.*

• *Amplia cobertura a la comunidad de la Ciudad de Buenos Aires.- calidad, cantidad y variedad de dispositivos de atención - pronta referencia y derivación.*

## **ALGUNOS DATOS DE LA SITUACIÓN ACTUAL PARA EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN ASISTENCIA Y REINSERCIÓN SOCIAL EN DROGADEPENDENCIA.**

Tres de cada 100 personas mayores de 16 años consumen sustancias ilegales en la Argentina.

*El consumo de drogas ilegales en nuestro país alcanza el 2,9 % de la población de entre los 16 y 65 años de edad, y al 1,2% de los chicos de entre 12 y 15 años, de acuerdo con el “informe preliminar sobre Primer Estudio Nacional sobre el Uso de Drogas” que difunde con fecha de junio 1999 la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, y que constituyen aún los últimos registros de datos oficiales con que se cuenta sobre el consumo de sustancias tanto a nivel de todo el país como de la Ciudad de Buenos Aires.*

*El informe citado toma como referencia los últimos 30 días anteriores a dicho Estudio Nacional.*

*En el mismo período, el 66,2 % de los consultados, consumió alguna bebida alcohólica, y el 39.8 %, tabaco, y el 1.4 % consumió medicamentos en forma ilícita.*

*Un 23.4 % dijo no consumir ninguna de las sustancias medidas.*

*En cuanto a la frecuencia del consumo, el 61.1 % de la población que utiliza alguna sustancia ilegal lo hace en menos de 5 ocasiones por mes. Es decir que en los 30 días previos a la consulta, el 38.9 % de la población que consumió sustancias ilegales lo hizo más de una vez por semana.*

***La ciudad de Buenos Aires presenta en este estudio los índices más altos de consumo*** (7.7 % de marihuana, 1.7 % de cocaína y 2.9 % de medicamentos usados ilícitamente, contra el 2.2 %, el 1.2 % y el 1.4 % del promedio total, respectivamente). *El consumo de drogas sociales (alcohol, tabaco) en los últimos 30 días de ese estudio, aparece en mayor medida en el interior de la provincia de Buenos Aires (78.2 % contra el 72.3 % del promedio nacional).*

La marihuana, los sedantes y el clorhidrato de cocaína, tienen mayor nivel de consumo actual entre los hombres, que triplican a las mujeres (75.9 % a 24.1).

La población masculina también predomina, aunque en menor medida, en el uso de alcohol y tabaco. Las mujeres son mayoría al analizar el consumo de sedantes y estimulantes sin receta o en proporciones mayores a las prescriptas por el médico.

Por nivel económico y social, se aprecia que la marihuana tiene mayor nivel de penetración entre sectores medios y altos, lo cual explicaría su alto consumo proporcional en la ciudad de Buenos Aires.

*En cuanto a la cantidad y variedad de las sustancias, el 66,5 % de los mayores de 16 años que dijeron haber tenido contacto con alguna droga ilegal en ese período, utilizó sólo un tipo de sustancia, mientras que el 33.5 % consumió drogas ilegales de forma combinada.*

*Del trabajo realizado permitió observar que el mayor monoconsumo (una sola sustancia) se da en el caso de la marihuana (46.3 % de los casos), mientras que la cocaína (11.9 %) y los inhalantes (8 %) tienen un nivel significativamente menor de consumo exclusivo. La mayoría de las sustancias se asocian con la marihuana, que aparece como la droga de inicio para un consumo más diversificado.*

*Entre quienes combinan varias sustancias (policonsumo) se encuentra el 53.7 % de los consumidores de marihuana (de los cuales el 90 % los combina con cocaína); por otro lado el 88.1 % de los de cocaína (de los cuales el 85.1 % la combina con marihuana), el 92 % de quienes usan inhalantes y la totalidad de los consumidores de crack, pasta base, opiáceos y alucinógenos.*

*En cuanto al uso de medicamentos sin prescripción profesional, se detectó en el 1.4 % de la población encuestada, los estimulantes son utilizados por sectores altos y el consumo de sedantes aumenta en los medios.*

*A diferencia de las drogas ilegales, los sedantes y estimulantes son consumidos por la población femenina en mayor proporción que la masculina (55.1 %). También se aprecia un aumento de edad de quienes los utilizan, en relación con quienes consumen sustancias ilícitas.*

*El 95 % de la población mayor de 16 años residente en la Argentina, dijo haber probado en su vida al menos una vez alguna sustancia de las medidas en el estudio nacional realizado por el Sedronar: el 10 % de los consultados refirió tener algún tipo de experiencias con drogas ilícitas, el 5 % con medicamentos usados ilegalmente y el 80 % con tabaco y alcohol.*

*Es de destacar que el porcentaje de presencia de alcohol en la franja etárea de 16 a 24 años es el más alto en comparación con cualquier otra franja etárea e inclusive en comparación con otras sustancias.*

*El 43.2 % de los que fumaron o fuman tabaco, lo hicieron por primera vez entre los 12 y los 15 años. El 35 % se incorporó entre los 16 y los 18 años, y sólo el 17 % de los casos se inició en el consumo luego de los 18 años.*

*En el caso de las bebidas alcohólicas, la edad de iniciación es levemente mayor: el 35 % tomó alcohol por primera vez entre los 12 y los 15 años, de éstos, el 18 % lo hizo a los 15. Un 34.5 % se incorpora al consumo entre los 16 y 18 años y un 23.6 por ciento lo hace a partir de los 19 años.*

*También se destaca que cuando la edad de iniciación es de menos de 10 años, las únicas sustancias que se encuentran son inhalantes, alcohol y tabaco, (en ese orden).*

*Al tratarse de drogas ilegales, quienes tienen contacto con alguna de ellas a lo largo de su vida, lo hacen mayoritariamente entre los 20 y 29 años, a partir de los 40 años, el contacto con este tipo de sustancias disminuye marcadamente.*

*De los que probaron marihuana, uno de cada cinco lo hizo por primera vez a los 15 años o menos, entre los 16 y 18 lo hizo el 45 %, y un 21 % luego de los 20.*

*En general, las mujeres comienzan a consumir a una edad mayor, al igual que los sectores medios se incorporan a una edad más adulta que los bajos.*

*En este estudio, entre las drogas ilícitas, la marihuana (8.6 %) es la sustancia con la que toma contacto la mayor parte de la población, seguida por la cocaína (clorhidrato 3.7 %, pasta base 0.9 %, crack 0.4 %).*

*En el caso de la marihuana y la cocaína, se aprecia un mayor uso entre los hombres y los habitantes de la Ciudad de Buenos Aires, con bajos niveles de consumo en el interior del país.*



*Al evaluar el nivel económico y social de los consumidores, se observa que la utilización de marihuana prevalece en los sectores medios, mientras que la cocaína no presenta diferencias significativas de nivel económico y social de sus consumidores.*

*En cuanto a uno de los sectores de mayor riesgo de la población, como son los adolescentes y preadolescentes, el 1.2 % de los menores de 12 a 15 años, reconoció haber consumido drogas ilícitas durante los 30 días anteriores al estudio, mientras que un 35.2 % consumió drogas sociales y un 0.2 % medicamentos de forma ilegal. El 63.4 % manifestó no haber consumido.*

*Del total de los menores consultados, el 59.9 % señaló haber utilizado drogas sociales en algún momento de su vida, el 3.6 % consumió drogas ilegales y el 2.6 % medicamentos de uso ilícito. **En los dos primeros casos, el mayor porcentaje de consumidores reside en la Capital Federal,** mientras que la mayor parte de quienes utilizan medicamentos sin receta se concentra en el interior del país.*

*Quienes dijeron haber probado por primera vez algún tipo de droga entre los 12 y 15 años, indicaron haberlo hecho fundamentalmente con sustancias como el alcohol, marihuana, inhalantes y sedantes.*

*Las drogas ilegales son consumidas más por los chicos de bajo nivel económico y social ( debido a fundamentalmente a los inhalantes) aunque en el caso de la marihuana predomina en los menores de niveles altos.*

*La mayor concentración de menores consumidores de drogas ilegales y de medicamentos ilícitos se registró en las grandes ciudades del interior, mientras que en el caso de **las drogas sociales, el mayor consumo fue detectado en la Capital Federal.***

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN,  
ASISTENCIA Y REINSERCIÓN  
SOCIAL  
EN DROGADEPENDENCIA**

---

**Abril 1997**

---

## 1.- PRESENTACION

Elaborar un programa de prevención, asistencia, y reinserción social para drogadependientes desde el ámbito de la Salud no resulta sencillo. Nos encontramos ante un fenómeno que no es homogéneo ni uniforme, difícil de sistematizar, y que si bien compromete la Salud Pública, esta atravesado por otras coordenadas, que no pueden dejar de ser tomadas en cuenta.

El desafío que conlleva, implica un compromiso que debe estar a la altura de las exigencias y de los tiempos que vivimos.

Por primera vez la ciudad cuenta con un programa que se ocupa de este tema, cuyos ejes toman como referente el Plan de Salud Mental elaborado por la Dirección de Salud Mental y la Dirección General de Programas especiales, de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Dr. Mario Kameniecki

Coordinador General  
del Programa.

## 2.- INTRODUCCION - MARCO CONCEPTUAL

El fenómeno de las drogadependencias,- con implicancias psicológicas, familiares, sociales y comunitarias, y con aristas psicopatológicas, biológicas, médicas, jurídicas, criminológicas, económicas, políticas, culturales, etc.-, posee en nuestro medio particularidades propias.

Si bien se trata de una situación que trasciende lo local y se amplía a escala mundial, el nuestro ha dejado de ser un país de tránsito de la droga para transformarse en un mercado de consumo.

La drogadependencia, -síntoma social de nuestra época-, no presenta en nuestro medio las características con que se manifiesta en los países centrales, donde la heroína, y también las llamadas drogas de diseño -V.G.: éxtasis-, hacen estragos entre los jóvenes. Las drogas de consumo habitual son aquí la Marihuana y Cocaína ( a menudo la primera de ellas como droga de inicio). Su uso esta combinado en general con la ingesta de bebidas alcohólicas. Entonces, la característica es: alcohol más drogas (ilegales).

La mayor incidencia del fenómeno se observa en los grupos etarios más jóvenes( 10-30 años), con una prevalencia en los adolescentes( 10-19 años), acusando este último el impacto como grupo altamente vulnerable. Esto responde a causas de diversa índole, pero, básicamente todas convergen y se articulan con las características propias( psicológicas) de esta difícil y crucial etapa de la vida, que podemos sintetizar en 2 ejes: 1) la búsqueda de identidad y 2) la elección del objeto de amor.

Estas características que están en juego en la adolescencia implican necesariamente una búsqueda de modelos, de nuevos ideales al abandonarse los de la infancia, y la exigencia -a veces violenta- de desligarse de la dependencia de los padres; esto último, que no deja de cumplirse como una ley inexorable, incluye el cuestionamiento del lugar paterno y de sus representantes( el orden legal, las normas, la autoridad, etc.), incluyendo las transgresiones y la provocación desafiante en la modalidad de lo que podemos denominar (desde la psicopatología) *actuaciones*.

Este marco, al que hacemos breve referencia, comprende hoy, también la droga: producto (ilegal) de la sociedad de consumo ofertado a los jóvenes en todos los países.

Por un lado, encontramos a los jóvenes que se inician con el alcohol pasando por la Marihuana y terminando (hoy) con la cocaína, pero además, las características particulares del fenómeno en nuestro medio nos muestran otras realidades. Es común, en pre-púberes, de grupos sociales de alto riesgo, con necesidades básicas insatisfechas, la iniciación con la práctica del SNIFING (inhalación), fundamentalmente de pegamentos epóxicos y solventes volátiles, de venta libre y efectos tóxicos severos (hasta ceguera y atrofia cerebral, o muerte por paro respiratorio), y también con la polifarmacia: mediante el consumo de dosis importantes de determinados medicamentos fácilmente asequibles (antihistamínicos, antitusivos, descongestivos, colirios, broncodilatadores, etc.) por vía oral o intravenosa-. Además encontramos el consumo de psicofármacos en altas dosis, en combinación con alcohol y/o drogas ilegales.

El problema de las drogadependencias no es ajeno a las condiciones que caracterizan nuestra cultura consumista, dominado por los medios masivos de comunicación y constituyendo un producto de la misma.

### 3.- SITUACION LOCAL

En nuestra ciudad, la cantidad de población drogadependiente no esta determinada; no existen registros epidemiológicos confiables, ni estadísticas oficiales.

No obstante, por la demanda de consultantes que se recibe en el ámbito de los hospitales municipales, estamos en condiciones de afirmar que la magnitud del fenómeno ha adquirido proporciones alarmantes.

Datos publicados por el diario la Nación en 1993 dan como cifras aproximadas 3,5 millones de drogadictos (incluyendo alcohólicos), y en el mismo matutino una encuesta realizada por la Secretaría de Programación para la Prevención de las adicciones y Lucha contra el Narcotráfico, de Presidencia de la Nación, arroja los siguientes resultados para los estudiantes de la Universidad de Bs. As.: alrededor del 80% de los encuestados consumió, aunque solo sea una vez drogas ilegales.

Datos más recientes -aunque no indican la fuente ni como fueron obtenidos- son publicados tras la reunión del Parlamento Latinoamericano y la Comisión de Lucha contra Narcocriminalidad (Congreso de Compatibilización de leyes de Lucha contra la Narcocriminalidad, en Bs. As., citado en Narcocriminalidad, editado por el Parlamento Latinoamericano, Congreso de la Nación Argentina, 1994), y que dan como confirmada la cifra de 300.000 drogadependientes en nuestro medio. A nuestro criterio, estos últimos datos se aproximan a la realidad y evidencian un sinceramiento en esta problemática.

### 4.- POBLACION EN RIESGO DE LA CIUDAD DE BS. AS.

Si bien el grupo de mayor riesgo lo constituyen los adolescentes ( alrededor de un 14% de la población), -por la vulnerabilidad que caracteriza esta etapa vital de crisis-, no debemos soslayar otros grupos de riesgo que ya mencionamos y que se ubican en aquellas áreas de la geografía urbana desperdigadas en diferentes sectores de la Ciudad, conformada por población de características marginales( del aparato productivo), con necesidades básicas insatisfechas( N.B.I.), que habitan las diversas Villas de Emergencia, asentamientos precarios, núcleos habitacionales transitorios, asentamientos bajo autopistas, casas y fábricas tomadas y por fin, algunos barrios populares con rasgos propios. Predominan en las circunscripciones 22, 23, 24, 3 y 8 (electorales) de la Ciudad.

En la mayoría de ellos se registra con frecuencia lo siguiente: iniciación en la droga en la pre-pubertad (alrededor de los 10 años), a través de la práctica del SNIFING (inhalación), consumo de alcohol, polifarmacia, para luego acceder al consumo de drogas ilegales( Marihuana, Cocaína), y engrosar aún más la marginalidad a través del circuito consumo-tráfico, esto último a menudo como ingreso económico familiar.

Por otra parte una franja etaria que se da a partir de los 20 años, y que se extiende habitualmente más allá de los 30, constituyendo otro grupo de riesgo con altos índices de consumo/ adicción. En la ciudad de Bs. As. este grupo( 20-29 años), corresponde alrededor del 15% de la población.

De acuerdo al último Censo Nacional de Población y Vivienda\*, (1991) en la Ciudad de Bs. As. hay una población de 413.798 habitantes de 10-19 años y 430.064 de 20-29 años, sobre un total de 2.965.403 habitantes.

Es decir, que dichos grupos etarios constituyen el 14% y 15%, respectivamente de la población total, y corresponden a los grupos de riesgo (etario), que hemos consignado.

En lo que respecta al tipo de drogas consumidas, encontramos en primer término a la Cocaína( sin duda la de mayor difusión), luego la Marihuana, y por último la polifarmacia y los psicofármacos.

En nuestro medio la Heroína el L.S.D., y otras drogas ilegales tienen, -por el momento-, un consumo muy acotado. En tercer lugar, se ubica el grupo de riesgo social,(con N.B.I.) de unos 240.000 habitantes.

Recapitulando, encontramos tres (3) grupos de riesgo:

Grupos etarios

1) Adolescentes (10-19 años): 413.798 habitantes-14% de la población de Bs.As.

2) Jóvenes (20-29 años): 430.064 habitantes-15% de la población de Bs.As.

Grupo social

3) Población con N.B.I.: 240.000 habitantes ( aproximadamente). (8,1 % de la población total).

\*Datos según I.N.D.E.C., y Ministerio de Salud y Acción Social.

### 5.- LAS DROGADEPENDENCIAS: SUS RASGOS ACTUALES

El fenómeno de las drogadependencias tal como se presenta hoy día, -y nuestra realidad local no escapa a ello-, posee rasgos singulares que lo diferencian del *boom* de la droga de los años '60. Una descripción sensata de la situación actual no puede dejar de tomar en cuenta esas diferencias.

En aquel entonces la droga, ligada al movimiento *hippie*, con su *Flower Power* (*el poder de las flores*), significaba para los jóvenes una forma de rebeldía, la búsqueda de un camino más allá de las apariencias; era un medio para una finalidad supuestamente trascendental, espiritual y pacifista. Su lema era *Amor y Paz*, caracterizando a los movimientos de protesta antibelicistas. Se unía a cierto compromiso y militancia, a veces política. Su carácter era de contra-cultura, etc.

Hoy lo que caracteriza al fenómeno es radicalmente opuesto: es autodestructivo, disolvente de vínculos, individualista, negativo, disgregativo y anticomunitario, se articula fácilmente con la marginalidad, la violencia, la delincuencia, las sociopatías, el alcoholismo, y el SIDA.

Se presenta como producto de una crisis social, económica y de valores, que ha barrido con los ideales de la cultura.

No podemos dejar de recordar que en relación al fenómeno de la droga en los '60 se crea en nuestra ciudad el Servicio N° 11 de adicciones en el Hospital Borda (hoy disuelto), el primero de estas características en el país.

En nuestra ciudad, -debemos remarcar que la drogadependencia es un fenómeno típicamente urbano-suburbano-, se presenta connotado por los caracteres expuestos y su mayor incidencia se sitúa, como también fuera señalado, en la franja etaria de 10-19 años ubicable entre el fin del ciclo de escolaridad primaria y finalización del ciclo medio/inicio universitario, dentro de los sectores socio-económicos medios.

En los estratos sociales carenciados, el inicio suele ser aún más temprano y se presenta con los rasgos peculiares ya descriptos.

En los grupos sociales de mejores condiciones socioeconómicas también reviste los caracteres más habituales de incidencia (v.g.: Adolescencia y adultos jóvenes).

Los hábitos familiares consumistas, y con frecuencia adictivos, que prevalecen en nuestra sociedad estimulan estas patologías en los jóvenes, aunque se trata de consumo de tabaco, alcohol o psicofármacos (legales). No es este el lugar para desarrollar con amplitud el tema de los cambios operados en la estructura social de la familia en los últimos 20-30 años, sin ir más lejos, pero es menester señalar que estas modificaciones se articulan estrechamente con estas problemáticas y exigen más que nunca identificar los núcleos poblacionales de mayor vulnerabilidad.

## 6.- ANTECEDENTES-SITUACION DE LA ASISTENCIA Y PREVENCION EN DROGADEPENDENCIAS.

En respuesta a la situación emergente del fenómeno de las drogadependencias que genera una demanda creciente de asistencia en este campo, la M.C.B.A. formalizó la creación de la ·Red Metropolitana de Servicios en Adicciones· (R.M.S.A) por Decreto 1757/90. Previamente se había propuesto la conformación ·de los Comités de Adicciones· en los hospitales. La Red fue dividida, por razones operativas, en 4 zonas: Sur, Norte, Oeste, Centro. Dicha Red, -que hasta la actualidad careció de un programa- comprende los diferentes efectores en los Hospitales y Centros de Salud de la comuna que brindan actividades de Prevención, Orientación, y/o asistencia, -en el marco de los servicios de Psicopatología de los cuales forman parte-, en forma de tratamientos de psicoterapia(ambulatoria) en su gran mayoría.

Cuenta además con dos hospitales de día de asistencia específica de esta patología, a saber: 1)el que funciona en el Centro de Salud Mental Nro. 1 (Zona Norte): Hospital de Día Renaciendo, desde el año 1992, en horario vespertino. 2) Centro de Día Carlos Gardel\_(Zona Centro) que fue abierto en Junio del año 1994, con horario de 8 a 16 hs..

A excepción de estos dos últimos dispositivos institucionales, que funcionan bajo la modalidad de hospitales de día, los efectores de la R.M.S.A. no constituyen, -en general- una respuesta ni eficaz ni eficiente frente a la demanda de este tipo de patologías, por una razón simple: la experiencia clínica con estos pacientes muestra que no responden ni se sostienen con un tratamiento psicoterapéutico clásico; esto explica de por sí la importante deserción o abandono de tratamientos, a menudo tras pocas entrevistas, que se evidencian en los hospitales y centros de salud. A pesar de ello la demanda es permanente por la afluencia de nuevas consultas.

El trabajo individual -psicoterapias individuales- exclusivo no opera en esta problemática; es necesario poner en marcha otras actividades terapéuticas y sociales, especialmente grupales, colectivas, comunitarias y habilitar lo que puede denominarse estrategias en red, con familiares y otros referentes.

Además de lo expuesto, la gran mayoría de los efectores de la R.M.S.A. están conformados por un ínfimo recurso humano de planta; el grueso de los profesionales es honorario y por lo tanto muy inestable. Un dato elocuente: de la totalidad del Recurso Humano en Salud ( Fuente: Dirección Programas y Normas - D.G.P.O.- Secretaría de Salud - M.C.B.A.) 24.304 agentes, menos del 1% se dedican a la asistencia de la drogadependencia.

Los casos de intoxicaciones agudas y/o sobredosis son atendidos básicamente por los Servicios de Toxicología del Hospital Fernández ( adultos) y del Hospital de Niños (Gutiérrez), el primero de ellos con un equipo profesional para la asistencia (ambulatoria) de drogadependientes. No hay en la M.C.B.A. servicios para internar estos cuadros, que se instalan en la Guardia.

El único centro con internación oficial es el CENARESO dependiente de la Nación, y en rigor su capacidad es muy limitada, sin internación de intoxicaciones agudas ni otras urgencias (carece de guardia); por otra parte es la única instancia nacional que posee internación.

Como hemos señalado, la mayoría de los recursos humanos que forman la Red son honorarios y/o de planta transitoria (contratados) con un mínimo de profesionales de planta permanente.

En lo que respecta a las disciplinas profesionales que se dedican a esta patología predomina los Psicólogos, en segundo término, los Psiquiatras, seguidos por los Asistentes Sociales, etc.

Existen en nuestro medio instituciones privadas, cuyo número ha crecido (y crece) en los últimos años, que se dedican al tratamiento y recuperación de drogadictos. Son ONGs. (Organizaciones no gubernamentales) que en general trabajan en la corriente de las llamadas Comunidades Terapéuticas (la modalidad y operatoria de estos dispositivos exige un desarrollo que excede los límites y objetivos de este documento).

Estos organismos heterogéneos por su diversidad y variedad, carecen de cualquier contralor de la Secretaría de Salud y de normativas al respecto. Por lo común se desconoce en qué basan sus abordajes terapéuticos, su efectividad, sus éxitos y sus fracasos.

No se difunden estadísticas de sus actividades ni de sus resultados. Más allá de su posible eficacia, y sin ningún tipo de prejuicios hacia estos organismos, ya que uno de los propósitos del programa apunta a aunar esfuerzos y recursos de los diferentes sectores, en nuestra opinión su auge se corresponde con el vacío institucional que, por abandono o desidia les ofrece el Estado. En otras palabras, la ausencia de una política lúcida y realista en lo que atañe a las adicciones, coloca al Estado (Nacional, Municipal) en un lugar de renuncia de las responsabilidades básicas que le competen. Así, un problema de Salud Pública se *ofrece* a las instituciones mencionadas; el Estado Nacional subsidia o beca estos tratamientos (Diario Clarín, Nov. '96: la Secretaría de Programación de Prevención de las adicciones y lucha contra el narcotráfico, de Presidencia de la Nación, subsidia unos 500 tratamientos, según el titular de la cartera).

Si bien algunas clínicas psiquiátricas y privadas asisten drogadependientes, y predomina la modalidad de Comunidades Terapéuticas, la mayoría se lleva a cabo en granjas y éstas se encuentran radicadas en el Gran Buenos Aires y en el interior de la Provincia. En el resto del país su porcentaje es mucho menor (habitualmente concurren del interior de Buenos Aires para realizar tratamientos.)

Desde hace poco más de un año fue sancionada la legislación por la cual las Obras Sociales y los Sistemas Médicos Privados deben brindar cobertura en drogadependencias (y en SIDA); esto aún no se cumple por lo cual la comunidad continúa asistiéndose en los hospitales públicos.

#### ASPECTOS JURÍDICOS- BREVE REFERENCIA.

A partir de la sanción de la Ley 23737/89, (conocida como la ley de drogas) la tenencia de drogas (ilegales) y las adicciones están penalizadas( con pena privativa de la libertad). Sin comentar ni realizar un análisis de esta ley, solo haremos referencia a que torna el tratamiento de la adicción no en una opción electiva del sujeto sino en una instancia obligatoria; en algunos casos la alternativa de hierro es : o cárcel o tratamiento. De esta manera se hace manifiesto que el tratamiento aparece como una pena a cumplir. Este aspecto complica a menudo la asistencia, ya que muchas personas que concurren a los hospitales provenientes de la justicia, lo hacen a menudo, sólo para evitar la cárcel. Este tema amerita por sí mismo un debate aparte, para otra oportunidad y lugar. Esta referencia además, torna evidente que desde la justicia, la institución más adecuada para que estas personas realicen tratamiento, es el hospital público. De hecho, un porcentaje significativo de casos que son asistidos por la R.M.S.A. provienen de juzgados.



## 7.- EVALUACION DEL ESTADO ACTUAL DE LA ASISTENCIA Y LA PREVENCIÓN.

Tal cual se encuentra organizada actualmente la R.M.S.A. no resulta operativa. Esto se fundamenta en varias razones entre las que se destacan las siguientes:

- 1) La falta de repercusión de la Red en la comunidad.
- 2) El casi total desconocimiento de su existencia aún en el seno del subsector salud municipal.
- 3) Inexistencia de registros estadísticos y de datos epidemiológicos.
- 4) Ausencia de una capacitación organizada.
- 5) Falta de articulación referencia-contrareferencia.
- 6) Carencia de instancias para internar drogadependientes cuya sintomatología lo requiera.
- 7) Carencia de dispositivos alternativos suficientes que brinden el sostén institucional necesario para estos pacientes.
- 8) Por las características de los tratamientos que mayormente brinda que no se diferencian de una psicoterapia tradicional para estructuras clínicas neuróticas.
- 9) Por el alto índice de deserción y abandono de tratamientos.
- 10) Por la escasez de recurso humano de planta que conforma la red.
- 11) Por la casi inexistencia y/o fragmentación de actividades de prevención.
- 12) En relación a todo lo anterior: por la ausencia de un Programa.

En síntesis:

- En función de la existencia de limitaciones institucionales en el hospital público dado el aumento creciente de la demanda de atención en drogadependencias, se proyecta como alternativa aumentar la oferta de servicio dentro y fuera del hospital, con el fin de optimizar el funcionamiento de la R.M.S.A. y satisfacer las demandas de la población.

- Dado el aumento de consultas mencionado y el incremento del consumo de drogas en la población, se evalúa la conveniencia de aumentar la disponibilidad de servicios en prevención, asistencia y reinserción social, a fin de disminuir la incidencia de drogadependencias.

- Que existen en el ámbito del gobierno de la ciudad de Buenos Aires recurso humano capacitado específicamente en estas patologías, y recurso humano a capacitar, dedicado y para poder dedicarse a esta problemática.

- Que es necesario contar con instancias adecuadas -dispositivos terapéuticos- que se proponen en este programa, solidarias con el tratamiento de esta patología, a saber:

Centros de Día,  
Servicios de Internación específicos,  
Casas de medio camino,  
hospitales de noche, etc.

## 8.- MARCO ESTRATEGICO DEL PROGRAMA.

Lo que sigue constituye una propuesta factible y viable para realizar acciones con lucidez y coherencia en forma descentralizada, en relación a la problemática de los drogadependientes desde el gobierno de la ciudad de Buenos Aires.

Como primera observación consideramos esencial aplicar en esta temática el Enfoque de Riesgo en Salud, tomando en cuenta las condiciones de vida actual, los hábitos consumistas, la manipulación de la sociedad de consumo a través de los medios de comunicación, la articulación de la drogadependencia con la violencia, marginalidad, la delincuencia, las sociopatías, el alcoholismo, el SIDA, etc., como configuración clínica de características singulares y nuevas. Todo ello enmarcado en un cuadro de transición sociopolítica que vive nuestro país, con una crisis económica acentuada, teñida por la falta de ideales, de credibilidad, con un quiebre de las raíces históricas y un escepticismo creciente, en un mundo globalizado y en transformación vertiginosa.

### A) RED METROPOLITANA DE SERVICIOS EN ADICCIONES (R.M.S.A.). SU REFORMULACIÓN.

La R.M.S.A.; se propone como una modalidad de gestión -que ya cuenta con antecedentes en nuestro medio-, para brindar respuestas a la demanda creciente en problemas de drogadependencia.

El funcionamiento en Red de Servicios contempla el desarrollo de sistemas y recursos de salud, con el compromiso de todos los sectores implicados, con la participación de las organizaciones comunitarias solamente factible en un Estado democrático que garantice el derecho a la salud en equidad.

La estrategia en Red de Servicios se plantea como un sistema organizado que comprende los diferentes niveles de atención en los aspectos preventivos, de asistencia, recuperación, rehabilitación, y reinserción social. Todas las acciones que se realicen conllevan la articulación de todos los recursos, subsectores, sectores, etc., involucrados en el tema.

La Red contará con una Modalidad Operativa que posibilite diferentes clases de intervención; desde asesoramiento y orientación a padres, hasta internaciones toxicológicas, de urgencia, para tratamientos, etc., pasando por toda la gama intermedia, en formas tradicionales o no.

Integrarán la R.M.S.A., todos los efectores, de los diferentes hospitales municipales, y Centros de Salud; otros sectores de la comuna, del ámbito privado, de las Obras Sociales, de los Sistemas de Salud privados, las O.N.G., las organizaciones e instituciones de la comunidad, etc., -se articularán con la Red de diversas maneras.

Esta propuesta programática se sostiene en el principio que debe privilegiarse para afrontar este problema:

- dejar de lado la oposición entre lo estatal y lo privado, ya que ambos sectores convergen en lo que llamamos lo público; solo el esfuerzo mancomunado en función del bien común posibilitará acciones lúcidas y efectivas.

## B) CARACTERISTICAS DE LA R.M.S.A.:

1) Se propiciará una relación esencialmente horizontal, entre los integrantes de la Red, a los efectos de facilitar la comunicación y beneficiar al consultante agilizando la atención.

2) los diferentes efectores de la Red estarán jerarquizados en función de su complejidad.

3) las prestaciones de la Red serán complementarias; es decir: se articularán de acuerdo a su nivel de complejidad y el servicio que cada efector esté en condiciones de brindar. Esto significa que la prestación que no pueda ser cubierta por un efector, será cumplimentada por otro.

4) se procederá a categorizar los servicios de la Red en virtud de su complejidad, a los efectos de evaluar la complementariedad de los mismos.

5) La Red contará con dispositivos terapéuticos específicos para el tratamiento de drogadependientes, a saber: Centros de Día, Hospitales de Día, Hospitales de Noche, Casa de Medio Camino, etc., en los que se implementarán modalidades fundamentalmente ambulatorias y/o de internación nocturna. También se dotará a la Red de instancias de internación para los casos que así lo requieran.

6) La R.M.S.A. forma parte del Sistema de Salud y como tal debe contar con una adecuada referencia - contrarreferencia, tanto intrínseca (intra-red) como extrínsecamente (extra-red).

7) La dinámica de la Red apuntará a satisfacer las necesidades de atención de la comunidad con la puesta en marcha de instancias y alternativas de abordaje flexibles y amplias con el objeto de no rechazar demanda.

8) La Red estará organizada por ZONAS, en razón de su operatividad, que se corresponderán con las regiones sanitarias de la ciudad.-

9) Se replantearán los recursos humanos existentes en la Red asignando nuevos roles en relación a: las intervenciones comunitarias y las funciones dentro de la Red.

10) Se procederá a reordenar y reconvertir recursos humanos, a través de la capacitación, motivada por la necesidad de contar con mayor número de profesionales que puedan dedicarse a esta patología.

11) Se capacitará, en forma permanente y continua, a los integrantes de la Red por medio de cursos, seminarios, jornadas y eventos científicos.

12) La R.M.S.A. debe cumplir con el requisito de accesibilidad para los consultantes; tanto como para que sea accesible geográficamente, como en lo que respecta a poder acceder rápidamente a la atención.

13) Se promoverá la formación de recursos humanos no tradicionales que han demostrado su utilidad en estas problemáticas, a saber: Acompañantes Terapéuticos, Operadores Socioterapéuticos, y Agentes de Salud Comunitarios. Esto implicará una mayor participación comunitaria.

14) Se impulsará, simultáneamente con la Capacitación del Recurso Humano, un interés por la investigación en este campo.

15) Establecimiento de un sistema de información y comunicación que articule la Red.

16) La puesta en funciones de un protocolo o ficha clínico-epidemiológica con el objeto de contar con una base de datos informatizada y confeccionar estadísticas, hasta la fecha fragmentarias o ausentes.

17) Elaboración de Normas metodológicas básicas y generales de organización y atención, que respeten las particularidades locales.

18) Auditorías y Evaluaciones a cargo de la Coordinación del Programa.

19) Coordinación Ejecutiva de la Red y Coordinación General del Programa.

El concepto de Red, -trama de nudos y vías que las intercomunican-, y sus interrelaciones en el proceso de implementación de políticas, implica a diferentes instancias y niveles gubernamentales, órganos administrativos, y actores interesados, como asimismo a la comunidad toda. Es decir, una trama de protagonismo institucional, político y social en función de una tarea específica, que en nuestro caso, se aplica sobre el fenómeno de las drogadependencias.

En resumen: La R.M.S.A. funciona en forma interdependiente:

A) en sentido horizontal: entre los diferentes efectores

B) en sentido vertical: entre los diferentes niveles de complejidad .

C) institucionalmente: entre los diferentes sectores que se articulan en/y con la Red. y requiere:

A) en el plano administrativo:

- el análisis de la oferta y la demanda.
- los niveles de accesibilidad (geográficos, culturales y socioeconómicos).

B) en el plano organizativo:

- evaluación de las derivaciones intra y extraefectores.
- evaluación de complejidad, acreditación, categorización y habilitación de efectores.

C) en el plano institucional:

- identificación de problemas institucionales, puntos de conflicto y de inercia, obstáculos, resistencias, facilitaciones, etc..
- tomar en cuenta la estructura vincular de los grupos humanos y su relación con las tecnologías de procesamientos y cambio

Por lo tanto, la R:M:S:A se operativiza con:

- 1) Normatización de actividades y registro de prestaciones.
- 2) Evaluación.
- 3) Ficha Epidemiológica e Historia Clínica.
- 4) Auditorías.

En suma, la R.M.S.A. resulta una modalidad política de gestión, implementada a través de un marco estratégico formal, de articulación e intercambio entre efectores que se asocian voluntariamente y se comprometen en base al abordaje de una problemática específica que los identifica como integrantes de la Red.

## 9.- ENTIDAD DE EJECUCION

1.- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

2.- Jurisdicción: Secretaría de Salud.

2.1.- Secretaría de Promoción Social, Secretaría de Educación. Secretaría de Cultura, Secretaría de Deportes.

3.-UNIDADES RESPONSABLES: Dirección General de Atención Médica, Dirección General de Programas Especiales, Dirección General de la Mujer, Dirección de Salud Mental, Coordinación General y Ejecutiva del Programa.

4.-UNIDADES EJECUTORAS: R.M.S.A., Divisiones de Areas Programáticas de Hospitales Generales de Agudos y Hospitales Monovalentes Psiquiátricos; Talleres Protegidos Psiquiátricos, etc..

5.-OTRAS ENTIDADES PARTICIPANTES: Instituciones intermedias de la comunidad, Empresas Privadas, Clubes Sociales y Deportivos, Universidad Nacional de Buenos Aires (Facultad de Psicología) y organizaciones no gubernamentales (ONGs)

A los efectos de realizar acciones intersectoriales se suscribirán acuerdos.

## 10.- POBLACION BENEFICIARIA

Población Objetivo: se incluye dentro de la población beneficiaria a toda la afectada por esta problemática, con sus grupos familiares sin cobertura médica u obra social, residentes en la ciudad de Buenos Aires. Asimismo, toda la población que pueda participar en actividades de Prevención.

Particularmente, el Programa comprenderá a la población con NBI, sin cobertura médica, residente de la ciudad y, en forma general, a la población afectada o en riesgo, sin distinción socioeconómica ni de cobertura en salud.

## 11.- OBJETIVOS

### A) Objetivos Generales:

- 1) Asignar espacio-población de responsabilidad sanitaria y social a la R.M.S.A..
- 2) Desencadenar las programaciones locales propias, compartidas y participadas de la comunidad, de acuerdo a sus particularidades.
- 3) Incorporar modalidades no tradicionales en Prevención , Asistencia y Reinserción Social propiciando la solidaridad y el lazo social.
- 4) Mejorar la calidad de vida de la población beneficiaria del Programa residente en la Ciudad de Buenos Aires.

### B) Objetivos Específicos:

- 1) Detectar grupos y/o actividades de riesgo en la población-objetivo del Programa.
- 2) Prevención, como Promoción de la Salud, en grupos de riesgo.
- 3) Satisfacer la demanda de la comunidad en tratamiento y recuperación de pacientes DD., que implique una genuina deshabituación y no solo una desintoxicación, promoviendo la construcción de proyectos vitales.
- 4) Reinserción y Rehabilitación social.
- 5) Brindar un Servicio específico a la comunidad.
- 6) Utilizar la información con fines estadísticos.
- 7) Triplicar en 4 años el recurso humano de la R.M.S.A., por medio de una capacitación adecuada.

## 12.- MARCO DE ACCION DEL PROGRAMA:

El marco de acción propenderá a una propuesta de integración de los diferentes modelos conceptuales de mayor vigencia: el de la *Prevención por niveles* (CAPLAN), el *epidemiológico* (del Centro Mexicano de Estudios en Fármaco-Dependencia), y el de los *Modelos* de Helen Nowlis (UNESCO).

## A) ACTIVIDADES:

### A.1.- PREVENCIÓN:

- Formular y llevar a cabo acciones intersectoriales de promoción y protección de la salud con un fuerte componente de auto-responsabilidad, basadas en estrategias de redes sociales y atención primaria de la salud. Las mismas tendrán carácter regular, constante, y permanente.
- Se promoverán dichas acciones fundamentalmente a nivel de la educación primaria y secundaria, destinadas a alumnos, padres, y docentes, siendo estos últimos agentes de salud naturales.
- Informar regularmente de las acciones llevadas a cabo, compartiendo la información y las experiencias prácticas con las redes intrasector y extrasector del Programa.
- Apoyar y promover la formación de redes sociales solidarias, con proyección a otras ciudades y municipios.
- Organizar eventos culturales, artísticos, deportivos, etc. articulados con Prevención.
- establecer mecanismos de participación comunitaria organizada, y la colaboración de los medios de comunicación social para difusión ( radio, TV, diarios, etc.).
- Elaborar afiches, trípticos, y folletos en relación a la Prevención.
- Propiciar y organizar actividades de prevención específica e inespecífica en relación a las drogadependencias.
- Promover actividades de Taller, formación de grupos de Autoayuda, etc., en diversos ámbitos de la comunidad.

### A.2.- ASISTENCIA:

- Atención de la demanda de orientación, asesoramiento, y asistencia de personas con problemas por consumo de drogas y/o familiares.
- Brindar asistencia específica en drogadependencias:
- Psicológica, psiquiátrica, toxicológica, clínica, etc.
- Establecer criterios diagnósticos y de admisión para las diferentes modalidades asistenciales: Consultorios Externos (tratamiento individual, grupal, entrevistas familiares, etc.), Hospital de Día, Hospital de Noche, Internación, acompañamiento terapéutico, etc., articular un adecuado sistema de referencia-contrareferencia.

### A.3.- REINSERCIÓN SOCIAL: (en teoría, última fase del tratamiento).

- Promover y trabajar la problemática de la reinserción social, durante el tratamiento, con la implementación de Talleres con posible salida laboral; acuerdos y convenios con empresas privadas, articulación con Proyecto Joven, del Ministerio de Economía, estimular microemprendimientos económicos con entidades comunitarias, Capacitación en Programas Universitarios, etc.

## B) METODOLOGÍA:

El marco de acción que antecede, contará con las metodologías de trabajo que siguen:

### B.1.- PREVENCIÓN:

- Instrumentación de mecanismos de comunicación e intercambio permanente con los diversos sectores de la comunidad a través de los medios, etc.
- Organización de Seminarios, Cursos, Talleres para formar formadores.

## B.2.- ASISTENCIA:

### - CONSULTORIOS EXTERNOS:

- Orientación y asesoramiento a pacientes, familiares, padres, y referentes sociales.
- Grupos de Orientación para padres y/o familiares de drogadependientes.
- Admisión: entrevistas diagnósticas a pacientes y familiares.
- Tratamiento: Psicoterapia individual , grupal, familiar, evaluación psiquiátrica y medicación de acuerdo a cada caso.

### - HOSPITAL DE DIA/CENTRO DE DIA:

• Entrevistas de admisión diagnósticas y tratamiento en régimen de hospital de día que incluye: desayuno -comida compartida, actividades colectivas, Psicoterapia individual, grupal, entrevistas familiares, asambleas, asambleas de redes familiares y sociales, talleres de expresión, talleres con salida laboral, seguimiento post-alta, evaluación psiquiátrica, acompañamiento terapéutico, campamentos de convivencia, grupos de autoayuda, etc. \*

### - ATENCION DE LA URGENCIA: GUARDIA PERMANENTE (24 hs.)

- Por emergencias toxicológicas en servicios especializados.
- Capacitación del recurso humano de los planteles de guardia para recepción de estos casos.

- articulación con la R.M.S.A. para tratamiento post-urgencia,

### - INTERNACION:

• Para los casos que requieran este tipo de tratamiento para su recuperación. El régimen será de estadía breve y en lo posible con pasaje a Hospital de Día, con organigrama y Cronograma de actividades Terapéuticas.

### - HOSPITAL DE NOCHE:

• Para pernoctar; modalidad a ser utilizada en los casos que requieran durante su tratamiento por hospital de día o consultorios externos, -por su situación particular de riesgo-, un lugar de contención para pasar la noche, constituyendo así un referente .

### - CASAS DE MEDIO CAMINO:

• Dispositivo que aúna los recursos del centro u hospital de día con los del hospital de noche, estando indicado para los casos que se encuentran en proceso terapéutico y en reinserción social. Es una suerte de internación intermedia.

### - REFERENCIA- CONTRAREFERENCIA:

• Implica la articulación intrínseca de la R.M.S.A. y todas las consultas y tratamientos necesarios en otras áreas del Sistema de Salud (incluye tanto las especialidades básicas, auxiliares y complementos del diagnóstico, como las tecnologías más avanzadas de la índole de la TAC, RMN, etc., como el laboratorio especializado)

## B.3.- REINSERCIÓN SOCIAL:

• Grupos de seguimiento post-alta, visitas domiciliarias periódicas, actividades grupales de pacientes rehabilitados, capacitación educativa y laboral, microemprendimientos, etc.

### C) EL CENTRO DE DIA/HOSPITAL DE DIA-DISPOSITIVO TERAPEUTICO FUNDAMENTAL EN DROGADEPENDENCIA\* :

Los rasgos que adoptan las drogadependencias requieren para su correcto abordaje, en un importante número de casos, de un sostén institucional organizado que brinde cierta consistencia a estos sujetos, y una trama social mínima y coherente; son pacientes a quienes no les alcanza ni les resulta efectivo un tratamiento tradicional de psicoterapia de una sesión semanal. Debemos aceptar que no se trata de las estructuras clínicas a las que estábamos acostumbrados a recibir en los hospitales; no es casual que muchos autores cuando se refieren a las adicciones actuales las denominan junto a otros síntomas que vemos aumentar, nuevas patologías.

En efecto, estamos ante un fenómeno nuevo que nos desafía, nos interroga e interpela nuestros conocimientos científicos, frente al cual, erróneamente, pretendemos reaccionar con viejas recetas.

El Centro de Día para drogadependientes consiste en un dispositivo eficaz y eficiente cuya metodología es la del Hospital de Día psiquiátrico con modificaciones y diferencias precisas. Ofrece al paciente adicto un sostén institucional coherente, indispensable en esta patología, que le otorga una consistencia y una trama social que propicia el lazo social y la relación con el otro, recreando vínculos solidarios y comunitarios. Lo ayuda a construir un proyecto vital.

Lo definimos como un Modelo Terapéutico que en el campo de las drogadependencias tiende al abordaje intensivo y transdisciplinario del paciente, siendo una suerte de internación parcial; es fundamentalmente más económico que la internación completa por el ahorro en recurso humano e infraestructura, evitando al paciente el aislamiento de su familia y de la sociedad. Tiene como propósitos, la recuperación, rehabilitación, y reinserción social del paciente y su familia.

Se trata de una estrategia destinada a todos aquellos casos que requieren una atención intensiva diaria, en los cuales una terapia tradicional es inoperante.

El Centro de Día evita la segregación y facilita la reinserción familiar, social, laboral, permitiendo una articulación comunitaria sólida. Funciona durante toda la jornada.

#### D) AREAS OPERATIVAS

Las modalidades de trabajo expuestas se encuentran inscriptas en un marco operativo que comprende 3 áreas:

##### D.1.- AREA DE NORMATIZACION:

- Sus funciones consisten en pautar la dinámica organizativa de la R.M.S.A. a través de la implementación de normativas y criterios comunes; no será su propósito uniformar o borrar diferencias entre los diferentes efectores en relación a los referentes teóricos a los que adscriben.

- Apuntará a la consecución de objetivos en una misma dirección, contando con criterios operativos mínimos que permitan brindar una respuesta adecuada a la demanda que surge en relación a estas problemáticas, y optimizar la calidad del servicio.

- En este sentido, estamos firmemente persuadidos que la Secretaría de Salud, como organismo responsable de la Salud Pública en la ciudad, no puede dejar de cumplir con un rol que es de su competencia. Nos referimos a hacerse cargo del control y regulación de las normas asistenciales de todas aquellas instituciones no gubernamentales que se dedican a la recuperación de drogadependientes.

##### D.2.- AREAS DE ESTADISTICAS Y ESTUDIOS PROYECTIVOS.

- Indispensable para realizar y ajustar- de un modo lúcido y con criterio científico-, cualquier programa.

- Se ocupa de la confección de registros estadísticos y epidemiológicos que posibiliten una mejor comprensión del fenómeno y de las variables implicadas.

- En base a la recolección de datos y el análisis de variables ,permitirá realizar proyecciones y estimar alcances y correcciones programáticas .

- Brindará una herramienta actualizada para cualquier desarrollo futuro en este campo.



### D.3.- AREA DE DOCENCIA E INVESTIGACION

- Se ocupa de modo permanente de promover la capacitación de recursos humanos en esta problemática.

- Organizará Cursos, Seminarios , Jornadas, etc.
- Propiciará la investigación en temas específicos y conexos con el fenómeno de las

D.D.

- Estimulará y establecerá intercambios específicos con otras instituciones afines, estatales y privadas, nacionales y extranjeras.

- Apuntará al debate amplio y al intercambio de ideas, impulsará la publicación y difusión de trabajos y toda otra producción valiosa como aporte al tema. Asimismo, incluirá la difusión de actividades por medios informáticos y la intercomunicación con entidades nacionales y extranjeras

### 13.- RESULTADOS ESPERADOS

1) Disminuir el consumo de tóxicos y las drogadependencias.

2) Prevenir, mediante acciones oportunas, el desarrollo de drogadependencias y sus consecuencias.

3) Disminuir los casos de sobredosis e intoxicaciones por drogas, bajando costos hospitalarios y el gasto en salud.

4) Producir, por el programa instrumentado, un importante impacto social, político y económico, que beneficie a la población por diversas razones: percepción que el gobierno de la ciudad se hace cargo ubicándose en una posición de responsabilidad social en relación a las adicciones; encontrando la población respuesta a sus demandas; colaboración participativa de la comunidad al registrar que se satisfacen sus demandas.

5) Promover y estimular la creación de una conciencia comunitaria con respecto al cuidado de la salud y modificación de hábitos de consumo tóxico, en aras del bien común.

6) Establecimiento de una verdadera estrategia en Red articulando los recursos estatales y privados, para que se genere el concepto de lo público: espacio de intereses convergentes de toda la comunidad, - de manera lúcida y responsable , con normativas claras y consensuadas intersectorialmente.

7) Precisar y conocer mejor las características locales del fenómeno de las drogadependencias, y poseer información estadística y epidemiológica, real y actualizada.

### 14.- IDENTIFICACION Y ORDENAMIENTO DE PROYECTOS PRIORITARIOS

A continuación se identifican los proyectos o subprogramas prioritarios a realizar como parte de este programa.

1) Proyecto de **creación de Servicios/Equipos de Adicciones** en Hospitales Municipales y Centros de Salud: forma parte de la reformulación de la R.M.S.A., en función de los objetivos del programa.

2) Proyecto de actividades de **Prevención en establecimientos educativos** (educación primaria y secundaria): destinado a alumnos, padres y docentes., a realizarse conjuntamente con las Areas Programáticas, y los diferentes equipos de prevención que funcionan en Centros de Salud y Acción Comunitaria y Centros de Salud Mental.

3) Proyecto de **creación de Centros de Día**: para dotar a las cinco zonas de la R.M.S.A. de estos dispositivos terapéuticos se articularán recursos del gobierno de la ciudad de Bs. As., de la empresa privada y de la comunidad. En todos los casos el recurso humano será provisto por la Secretaría de Salud. En la ciudad funcionan: 1 Centro de Día y un Hospital de Día para drogadependientes hasta el momento. Se propone la apertura de por lo menos 4 Centros nuevos. Ya están en marcha dos proyectos de esta índole, a saber:

- Creación del **Centro de Día Quinquela Martín en Barracas** (Zona Sur), emprendimiento intersectorial de la Dirección General de la Mujer ) de la Secretaría de Promoción Social, de la Dirección de Salud Mental (de la Secretaría de Salud), y del Club Atlético Boca Juniors, por el sector privado, a concretarse en un terreno de propiedad municipal.

- **Centro de Día Carlos Gardel** (ampliación del actual centro a unas cuadras de su domicilio actual) de Zona Centro, en función de las necesidades de contar con una planta física mayor, en razón de la importante demanda de dicho centro. También se trata de un emprendimiento intersectorial con participación de la Dirección General de la Mujer, Dirección de Salud Mental, y empresas privadas que han iniciado la donación de materiales. Se construirá en un predio de propiedad municipal.

4) **Proyecto de Curso de Capacitación en Prevención, Asistencia e Investigación en Drogadependencias** (teórico - práctico): se ha iniciado y continúa, contando con 180 alumnos. Destinado a capacitar Recursos Humanos de los equipos de salud de todos los hospitales Municipales, de diferentes especialidades. Tiene como objetivos: capacitar Recursos Humanos tendiendo a formar equipos interdisciplinarios en adicciones para que funcionen en los hospitales; reconversión de recursos para actividades que requieren actualmente dedicación específica. El Curso tiene una carga de 600 horas y se desarrolla en tres cuatrimestres.

5) **Proyecto de Cursos de Post-Grado en Drogadependencias en la Universidad Nacional de Buenos Aires:** (ya iniciados durante 1996). Destinado a la introducción y formación cuaternaria de profesionales en el campo de las drogadependencias. Se desarrolla en el ámbito de la Secretaría de Posgrado de la Facultad de Psicología, UBA.

6) **Proyecto de Creación Cátedra de Drogadependencias en la Universidad de Buenos Aires:** Convencidos de la importancia, durante los estudios de grado, de la introducción en esta patología se ha presentado un proyecto al Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Psicología (UBA), en el año 1996, sobre el cual aún no se ha expedido.

7) **Proyecto de Curso para Operadores Socioterapéuticos en Drogadependencia :** Destinado a estudiantes de Psicología, de Trabajo Social. Agentes de Salud comunitarios, etc., para formar recursos no tradicionales en esta problemática y desempeñarse en Centros de Día. Presentado en la Facultad de Psicología.

8) **Proyecto creación Centro de Internación para Drogadependientes:** Destinado a todos aquellos casos que requieren de una internación para cumplir con el tratamiento adecuado.

9) **Proyecto de Red de Urgencias Toxicológicas:** comprende la puesta al día y el redimensionamiento del área, acorde con las necesidades actuales y la demanda por sobredosis y/o intoxicación por drogas. Estará coordinada por el Servicio de Toxicología del Hospital Fernández, como cabecera y referente. Incluye la implementación de una línea telefónica para consulta y orientación durante las 24 horas, suplementación de planteles de guardia, capacitación intensiva específica y articulación con el S.A.M.E.. Se complementará con un Servicio Toxicológico en la Zona Sur

Cada uno de los sub-programas nombrados comprende un desarrollo específico y el presupuesto correspondiente, que no se incluyen en el presente. Es oportuno manifestar que los Proyectos de Capacitación 4 y 5, mencionados , no insumen gastos de ninguna índole para el Gobierno de la Ciudad.

## 15.- EVALUACION:

La evaluación será ex-ante (ya realizada) y ex-post.

Indicadores de Evaluación del Programa

A.- Actividades de Prevención en Escuelas:

- Nro. de escuelas alcanzadas.
- Nro., de actividades realizadas.

B.- Actividades Asistenciales:

- Nro. de prestaciones brindadas.
- Nro. de pacientes atendidos (ingresos).
- Nro. de internaciones.
- Nro. de altas (egresos).
- Nro. de deserciones.
- Nro. de recaídas.
- Nro. de intoxicaciones atendidas.

C.- Actividades Epidemiológicas:

- Nro. de estudios epidemiológicos (por zona): 5 (cinco)

D.- Actividades Docentes:

- Nro. de cursos realizados.
- Nro. de Recurso Humano capacitado y reconvertido.

E.- Actividades de Investigación:

- Nro. de trabajos producidos
- Nro. de publicaciones producidas.

Se establecerán otros indicadores en la medida que avance el programa y se considere necesario evaluar otras variables (por ejemplo, eficacia y eficiencia, impacto-resultado).

## 16.- INVENTARIO DE RECURSOS

A) Recursos Humanos:

- Los recursos humanos necesarios serán provistos por la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- El plantel del programa será de los integrantes de la R.M.S.A. - los que forman parte de ella en la actualidad y los que se incorporarán progresivamente mediante capacitación.
- Relación Jurídico-Laboral: Planta Permanente.
- Financiamiento: Por recursos de contrapartida a cargo del Gobierno de la Ciudad de Bs.As..
- Gasto en Recurso Humano: Recursos de contrapartida ya presupuestado. Financiado por cada efector.
- En lo que respecta a las dotaciones de los Centros de Día/Hospitales de Día a crearse por el presente, estarán conformados del siguiente modo, por cada centro: 4 Psiquiatras, 6 Psicólogos, 2 Administrativos, 1 Asistente Social y 5 Coordinadores de Talleres (1 por día); contarán, entonces, con un recurso humano permanente de 13 personas y un recurso humano no permanente de 5 personas (los Coordinadores de talleres). Se agregan dos Operadores Socioterapéuticos para cada dotación.
- Tanto el mantenimiento, la limpieza, como la alimentación, estarán a cargo de los Hospitales base, de los que dependerá cada centro. La experiencia realizada en los

dos Centros de Día que ya funcionan, muestra que el gasto es mínimo y no afecta el presupuesto global hospitalario.

- El Recurso Humano de mínima para conformar un equipo de adicciones en un hospital, será de 6 profesionales: 2 Psiquiatra, 3 Psicólogos, 1 Asistente Social, y un Operador Socioterapéutico o un Agente de Salud Comunitario. De contarse con mayores posibilidades, se sumarán otros profesionales (v.g.: Toxicólogos).
- Las dotaciones correspondientes a Servicios de Internación, Hospitales de Noche o Casas de Medio Camino, dependerán de las características edilicias y de la capacidad física del lugar.

#### B) Recursos Materiales y Equipamiento:

- A fin de resultar adecuadas para la realización del programa algunas estructuras físicas existentes deben mejorarse. La mayoría de los efectores cuentan con recursos de los servicios en que se desempeñan.

- La creación de Servicios que propone el programa exige, no sólo la intervención de la Dirección General de Recursos Materiales, de Arquitectura y otros, sino la participación de otras Secretarías y del sector privado (empresas, entidades intermedias, comunidad).

- Por razones prácticas, los recursos materiales y de equipamiento necesarios para estas instancias a crear, serán desarrollados oportunamente y por cuerda separada, como proyectos del programa. No obstante, se procederá a la utilización de inmuebles ociosos, de propiedad comunal, para la realización de los emprendimientos programáticos.

### 17.- CRONOGRAMA Y UNIDAD RESPONSABLE:

#### A) CRONOGRAMA:

- El desarrollo del programa será de 4 años, en principio, sentando las bases para posibilitar su continuidad por el próximo Gobierno de la Ciudad cuando culmine el mandato del actual.
- El cronograma permitirá el cumplimiento de los objetivos y metas propuestas, por etapas, ya que su realización no es inmediata.
- Establecidas las responsabilidades de conducción, ejecución, e incumbencias, como así también los recursos de inicio, se procede a exponer las fases a alcanzar. Se utilizarán el diagrama de GANTT (de avance) o el Método ABC (Analysis Bar Charting).

#### A.- Primera Etapa (6-12 meses).

- Reuniones de la Coordinación con los integrantes del PROGRAMA para: 1) exponer programa, 2) puesta a punto de actividades, 3) implementación de la ficha clínico-epidemiológica única.
- Organización y puesta a punto de actividades de Prevención en educación; reuniones con los sectores participantes.
- Iniciación de Cursos y Seminarios de Capacitación y perfeccionamiento intra y extra-Red.
- Puesta en marcha de la Red de Urgencias Toxicológicas.
- Apertura de un Centro de Día.
- Apertura de un Centro para Internaciones.

#### B.- Segunda Etapa (12-36 meses).

- Consolidar la implementación de actividades de Prevención en educación.
- Apertura de 3 Centros de Día para Drogadependientes
- Organización de equipos interdisciplinarios en adicciones en los Hospitales Generales de Agudos, Monovalentes psiquiátricos y en los Centros de Salud y Acción Comunitaria, a través de la reconversión del recurso humano capacitado.

- Trabajo y consolidación de la participación comunitaria e intersectorial con el objeto de promover la reinserción social, y el óptimo aprovechamiento de los recursos existentes (privados, ONGs, etc.).

C.- Tercera. Etapa: (24-48 meses)

- Funcionamiento operativo de toda la R.M.S.A., con Centros de Día y de internación.
- Cobertura de la población-objetivo en Prevención, asistencia y reinserción social.
- Publicación de trabajos de aporte e investigación de la R.M.S.A.
- Celebración de Jornadas y Encuentros científicos.

B) UNIDAD RESPONSABLE:

Dirección de Salud Mental - Coordinación del Programa de Prevención, Asistencia, y Reinserción Social en Drogadependencias. (Coordinación General y Coordinación Ejecutiva, del Programa y de la R.M.S.A.).

### 18.- SOSTENIBILIDAD:

De acuerdo con los resultados del Programa (y con la evaluación ex-post) la sostenibilidad del mismo estará dada por las entidades de ejecución.

En primer lugar, a través del presupuesto para el sector salud y rentas generales del gobierno de la ciudad; en segundo lugar, a través del presupuesto de las demás secretarías participantes (Promoción Social, Educación, etc.); en tercer término del sector privado y de las organizaciones de la comunidad, con los recursos económicos que dispongan. Sin la participación de la comunidad, el programa resulta difícil de sostener. Por último, con los fondos que puedan obtenerse a través de entidades de bien público, organizaciones filantrópicas, fundaciones, etc.,- nacionales o extranjeras.

Un aspecto a tomar en cuenta: en nuestra ciudad circulan alrededor de 1,5 millón de personas por día, residentes del Gran Buenos Aires, y que trabajan en la Capital.

Gran parte de esta población utiliza el sistema de salud municipal, -más de un 30% de la demanda hospitalaria es del conurbano-, y esto es también válido para la asistencia en drogadependencias. Entendemos que el Riachuelo y la Av. General Paz no constituyen barreras geográficas, por lo cual esta población, que no solo se asiste en la ciudad por razones laborales, sino que a menudo elige atenderse aquí, tiene derecho a hacerlo, proponemos un sinceramiento y algún mecanismo de acuerdo, en función del cual la Provincia de Bs. As. se haga cargo de alguna manera de esta situación, a través de las instancias que corresponden.

## DEPENDENCIA- COORDINACION-FUNCIONES.

### 1- DEPENDENCIA ORGANICA:

El **Programa de Prevención, Asistencia y Reinserción Social en Drogadependencias**, creado por la presente Resolución, depende en forma inmediata de la Dirección de Salud Mental de la Dirección General de Programas Especiales, Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Bs. As..

Integran dicho Programa:

La Coordinación General del Programa que instituye la presente Resolución, de la que dependen los órganos siguientes:

- 1- la Coordinación Ejecutiva
- 2- el equipo de trabajo que colabora con la Coordinación General.
- 3- la Red Metropolitana de Servicios en Adicciones ( R.M.S.A.).

### 2- LA COORDINACION GENERAL DEL PROGRAMA desarrollará:

I.- Coordinación Permanente

I.1.- Con la Dirección de Salud Mental, a los efectos de :

- a) obtención de recursos de personal y materiales
  - b) oportunidad y alcance de la puesta en marcha del Programa
- c) nexos y articulaciones, a establecer en el ámbito de la comuna, de la Justicia (Ley 23.737/89), del sector privado, de Obras Sociales, etc., con el fin de establecer acuerdos y aunar esfuerzos en lo referente a la problemática a abordar.
- d) proponer a la Dirección de Salud Mental, y por su intermedio, a los niveles jerárquicos correspondientes, la suscripción de todos aquellos convenios que sean necesarios entre la Secretaría de Salud y Organismos Oficiales, entidades intermedias, privadas, y comunitarias, para el mejor y más amplio cumplimiento de los objetivos del Programa.
- e) evaluación y lanzamiento de las etapas de ampliación sucesivas.
- f) su aprobación sobre la continuidad del Programa y los eventuales cambios que fueran menester a criterio de la Dirección de Salud Mental en su propuesta y/o ejecución.

I.2.- Con los diferentes planos institucionales oficiales y privados, a los efectos de:

- a) obtención de apoyos externos necesarios para la ejecución del Programa.
- b) impulsar la realización de convenios interinstitucionales a los fines propuestos.
- c) delimitar alcances de política programática, a fin de evitar superposiciones y/o mala utilización de los recursos.

## II.- Funciones

- a) diseño e implantación del Programa.
- b) entender en la selección del recurso humano para los diferentes niveles del Programa.
- c) entender en la capacitación del recurso humano.
- d) instruir a la Coordinación Ejecutiva en los cursos a seguir.
- e) ejercer el contralor y la evaluación de las actividades.
- f) suministrar a la Dirección de Salud Mental el cuadro de situación permanente y proyección posible del fenómeno de las drogadependencias de acuerdo a los cursos de acción desarrollados

## 3. LA COORDINACION EJECUTIVA DEL PROGRAMA desarrollará:

### I. Coordinación Permanente

- a) de la R.M.S.A.
- b) con los distintos planos oficiales y privados a los efectos de: Ejecutar a su nivel los acuerdos de interapoyo necesarios para la ejecución, integrando al Programa los recursos humanos y materiales.

### II. Funciones.

- a) actuar de nexo entre la Coordinación General del Programa y la R.M.S.A..
- b) elevar propuestas y necesidades a la Coordinación General.
- c) transmitir los lineamientos programáticos procedentes de la Coordinación General a la R.M.S.A..
- d) fiscalizar su cumplimiento.
- e) resumir y elevar a la Coordinación General los registros, informes, propuestas, trabajos, evaluaciones, y resultados producidos por la R.M.S.A..

## 4.- LAS FUNCIONES DE LA RED METROPOLITANA DE SERVICIOS EN ADICCIONES serán:

- difundir y ejecutar, a su nivel, los contenidos de las políticas emanadas del Programa.
- evaluar sus acciones.
- registrar y elevar a la Coordinación Ejecutiva la información: estadística, epidemiológica, sobre situación de la comunidad como resultado de las acciones, trabajos, propuestas, etc..
- registrar y elevar a la Coordinación Ejecutiva las demandas y propuestas de la comunidad.

Red Interhospitalaria  
de  
Servicios  
en  
Trastornos Alimentarios

## (2) **Red Interhospitalaria de Trastornos de la Alimentación**

**R. I. H. T. A.**

**Sede**

**Central: Hospital Carlos G. Durand - Díaz Vélez 5044 - Capital Federal - Teléfonos: 982-5555 Int. 218**

La idea de organizarnos como Red surgió junto a las Primeras Jornadas Interhospitalarias sobre Trastornos de la Alimentación del Hptal. Durand. En ese momento, 1991, se aunaron en el intercambio y en la discusión, cuatro instituciones pioneras en el tema como los representantes de los Hospitales Gutiérrez, Ramos Mejía, Durand y el Centro No. 3 de Salud Mental "Ameghino". Ahí decíamos "(...) hoy nos queremos encontrar con todos nuestros colegas, que sabemos tienen un acercamiento, una forma de trabajo, una estructura, una conformación acerca de estas patologías (...)". Nos seguimos encontrando en estas reuniones científicas, año tras año hasta que, finalmente, en 1994, en ocasión de llevarse a cabo las Terceras Jornadas se concreta, en una Reunión Satélite, la formación de R. I. H. T. A.

El Acta Fundacional se firma el 19 de Setiembre de 1994 con la concurrencia de las siguientes instituciones: Hptales. Gutiérrez, Pirovano, Ramos Mejía, Piñero, José de San Martín (Clínicas), Zubizarreta y el Centro de Salud Mental No. 3 "Ameghino".

En 1995 se incorporaron los Hptales. Rivadavia, Elizalde, Instituto de Investigación en Psicología (UBA) y Municipal de San Isidro.

### **Lectura del acta fundacional**

### **Acta Fundacional de la Red Interhospitalaria de Trastornos de la Alimentación:**

A los diecinueve días del mes de Setiembre de mil novecientos noventa y cuatro, siendo las nueve horas y convocados por el Equipo de Trastornos de la Alimentación del Hospital Carlos G. Durand, se reúnen en dicha Institución los representantes de las siguientes entidades:

- 1.- Hospital Carlos G. Durand (Municipal) - Equipo de Trastornos de la Alimentación.
- 2.- Hospital Ramos Mejía (Municipal) - Equipo de Trastornos de la Alimentación.
- 3.- Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (Municipal) - Servicio de Adolescencia.
- 4.- Centro de Salud Mental N° 3 (Municipal) - Equipo de Bulimia y Anorexia.
- 5.- Hospital de Clínicas (Facultad de Medicina. U.B.A.)



Programa de Adolescencia: Equipo de Trastornos de la conducta alimentaria.

Programa de Trastornos de la alimentación: Servicios de Nutrición y Psicopatología (Adultos)

6.- Hospital Pirovano (Municipal) - Equipo de Trastornos de la Alimentación.

7.- Hospital Piñero (Municipal) - Equipo de Bulimia y Anorexia.

8.- Hospital Zubizarreta (Municipal) - Equipo de Adolescencia.

Durante el desarrollo de la reunión el Equipo del Hospital Durand con la anuencia de los Equipos presentes deciden la creación de una Red Interhospitalaria de Trastornos de la Alimentación, cuya Secretaría Central tendrá como sede el Hospital Carlos G. Durand. Los objetivos de dicha Red coincidirán con la creación de las áreas respectivas y serán los siguientes:

1.- AREA DE PREVENCION: Se desarrollarán tareas de prevención primaria y secundaria dirigidas a la población en general, profesionales del área de salud y comunidad educativa

2.- AREA DE ASISTENCIA: Se centralizará la información sobre las características organizativas de cada equipo y se constituirá una consultoría que tendrá como función la orientación y/o derivación de los pacientes con trastornos alimentarios que así lo soliciten. Tal derivación se realizará a los centros especializados integrantes de la Red, de acuerdo a las necesidades de cada caso particular y a la estructura del equipo tratante al cual se deriva

3.- AREA DE RECURSOS: Se intentarán mejorar los recursos actuales y se planificará la creación de nuevas estructuras con el objeto de optimizar la atención de pacientes con trastornos alimentarios.

4.- AREA DE RELACIONES PÚBLICAS: Será su objetivo la programación de las actividades con los medios de comunicación de acuerdo a las normas éticas discutidas en la Red y se afianzará el intercambio con instituciones afines del interior y exterior del país y sus representantes.

5.- AREA CIENTIFICA: Se definirán líneas de investigación, archivo de datos bibliográficos, publicaciones, ateneos, etc.

6.- AREA LEGAL: Las acciones irán dirigidas a la protección legal de los pacientes y de los profesionales pertenecientes a la Red.

Representantes elegidos por los integrantes de la Red constituirán un Comité Ejecutivo que continuará con las acciones necesarias para la creación de un Centro Municipal y/o Nacional de Trastornos de la Alimentación, ad referendum de la aceptación de la Red por parte de las Autoridades correspondientes.

Por último se deja expresamente aclarado que las instituciones privadas se integrarán en la Red en el área científico-técnica.

Hospital Italiano (Privado)- Departamentode Asistencia Pediátrica.

Hospital Alemán (Privado) - Equipo de Trastornos de Conducta Alimentaria. Servicio Nutrición.

Habiendo sido discutidos por los asistentes los puntos arriba desarrollados y siendo las trece horas se procede a dar por finalizada la misma, firmando los presentes este Acta Fundacional, en Buenos Aires, a los diecinueve días del mes de Setiembre de mil novecientos noventa y cuatro.

## **Fundamentos teóricos para la fundación de la Red**

Hoy no basta sólo la tarea asistencial, sino que también el buen resultado de un tratamiento depende de la organización institucional, del seguimiento del paciente, de la ordenación estadística, de la docencia e investigación. Razón por la cual la reunión de servicios organizándose como una red establecerá vínculos de interrelación para que el sistema sea funcional y optimizará la asistencia profesional en su fin último, la recuperación de la salud aprovechando al máximo los recursos. Son muchos los elementos de riesgo que concurren en estas patologías como ser las descompensaciones clínicas, psiquiátricas, Sida, droga, intervención de la justicia, por lo cual el sistema se deberá organizar en servicios de complejidad creciente.

Esta organización formal se desenvuelve dentro de determinados límites legales, los cuales definen quien es miembro de la organización con una estructuración de sus partes constitutivas. Las relaciones formalizadas existen para satisfacer las necesidades sociales de estabilidad e identificación. Por eso es que la formalización se hizo por documentos escritos. Esta Red es, en sí misma, una tecnología en la medida que representa la aplicación de conceptos y reglas que encauzan la energía hacia el incremento de la especialización.

### **Desarrollo de las acciones**

En la primera etapa de la organización con el trabajo continuado de los representantes institucionales se consideraron los siguientes puntos:

#### **a) Condiciones para ingresar a la Red: Podrán ingresar los centros públicos que cumplan las siguientes condiciones**

- Atención de un número significativo de pacientes
- Mínimo de cuatro años de trabajo continuo en la atención de pacientes con Trastornos de la Alimentación
- Centros que realicen un abordaje interdisciplinario
- Centros que realicen tareas de investigación
- Centros con capacidad de difusión de resultados en ámbitos académicos
- Centros reconocidos por la comunidad científica

Para el interior del país (instituciones provinciales, municipales, nacionales o indicar jurisdicción) que adhieran a la red pero no participen de la toma de decisiones manteniéndose el contacto por un interés técnico-científico

Profesionales que reuniendo las condiciones de título y que aún no integrando un equipo interdisciplinario (por ejemplo por razones geográficas de distancia) se incluyen para asesoramiento

**b) Certificación: Reconocimiento por las autoridades de cada institución del trabajo de un equipo interdisciplinario sobre Trastornos de la Alimentación. Esta certificación incluye los títulos habilitantes de cada integrante del equipo.**

**c) Recertificación: Reevaluación de la especialidad organizada por las sociedades científicas correspondientes, lo que reorganizará a los profesionales en categorías. Esto conllevará en el futuro a la reordenación de los distintos equipos. Las especialidades que incluyen son: Médicos clínicos, Médicos nutricionistas, Médicos psiquiatras, Médicos pediatras, Hebiatras, Médicos ginecólogos, Médicos endocrinólogos, Licenciados en Psicología, Licenciados en Nutrición, Licenciados en Psicomotricidad, Odontólogos, Bioquímicos, Farmacéuticos, Musicoterapeutas, Asistentes Sociales.**

**d) Acreditación: Reuniendo las condiciones exigidas en puntos b) y c) se podrá solicitar a las autoridades competentes la acreditación de cada servicio y posteriormente de la Red. Esto tenderá a la racionalización programada de una oferta de servicios, elección que se basará en la calidad e idoneidad de las prestaciones.**

**e) Se confeccionó una carpeta con los datos del relevamiento efectuado.**

La segunda etapa abarcó la diferenciación de los servicios en ambulatorios o con internación, los de mayor o menor complejidad, los que sólo se dedicaban a investigación, los centros que se podían utilizar para la derivación, la detección de las obras sociales que podían hacerse cargo de los tratamientos. Al mismo tiempo se crearon las comisiones con tareas específicas para llevar adelante.

En la tercera etapa estamos dando a conocer lo trabajado en dos años, es decir, dar a conocer la Red en este acto, y el 22 de Noviembre, en las Primeras Jornadas Interhospitalarias de la Red, que se llevarán a cabo con la presencia de autoridades municipales y directores de hospitales.

### **Objetivos**

El impacto social de las patologías alimentarias y el incremento incesante en la demanda, influyeron en la constitución de la Red. Necesitábamos poder llegar a acuerdos básicos sobre prevención, diagnóstico y tratamiento manteniendo y respetando las especificidades teóricas de cada grupo. Sabemos que el trabajo en equipo obtiene como beneficios un aumento en la eficacia y en la eficiencia de los servicios, una disminución de los costos y una optimización de los resultados. En la revalorización de la relación profesional-paciente reconocemos en el comienzo la relación con la institución que muestra su imagen transmitida a la sociedad y será coherente con los objetivos prefijados. La

formación de esta identidad de conjunto se debió a la conjunción de atributos considerados representativos de la Red. Este diseño se hace visible a los observadores externos por sus tres objetivos básicos: reconocimiento, aceptación y credibilidad. De una imagen dispersa se logró constituir un grupo con una imagen cohesionada en la cual se han diseñado programas con el fin de alcanzar objetivos concretos. La integración ha llevado su tiempo, el proceso tiene que cumplir paulatinamente sus etapas. Podríamos decir que la Red es una programación horizontal, con intensa relación interpersonal, con un compromiso importante con el paciente y con una relación directa con las autoridades inmediatas intra muros.

**Propuestas:**

- Solicitar la acreditación de los distintos equipos.
  - Solicitar la acreditación de la Red.
  - Creación del área administrativa en Trastornos de la Alimentación.
  - Creación de un centro único coordinador de Trastornos de la Alimentación.
  - Promover la relación entre las direcciones de salud, educación, acción social, justicia y la comunidad para aunar criterios de prevención.
- Dra. María Ester Strada

## ***Lineamientos generales para un programa de asistencia y prevención en Trastornos de la Alimentación***

La actual situación de crisis se puede definir como abarcando a todos los estamentos sociales, políticos, económicos y culturales, afectando seriamente la salud de la población. Dentro de este espectro la población adolescente y de adultos jóvenes, en su mayoría del sexo femenino, se muestra especialmente vulnerable debido a que se encuentra en un momento de su evolución en el cual la consolidación de su identidad, de sus ideales y de su futuro requieren de acompañamiento y sostén. Cuando esto no es posible porque la crisis atraviesa profundamente la vida familiar, aparecen respuestas desde lo patológico. En los Trastornos de la Alimentación, la situación de riesgo de vida en la que caen algunas jóvenes, hace indispensable una política de estado aplicable en el área de los servicios de salud. Por esto RIHTA se configuró desde 1991, con la propuesta de ofrecer a esta población adolescente femenina un dispositivo amplio que abarque todos los niveles de complejidad.

La historia de esta Red se presenta en el documento adjunto, con fecha 19/9/1994, (1) que da cuenta de los avatares transitados y también de la permanencia a través de once años de una organización clínico-institucional que ha dado marcadas muestras de eficacia. Actualmente la DSM desde el mes de abril de 2002 participa activamente en las acciones de la Red.

### ***¿Porqué una política de Red?***

Desde la DSM se postula la estrategia de Red como una modalidad de gestión que intenta abordar en una estructura organizada e integral la problemática en cuestión.

Asimismo se propone desarrollar, consolidar y optimizar el funcionamiento de la misma articulando las diferentes actividades asistenciales, preventivas, docencia e investigación que realizan los diferentes efectores que la conforman.

Facilita además la comunicación, la derivación y la utilización adecuada de los diferentes niveles de atención.

La configuración de esta Red, integrada por once equipos interdisciplinarios se observa en el gráfico que se adjunta (2)

### **Objetivos Generales**

- ✓ Desarrollar y consolidar el trabajo de los diferentes efectores de la Red, manteniendo el criterio de trabajo interdisciplinario.
- ✓ Optimizar el funcionamiento en red a través de acciones de recorrido permanente de los servicios que la conforman detectando las dificultades y los obstáculos para realizar la tarea
- ✓ Mantener un relevamiento permanente de datos epidemiológicos y estadísticos, lo que permitirá ir configurando un perfil de la demanda.
- ✓ Facilitar la comunicación del equipo de Trastornos de la Alimentación con otras Redes de la DSM.
- ✓ Promover la relación entre las Direcciones de Salud, Educación, y Justicia con el objetivo de aunar criterios de prevención y asistencia.

Promover Programas de Investigación Científica

### **Objetivos específicos**

- ✓ Implementación de acciones que garanticen el funcionamiento de cada equipo intrahospitalario. El recurso humano integrante de cada Equipo deberá reunir las condiciones de certificación, recertificación necesarios para la acreditación del grupo de trabajo.
- ✓ Normatizar el funcionamiento de la Red de acuerdo a los criterios generales de la política en Salud Mental y de las disposiciones de la Ley de Salud Mental (448)
- ✓ Mantener el dispositivo de “ateneos clínicos” iniciado en el año 2000 con el objetivo de promover la capacitación en servicio y la investigación.
- ✓ En caso de urgencia se podrá recurrir a la interconsulta interhospitalaria.
- ✓ Participar en las actividades científicas nacionales e internacionales en representación de RIHTA.
- ✓ Organización de Jornadas anuales de intercambio científico.
- ✓ Realizar un relevamiento epidemiológico y un registro estadístico específico de la patología para obtener un perfil de la demanda en el sector público.
- ✓ Jerarquizar el tratamiento interdisciplinario especializado

## ***Cronograma 2002***

- Las reuniones de la Red se realizan el primer jueves del mes en DSM.
- Realización de ateneos clínicos cada dos meses.
- Organización de la Primera Jornada de Trastorno Alimentario con fecha de 23/8/2002. Se adjunta programa (3)
  - Publicación de las presentaciones de dicha Jornada
  - Continuar con la redacción definitiva de la normatización y del programa de Trastorno Alimentario
    - Continuar con la creación de un Registro Estadístico específico de esta patología, el relevamiento epidemiológico, y la evaluación permanente de la capacidad instalada y el recurso humano.

## ***Metas y Objetivos logrados en el 2002***

- ✓ Se sostuvo la frecuencia mensual de las reuniones de la Red, con la presencia de los representantes de todos los equipos.
- ✓ Ingresaron a la Red los siguientes Equipos: Hospital Alvear, Hospital P.Elizalde (Servicio de Nutrición), Hospital C.Argerich (Servicio de Adolescencia clínica)
  - ✓ Gestiones realizadas por la Lic. Patricia Meyrialle:
  - ✓ En los hospitales C.Argerich, B.Rivadavia y B.Udaondo.
  - ✓ Presentación de la Red en la Defensoría del Pueblo y la Secretaría de Gobierno.
  - ✓ Se realizaron las Primeras Jornadas de la Red
  - ✓ Los equipos realizaron tareas de divulgación en Radio FM Patricio
  - ✓ Se inició el relevamiento epidemiológico
  - ✓ El Centro Ameghino y el Hospital Pirovano dictaron cursos de la especialidad.
  - ✓ Se continuaron los Ateneos Clínicos. Se discutieron pacientes graves y la dificultad en la internación.
  - ✓ Se confeccionó una historia de admisión única, a partir de modelos usados en los equipos, para aunar criterios diagnósticos que faciliten las derivaciones y consultas entre equipos.



### ***Cronograma 2003***

- ✓ Consolidación de la Historia única de Admisión
- ✓ Continuar con los Ateneos Clínicos
- ✓ Continuar con el relevamiento epidemiológico
- ✓ Determinar otras funciones dentro de la Red: secretaría, comisión de organización de Jornadas, comisión sobre prevención, etc.
- ✓ Finalización del Programa para su presentación en DSM
- ✓ Presentación del Programa en organismos nacionales e internacionales
- ✓ Organización de Las Segundas Jornadas de la Red
- ✓ Incentivar las conexiones de la Red con Educación, Salud y sus redes, APS, Prensa y Difusión, Capacitación, SAME, en un sistema de referencia y contrarreferencia.
- ✓ Programa de Capacitación para Residentes y Concurrentes
- ✓ Relevamiento de los Hospitales de Día existentes.
- ✓ Solicitar camas de internación, centralizando la atención
- ✓ Apertura interjurisdiccional nacional (Hospital Posadas y Hospital de Clínicas) e internacional.

Buenos Aires, Febrero 2003

Programa  
de  
Asistencia  
en  
Red de la Violencia

### (3) PROGRAMA DE ASISTENCIA EN RED DE LA VIOLENCIA Red Metropolitana de Servicios en Violencia

#### PRESENTACION Y FUNDAMENTOS

La temática de la violencia hoy, ocupa, sin lugar a dudas un lugar relevante entre las preocupaciones de la comunidad mundial.

Los países y estados tomando en cuenta esta realidad comenzaron a evaluar la trascendencia de este fenómeno en lo que respecta al bienestar de todos sus habitantes.

Así es que la OMS, en Ginebra, el 12 de mayo de 1997 en el marco de la 51 Asamblea Anual de Salud Mundial, suscribió un plan de acción internacional para tratar a la violencia como un problema de Salud Pública.

Aún parecen oírse los ecos de la proclama en la reunión del Alma Ata de “Salud para todos en el año 2000”.

En los umbrales del siglo XXI todavía sigue siendo una asignatura pendiente esta propuesta. Latinoamérica, y en nuestro caso Argentina, observa cómo la violencia cobra vidas de niños, jóvenes y mujeres sin crecer en forma organizada los antidotos capaces de revertir esta situación.

Si bien la violencia siempre fue un problema importante para los distintos Estados de América, los cambios económicos políticos y sociales de las últimas décadas han contribuido a su aumento. En América Latina la violencia tiene actualmente carácter endémico.

La situación ha adquirido tal gravedad, que la tasa de mortalidad por causas asociadas a la violencia, ha comenzado a afectar claramente la tasa de mortalidad general, de acuerdo a los datos aportados por la Organización Panamericana de la Salud.

El derecho a la vida y a su calidad se pone en juego a la hora de asignarle el valor adecuado que merece la violencia en general y aquella que se desarrolla dentro del ámbito familiar.

Al decir de Saúl Franco “Si se considera la salud como un derecho social y al Estado como primer responsable para garantizarlo, el campo de la salud puede ser considerado también como un espacio de ciudadanía”.

Esta es una oportunidad apropiada para jerarquizar en el ámbito de la ciudad las acciones que permitan consolidar los esfuerzos que se vienen jalonando desde 1986 a la fecha en materia de violencia familiar por parte de la Dirección de Salud Mental.

Afrontar las patologías psicosociales es el gran desafío de los tiempos que corren y una responsabilidad insoslayable entre otros de la Secretaría de Salud.

#### INTRODUCCION AL MARCO CONCEPTUAL

Las manifestaciones violentas que como ciudadanos sentimos, padecemos y protagonizamos, son un atentado a la salud y al bienestar que ella supone. Vulnera derechos humanos fundamentales como el derecho a la vida y a la integridad psicofísica.

Si bien los homicidios son la consecuencia más seria y evidente de la violencia, no es su única expresión, ya que sin producir la muerte, la violencia puede generar lesiones de distinta magnitud, provocando daños físicos y psíquicos en la víctima. Las secuelas psíquicas se presentan en aquellos que la padecen en forma directa o en personas testigos de la misma.

En el caso de los niños, estas secuelas afectan el desarrollo emocional, pudiendo alterar profundamente sus relaciones futuras.

La violencia en sus diferentes manifestaciones es un creciente problema de Salud Pública, así lo demuestran los aumentos de las tasas de mortalidad, morbilidad y discapacidad. La violencia se puede clasificar de formas variadas: por ejemplo según el ámbito donde se desarrolla (social, institucional o familiar), según la persona que la padece (niño, mujer, ancianos), de acuerdo

con la motivación (robo, política), según el perpetrador (grupos juveniles, agentes del Estado, hombres), según el arma utilizada, etc.

En el presente programa utilizaremos las categorías más generales y pondremos el acento en algunos tipos más frecuentes de violencia, que por el contexto en el que se desarrollan y las personas afectadas, tienen un efecto generador y multiplicador de otras formas del mismo problema.

Creemos oportuno poner el énfasis en la violencia familiar, ya que seguramente atendiendo a este fenómeno en forma prioritaria, contribuiremos en alguna medida a paliar el resto.

Entendemos por Violencia Familiar a todas “las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de una familia”. Considerando como relaciones de abuso, toda conducta que, por acción u omisión ocasiona daño físico y/o psicológico a otros miembros de la familia, debiendo ser la misma crónica, permanente o periódica.

La Violencia Familiar se produce entre los miembros que componen el núcleo familiar sin importar la condición social, el vínculo que los une o la edad de los componentes del mismo.

Las principales categorías que se observan en el espectro de la Violencia Familiar son:

#### MALTRATO INFANTIL

- Abuso físico
- Abuso sexual
- Abuso emocional
- Abandono físico
- Abandono emocional
- Niños testigos y víctimas de violencia

#### VIOLENCIA CONYUGAL

#### MALTRATO HACIA LA MUJER

- Abuso físico
- Abuso emocional

#### VIOLENCIA RECÍPROCA O CRUZADA

#### MALTRATO A ANCIANOS Y A DISCAPACITADOS

- Abuso físico
- Abuso psicológico
- Abuso sexual
- Abandono físico
- Abandono emocional
- Abandono económico

## LA REALIDAD EN LATINOAMERICA

Es interesante acercarse a esta realidad que no sólo afecta a nuestro territorio Nacional, sino que compromete también y de forma diversa al resto de los países Latinoamericanos.

Algunos documentos de la OPS/1993 presentan resultados de estudios que ponen de relieve la violencia ejercida sobre mujeres y niños.

En realidad Costa Rica, una de cada dos mujeres que vivía en pareja informó haber recibido agresión física de su compañero.

En Nicaragua, dos de cada tres delitos notificados a la policía en 1990 fueron violaciones.

En Chile, una investigación realizada en 1992 reveló que una de cada cuatro mujeres entrevistadas había sido objeto de violencia física, y una de cada tres de agresión psicológica.

En una reunión regional sobre maltrato infantil OPS/UNICEF 1992, se presentaron cifras que nos conectan con el horror: en América Latina 6 millones de menores son objeto de maltrato severo y 80 mil mueren cada año por lesiones que les ocasionan sus padres o familiares.

La práctica del maltrato es común en todas partes. En México 1990/1 se atendieron alrededor de 132 casos diarios.

En República Dominicana, 1993, se encontró que casi en la mitad de los hogares de la muestra se perpetraron agresiones físicas a niños y niñas, la mayoría de las veces por los padres.

Es preocupante que aún nuestro país no cuente con datos epidemiológicos de esta realidad social y solo se obtengan cifras parciales de muestras sesgadas por provenientes de algunos efectores asistenciales.

Préstese atención a la trascendencia de la Ciudad de Buenos Aires y alrededores tiene en tanto concentra casi el 40% de la población de la República Argentina.

### REALIDAD NACIONAL

#### ANTECEDENTES EN ASISTENCIA Y PREVENCIÓN

La doctora Diana Goldberg en 1982 presenta el primer programa de atención integral del niño y adolescente maltratado, como consecuencia del mismo se crea el Centro Piloto para la atención del niño maltratado que se instala en 1988 en el Hospital Pedro de Elizalde, funcionando como Unidad de Violencia Familiar.

Poco tiempo después la Dra. Ana Giller forma un Equipo de Violencia Familiar en el Hospital Piñero, que luego trasladó al de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear, para brindar asistencia a la mujer maltratada.

La dirección de Salud Mental (DMS), desde 1991 y al contemplar la alta incidencia de la Violencia Familiar organizó y coordinó el funcionamiento de la Red de Asistencia de Violencia Familiar. Para tal fin recabó información de los centros especializados en Salud Mental y de aquellos servicios de Psicopatología y Salud Mental de los Hospitales de la comuna en los que se estuviera brindando algún tipo de respuesta al problema de la Violencia Familiar.

Se estableció de ese modo un espacio de encuentro mensual con los efectores que lógicamente poseían diferentes niveles de complejidad a los efectos de aunar criterios de abordaje,

intercambios y experiencias. Como resultado de la tarea surge el primer boletín informativo que tendría como eje central esa temática. Posteriormente se realizaron las primeras Jornadas de la Red de Salud Mental sobre Violencia y Maltrato Infantil.

En Enero de 1995 se sanciona la Ley 24417 de protección contra la Violencia Familiar y esta nueva legislación obligó a establecer contactos con el Poder Judicial a los efectos de esclarecer criterios que resultaren operativos a la hora de implementar la nueva normativa.

Así surgió la primera Jornada de Intercambio entre los Magistrados y Profesionales de la red de V.F de la MCBA (Mayo de 1995).

Posteriormente se tomó contacto con el Consejo de la Mujer, el Consejo del Menor y la Familia y profesionales de la Secretaría de Educación para afianzar criterios de colaboración e intercambio.

Más tarde, y como resultado de la no renovación de los contratos de abogados destinados a Programas Especiales, los equipos y comités de Violencia Familiar que poseían estos profesionales quedaron sin la apoyatura legal tan esencial en el manejo de esta patología.

Esta circunstancia, como la compleja situación en la que se encontraban los profesionales que revestían en calidad de concurrentes Ad-honorem a la hora de informar a la justicia desde los mismos efectores públicos de salud, conllevó a la disminución de la capacidad prestaciones en esta temática.

Del mismo modo, diversos servicios de Psicopatología y Salud Mental desestimaron responder a la demanda en violencia familiar por diferentes razones.

El hecho que profesionales noveles se ven atraídos por las patologías psicosociales más allá de su inserción institucional, su escasa formación, lo poco gratificante que resulta la tarea con familias violentas, el rigor metodológico, el compromiso y responsabilidad profesional y las implicancias legales, son factores que a nuestro juicio fundamentan la puesta en marcha de este proyecto.

## SITUACIÓN ACTUAL DE LA ASISTENCIA

### Estado de los efectores, dependencias, personal y situación

En los dos últimos años hemos ido recogiendo información sobre los efectores hospitalarios dependientes de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Cabe señalar que además de la Unidad de Violencia Familiar del Hospital Elizalde y el Equipo de Asistencia de la Violencia Familiar del Hospital Alvear, se han incorporado como Grupos de Trabajo en la temática, los pertenecientes al Hospital Durand y Penna. El Equipo del Hospital Argerich está tramitando su reconocimiento al igual que el del Hospital Alvarez.

Se agregan a esta lista otros grupos pertenecientes a Hospitales Monovalentes o Especializados, que se hacen cargo del trabajo en la temática con la demanda interna. Se destacan los del Hospital Tobar García, Moyano, Instituto de Rehabilitación Psicofísica y el Comité del Hospital Ricardo Gutierrez.

Realizan información, asesoramiento, orientación y derivación, los referentes de los Hospitales Borda, Santojani, Sardá, Pirovano, Tornú y Muñiz.

Si bien la interdisciplina resulta fundamental para el adecuado abordaje de la temática, es preocupante que en el 40% de las instituciones, la asistencia la realizan profesionales que trabajan individualmente.

Con relación a la dependencia de los equipos:

el 50% depende del Servicio de Psicopatología y Salud Mental  
el 12,5% depende de la Dirección del Hospital  
el 12,5% depende de Promoción y Protección de la Salud  
el 12,5% depende de Consultorios Externos  
el 6,25% depende del Área Programática  
el 6,25% está constituido como Unidad de Violencia Familiar.

La Violencia Familiar, por sus implicancias psicológicas, sociales, políticas, jurídicas y económicas, es considerada internacionalmente como un Problema de Salud Pública al que se destinan cada vez mayores recursos humanos y materiales.

Su abordaje necesariamente debe ser efectuado por profesionales capacitados, reconocidos y protegidos por las instituciones a las que pertenecen. De los profesionales que conforman los equipos de Violencia Familiar encuestados, el 75% no está rentado. De tal forma, esta realidad no coincide con lo apuntado precedentemente.

Como consecuencia de la ausencia de abogados en relación contractual con el Gobierno de la Ciudad, sólo el 21% realizan asesoramiento jurídico y con profesionales becados o adhonorem.

La asistencia resulta claramente una prioridad viéndose postergada la prevención y la investigación.

Podemos observar que sólo el 28% de los equipos realiza un informe socio-ambiental, probablemente porque el mismo requiere de una entrevista domiciliaria. Viendo que un significativo número de pacientes asistidos en Capital reside en el Conurbano Bonaerense, los profesionales capacitados se encuentran impedidos de efectivizar dichas entrevistas, debido a las reglamentaciones vigentes y a la falta de fondos destinados a los viáticos. Vale recordar que el diagnóstico social no necesariamente debe contemplar la entrevista domiciliaria.

Al mismo tiempo se comprobó que solo el 57% de los equipos realizan psicodiagnósticos respondiendo a los requerimientos de ley 24417. Este cuadro de situación marca la disparidad y limitación de oferta que el sector Salud ofrece a las familias violentas.

Es importante consignar que frente a la dispersión del recurso humano, el 28,5% aceptaría ser integrante de otro equipo. Esta posición debería ser considerada en el caso de disponer una redistribución de personal.

Por todo lo antes mencionado se hace imprescindible desde la Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salud, responder adecuadamente a esta realidad ante el compromiso indelegable que debe asumir con la población en riesgo.

Por tal motivo se impulsa la creación formal del Programa de Asistencia en Red de la problemática de la Violencia.

## CONVENCIONES Y LEGISLACION VIGENTE

Además de los aportes antes mencionados debe atenderse en primer termino a la Convención de los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en noviembre de 1989 y luego en 1994 incorporada en la Reforma de nuestra Constitución Nacional, que dice en el artículo 19:

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces, para el establecimiento de programas sociales con el objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuiden de él, así como para otras formas de prevención y para identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial.

En segundo termino es necesario mencionar la “Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer” Convención de Belén do Pará, adoptada por aclamación en Organización de Estados Americanos el 9 de junio de 1994 en Belén do Pará, Brasil. Los Estados partes se comprometieron en prevenir, sancionar y erradicar la Violencia contra la Mujer. Dichos contenidos fueron convertidos en nuestro país en Ley 24632 promulgada el 1 de abril de 1996.

En tercer termino la Ley 24417 de Protección contra la Violencia Familiar promulgada el 28 de diciembre de 1994 y su reglamentación por Decreto del 7 de Marzo de 1996, contempla el funcionamiento de Centros de Información y asesoramiento sobre violencia física y psíquica integradas por personal idóneo y por profesionales con formación específica en Violencia familiar.

Entre otros los centros funcionarán en Hospitales dependientes de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires que sean designados al efecto.

Además se menciona al diagnóstico de interacción familiar, según el artículo 3 de la Ley, que el Juez competente dispondrá para su ejecución de los servicios que presten las Instituciones Públicas especializadas entre otros.

Por último no podemos dejar de mencionar la sanción con fuerza de Ley por parte de La Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de la “Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires”.

## MARCO ESTRATEGICO DEL PROGRAMA

Adhiriendo al término SALUD acuñado por la O.M.S. que sostiene “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad”, es que la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad se compromete a promover los servicios de salud y protección social a través de un Programa de Asistencia en Red de la Violencia. Constituye una propuesta factible y viable destinada a realizar acciones que permitan un abordaje integral de la problemática de la violencia con la participación de los efectores de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad.



## RED METROPOLITANA DE SERVICIOS EN VIOLENCIA

De tal forma se constituirá una Red Metropolitana de Servicios en Violencia con una modalidad de gestión que permitirá gradualmente brindar una respuesta adecuada a la demanda creciente de violencia y maltrato.

El funcionamiento en Red de Servicios contempla el desarrollo de sistemas y recursos de salud con la participación activa de las organizaciones comunitarias.

Se presentará como un sistema organizado en diferentes niveles de complejidad en referencia a los aspectos de Prevención y Asistencia.

Las acciones que se contemplan desarrollar implican la necesaria articulación de sectores y subsectores involucrados en el tema.

La Red contará con una modalidad operativa que posibilite y favorezca diferentes formas de intervención –desde el asesoramiento y orientación a la víctima y/o familia, hasta el tratamiento médico y psicoterapéutico integral con el adecuado abordaje comunitario, incluyendo una gama intermedia de prestaciones, que indefectiblemente todas priorizarán la evaluación del riesgo.

Integrarán la Red Metropolitana de Servicios en Violencia los efectores de los Hospitales y Centros de Salud dependientes de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad, otros Sectores dependientes del Gobierno de la Ciudad (Educación, Promoción Social, Cultura, etc.), el Poder Judicial, el Ministerio de Justicia, el Consejo Nacional del Menor y la Familia, las Organizaciones No Gubernamentales que trabajen en el tema y las Organizaciones e Instituciones de la Comunidad.

Todas y cada una se articularán a la Red de acuerdo a sus posibilidades, buscando mediante el esfuerzo mancomunado de los sectores comprometidos, la producción de acciones efectivas en función del bien común.

Los logros obtenidos en algunos países que han implementado programas semejantes, se sustentan en la continuidad a lo largo del tiempo, de los lineamientos y acciones previstas. Por lo tanto no se pretenderá obtener resultados inmediatos ante un problema de semejante complejidad.

El funcionamiento de la Red priorizará la comunicación, eje fundamental en el trabajo con la problemática violenta. Será el antídoto a utilizar para no repetir modelos que a la postre resultarán violentos y potenciarán el conflicto. Esta comunicación deberá ser fluida entre sus integrantes, a los efectos de brindar una asistencia adecuada, contenedora y ágil que conduzca a encarar la solución del problema.

Los efectores de la Red estarán categorizados y jerarquizados de acuerdo con el grado de complejidad instalada.

Las prestaciones se articularán teniendo en cuenta el grado de complejidad y especialización del efector.

La Red establecerá una organización por zonas, en consonancia con las regiones sanitarias de la Ciudad.

Se procurará reordenar y reconvertir los recursos humanos por medio de la capacitación, con la finalidad de aumentar el número de profesionales y la especialización, acorde con las exigencias de esta patología.

Se capacitará a los agentes en forma permanente, a través de cursos, jornadas, seminarios y congresos.

Se promoverá la investigación para obtener datos epidemiológicos, que permitan orientar las políticas y los recursos en el sector salud.

Se elaborarán las normas de procedimiento y metodológicas básicas para sostener prestaciones de calidad.

Se realizarán auditorías y evaluaciones de proceso y resultados con la finalidad de optimizar los recursos destinados a las patologías psicosociales.

#### OBJETIVOS GENERALES

-Proponer y auspiciar programaciones locales propias compartidas y participadas de la comunidad de acuerdo con sus particularidades.

-Incorporar modalidades no tradicionales en Prevención y Asistencia, propiciando la solidaridad y la participación de las diferentes instancias sociales.

-Mejorar la calidad de vida de niños, mujeres, hombres y familias beneficiarias del Programa.

-Reducir la prevalencia e incidencia de la violencia en todas sus formas.

#### OBJETIVOS ESPECIFICOS

-Prevención y promoción de la salud en grupos de riesgo.

-Satisfacer la demanda de las personas afectadas, ofreciendo una respuesta integral (médica, psicológica, psiquiátrica y social) que no sólo incluya a la víctima, sino a toda la familia.

-Se priorizará la interrupción del modelo interaccional violento, proponiendo cambios sustanciales y jerarquizando la palabra como vehículo comunicacional óptimo.

-Se trabajará con la víctima y su familia en la creación de vínculos sociales a los efectos de cortar con el aislamiento, factor de riesgo negativo y de mal pronóstico.

-Utilizar la información con fines estadísticos a los efectos de conocer la realidad de nuestra comunidad.

-Aumentar significativamente en el mediano plazo el recurso humano, capacitándolo en forma adecuada.

## PREVENCION

Tomando como marco referencial el modelo de prevención por niveles, haremos mención en primer término a la primaria.

Con el espíritu de coordinar acciones desde la Secretaría de Salud, el programa de Actividades Alternativas se ha sumado a este proyecto integral con una propuesta de producción “Qué hacemos con la Violencia”, encuentros en busca de estrategias participativas.

Desde los primeros emprendimientos sistemáticos en la capacitación y atención de la compleja problemática de la Violencia, realizados en los Hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, ha evolucionado este fenómeno multicausal y ha obligado a multiplicar esfuerzos desde diferentes enfoques y características.

En los últimos años, distintas organizaciones asistenciales y comunitarias fueron dándose instancias de intercambio y reflexión que favoreciendo la profundización de la temática y su instalación en las agendas institucionales y las políticas sanitarias.

En los últimos nueve años, desde el teatro “Para Armar”, los talleres de comunicaciones acompañaron algunos de estos emprendimientos.

La comunicación es inversamente proporcional a la violencia.

En esta línea de pensamiento, proponemos un espacio de comunicación a partir del cual se proyecten acciones de prevención a corto y mediano plazo, en las que se articulen enfoques y esfuerzos comunitarios para que las iniciativas individuales sean posibles con el apoyo solidario de las organizaciones.

La violencia como preocupación ha alcanzado tal prioridad que es necesaria una toma de posición de acciones mancomunadas.

Así lo han entendido distintas instituciones proponiendo necesarias redes de información y asistencia.

El espacio que queremos construir tiene que ver con iniciativas de prevención. Desde muy diversos horizontes la comunidad invierte esfuerzos, y cada uno de ellos cuenta con instrumentos y posibilidades. Armonizar propuestas diversas de nivel local o específicamente destinados a un segmento de población, enriquecerán y darán mayor esfuerzo a cada iniciativa.

Creemos necesario sumar acciones sencillas y realizables con las que podamos ir construyendo un espacio comunitario confiable, donde las organizaciones puedan encontrar apoyo en sus emprendimientos de prevención.

## PROPOSITO

Promover un movimiento de articulación que integre esfuerzos en la prevención de la Violencia en la Ciudad.

## OBJETIVO GENERAL

Disminuir la incidencia de patologías psicosociales derivadas de la violencia a través de las acciones preventivas.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

Auspiciar y valorizar los esfuerzos que en prevención de la violencia se realizan desde las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

Abrir un espacio donde las organizaciones de la comunidad diseñen acciones articuladas o integradas que tiendan a la prevención de la violencia en la ciudad.

Convocar a los interesados a construir este movimiento a través de talleres de elaboración de propuestas.

Acompañar los emprendimientos que se articulen en las diferentes etapas de elaboración, ejecución y evolución.

Promover la construcción de una red de organismos solidarios para la prevención de la violencia.

## ASISTENCIA INTEGRAL

La asistencia de la Violencia Familiar exige de un entendimiento previo sobre la problemática que compromete a disciplinas varias.

Habrà que analizar aspectos médicos, psicológicos, sociales y legales que nos permitan arribar a un acertado diagnóstico de situación. Sólo así luego se propondrán alternativas de resguardo y terapéuticas capaces de revertir el fenómeno instalado en la familia.

Una adecuada perspectiva asistencial debe contemplar recursos preventivos a efectos de controlar a mediano y largo plazo la demanda, que de no ser así saturaría toda posibilidad real de respuesta.

## PREVENCIÓN EN LAS INSTITUCIONES ASISTENCIALES

Trabajo a desarrollar por los profesionales de la Salud.

Esta tarea se priorizará en las áreas críticas de la asistencia sanitaria (guardia, obstetricia, ginecología, traumatología, pediatría, neonatología, adolescencia) definiendo junto a los miembros de estos equipos, los criterios presuntivos que deben alertar al profesional, en la detección precoz de las diferentes manifestaciones de la violencia.

### ASISTENCIA

Destinada a los servicios de Psicopatología y Salud Mental.

Vista la repercusión de la Violencia Familiar y las características de conductas asumidas por víctimas y victimarios, suelen ser los servicios de Salud Mental los consultados.

Independientemente de la participación de un equipo especializado para el abordaje de la Violencia, los efectores de Salud Mental en los 33 hospitales de la Red Asistencial del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, deberán realizar la admisión de la problemática, evaluar el riesgo producto de la entrevista de admisión y canalizar la demanda a los referentes especializados instalados en los centros asistenciales designados.

Para tal fin se facilitará a los servicios de Psicopatología y Salud Mental la formación del personal que se destine para cubrir la atención y orientación adecuada.

### ASISTENCIA ESPECIALIZADA

A cubrir por los equipos de Violencia.

En los hospitales que se designen, se constituirán los Equipos especializados en Violencia, que tendrán a su cargo el diagnóstico, la evaluación del riesgo y la implementación de la terapéutica integral que merezca cada caso en particular.

Vista la participación imprescindible de la interdisciplina, a la hora del abordaje de la Violencia, se hace imperativo el funcionamiento de un equipo con integrantes provenientes de diferentes servicios.

Pediatría y/o Clínica Médica  
Psicopatología y Salud Mental  
Servicio Social  
Asesoría Letrada

En base a la realidad planteada, y las exigencias que el trabajo impone, el equipo debe conformarse con personal de planta o contratado, que guarde relación de dependencia con el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Dicho plantel profesional incluirá: médico clínico, pediatra, psiquiatra, psicólogos, asistentes sociales y abogado, con la totalidad de la carga horaria afectada en forma exclusiva a la temática.

El equipo recibirá la demanda espontánea y aquella canalizada por los efectores de Salud, Educación y Servicio de Justicia.

Los equipos tendrán la función de admitir, evaluar riesgo, confeccionar diagnóstico de interacción familiar, diagnóstico situacional y ofrecer la terapéutica adecuada para

cada caso. Informará de ser necesario, al Servicio de Justicia por intermedio de la Defensoría de Menores, Juzgados de Familia o Menores, de la situación planteada y las conclusiones a las que arribara con relación al diagnóstico, evaluación de riesgo, pronóstico y tratamiento propuesto.

Los equipos cumplirán su misión a través de una metodología de trabajo consensuado con normativas de procedimiento común que otorgue confiabilidad al producido por los efectores de la Red de Violencia.

Los integrantes de los equipos estarán cubiertos por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires con un seguro, visto la vulnerabilidad de su función, en tanto están obligados por Ley a denunciar la situación de un menor en riesgo de sufrir maltrato o abuso sexual, y son pasibles de ser demandados por aquellos responsables de los niños afectados.

## DOCENCIA

Todo el personal afectado a la Red de Violencia y de acuerdo a la formación alcanzada participará de cursos o seminarios que anualmente organizará la Red, programada y consensuada con la Dirección de Salud Mental y la Dirección de Capacitación de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

En los tiempos que corren la capacitación es esencial para abordar con eficacia todo emprendimiento, más aún cuando el destinatario es un niño, una mujer y sus respectivas familias.

De esta forma se mantendrá actualizada y con un nivel de formación óptimo el plantel destinado a cubrir la demanda por esta patología psicosocial.

Se estimulará el intercambio de experiencias entre los componentes de la Red, así como también con otros referentes de Instituciones Nacionales o Extranjeras con funciones afines. Del mismo modo se promoverá la publicación y la difusión de trabajos referidos al tema, producto de la tarea desarrollada

## INVESTIGACIÓN

Por último todo emprendimiento con objetivos como los propuestos requiere de conocimientos capaces de medir la magnitud del fenómeno en nuestra sociedad, para de esta forma adecuar la oferta a la demanda real y potencial.

En un segundo término se hace imprescindible evaluar el proceso y resultados de la modalidad de trabajo implementada y así realizar las modificaciones que se estimen convenientes en función del logro de los objetivos trazados.

## PROYECTOS PRIORITARIOS

Proyecto de creación de Equipos Especializados en Violencia, en los Hospitales del Gobierno de la Ciudad y Centros de Salud, formando parte de la reformulación de la Red Metropolitana de Servicios en Violencia.

Proyecto de actividades de Prevención en Establecimientos Educativos (educación primaria y secundaria): destinado a alumnos, padres y docentes, para desarrollar conjuntamente con las Areas Programáticas y los Equipos de Prevención.

Curso de Capacitación en Prevención y Asistencia de la Violencia, destinado a la formación del recurso humano interdisciplinario de los Hospitales de la comuna, siendo la puerta de entrada a la conformación de nuevos Equipos especializados en la temática.

Conformación de una Comisión representativa de la Red, para gestionar oficialmente ante las Comisiones de las Cámaras de Senadores y Diputados del Honorable Congreso de la Nación que estudian los proyectos de reforma de la Ley 24417, a los efectos de incorporar en su articulado la imposibilidad de demandar civil o penalmente a quien asume la responsabilidad de la asistencia de los casos de violencia familiar.

## RECURSOS HUMANOS

Los recursos humanos necesarios, serán provistos por la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

-El plantel del Programa será de los integrantes actuales de la Red Metropolitana de Servicios en Violencia y los que se incorporarán progresivamente mediante la capacitación.

-Relación Jurídico-Laboral: Planta permanente.

-Financiamiento: Por recursos de contrapartida a cargo del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

-Gasto en Recurso Humano: Recursos de contrapartida ya presupuestado. Financiado por cada efector.

-El Recurso Humano de mínima para conformar un Equipo especializado en Violencia en un Hospital, será de 7(siete) profesionales: 1 clínico y/o pediatra, 1 psiquiatra, 3 psicólogos, 1 asistente social y 1 abogado. De ser posible se sumarán otros profesionales para responder a la creciente demanda.

## CRONOGRAMA

El cronograma permitirá el cumplimiento de los objetivos fijados, por etapas visto la imposibilidad de su realización completa en forma inmediata. Del mismo modo y como fuera explicitado, será una tarea sostenida y a largo plazo, para obtener resultados satisfactorios.

Establecidas las responsabilidades de conducción, ejecución e incumbencias, se procederá a exponer las fases a alcanzar.

### PRIMERA ETAPA: (6 A 12 MESES)

- Reuniones de la Coordinación con los integrantes del Programa para exponer y analizar a fondo el contenido del mismo.
- Consensuar la implementación de una ficha clínico epidemiológica única.
- Fortalecimiento de los Equipos de Asistencia especializada existentes.
- Organización y puesta a punto de las actividades de Prevención.
- Discusión y búsqueda de consenso para establecer una normativa y procedimiento en el abordaje asistencial de la temática.
- Iniciación de Cursos y Seminarios de Capacitación intra y extra Red.
- Creación de por lo menos un nuevo Equipo de Asistencia.

### SEGUNDA ETAPA: (12 A 36 MESES)

- Afianzar el fortalecimiento de los Equipos especializados existentes.
- Creación de nuevos Equipos especializados en los Hospitales de la Ciudad, por medio de la reconversión del recurso humano calificado.
- Consolidación del trabajo con la participación comunitaria e intersectorial a los efectos promover el óptimo aprovechamiento de los recursos existentes.

### TERCERA ETAPA: (36 MESES Y MAS)

- Funcionamiento operativo de la Red Metropolitana de Servicios en Violencia.
- Análisis de la producción y sus resultados.
- Fijar nuevas metas en base al estudio precedente.



**Programa  
Salud Mental**

**Desastres  
y  
Desarrollo**

## **(4) PROGRAMA SALUD MENTAL DESASTRES y DESARROLLO**

### **Introducción**

La prevención y mitigación de desastres ha sido declaradas cuestiones de interés a nivel internacional recién en la última década del siglo pasado.

Los desastres pueden ser definidos como incidentes generalmente asociados con eventos naturales de gran magnitud que generan importantes pérdidas y consecuencias, que exceden para su rehabilitación, las opciones y posibilidades de las áreas afectadas. Esta definición implica un primer nivel de planificación que permita estar preparados para dar respuesta integral adecuada y eficiente que supere ese exceso provocado.

Considerar la mitigación del riesgo nos lleva a evolucionar en la planificación desde la visión humanitaria, como única responsabilidad frente a los desastres, que tiene como misión salvar vidas y atender a los sobrevivientes, hacia una visión de los riesgos sociales e institucionales teniendo en cuenta que éstos son consecuencia de las vulnerabilidades generadas por el hombre frente a fenómenos naturales y socionaturales, como así también de los distintos modelos de desarrollo social.

La vulnerabilidad a los desastres es una condición producto de las acciones humanas. Indica el grado en que una sociedad está expuesta o protegida del impacto de todo tipo de amenazas. Si bien el mundo estuvo siempre expuesto a amenazas, sus efectos se están volviendo cada vez más severos. Esta tendencia mundial está directamente vinculada a otros fenómenos, como la creciente pobreza, el mayor crecimiento demográfico, el deterioro ambiental, el cambio climático y la caída de la función imaginaria y simbólica de las instituciones y las modalidades de lazo social. Puesto que la vulnerabilidad es el resultado de acciones humanas y a la vez propias del ser humano, es que es posible implementar modificaciones para reducirla y es por eso que la reducción de riesgos pasa a ser un tema de la salud Mental.

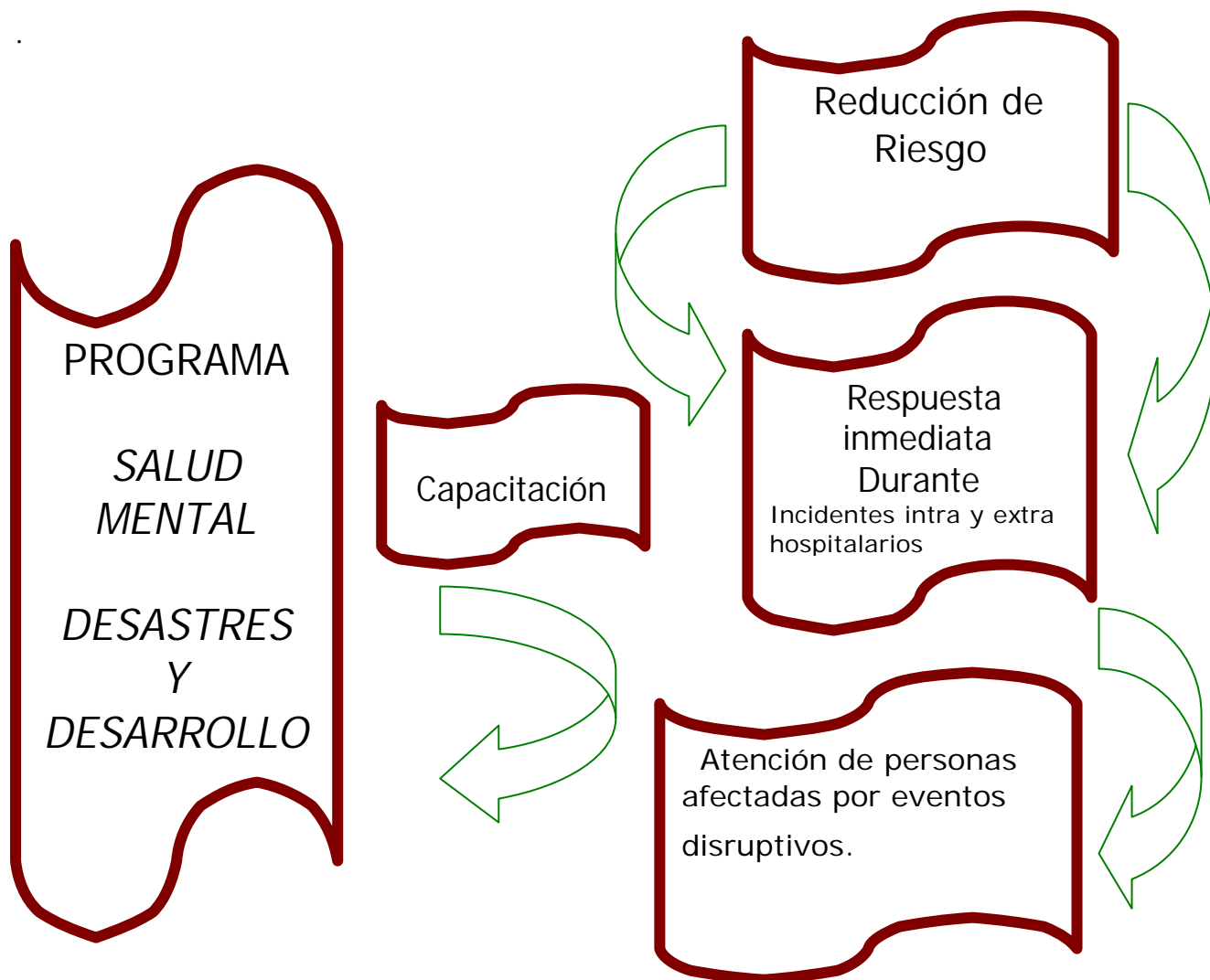
En la Argentina como consecuencia de atravesar situaciones trágicas que instalaron traumas tanto sociales como individuales, los desastres y catástrofes colectivas ocuparon la atención de los especialistas en salud, y por las consecuencias tan impactantes, y masivas sobre la salud mental de los afectados e intervinientes, también de los profesionales de la salud mental en la preparación de la respuesta a estas situaciones

La intensidad característica de estos acontecimientos, el dolor que invariablemente provocan y la impotencia que generan en los damnificados, producen conmoción del equilibrio psíquico que ocasiona descompensaciones de diferentes magnitudes en la personalidad de los sujetos.

Estas situaciones son vividas traumáticamente por cuanto pueden producir el colapso de la relación entre lo psíquico, físico, social, temporal y espacial, provocando aquello que denominamos vivencia de derrumbe.

Las víctimas de desastres son, en su gran mayoría, personas que en el momento del hecho se las supone estables psicológicamente, pasando a estar sometidas disruptivamente a experiencias estresantes debiendo enfrentar pérdidas que van mucho más allá de las vivencias cotidianas. Muchos de esos sujetos pueden no desarrollar problemas emocionales o presentar tan sólo síntomas leves o transitorios. Sin embargo, si no reciben una atención restitutiva adecuada e inmediata, la proporción de damnificados con trastornos psíquicos puede aumentar significativamente. Los perfiles sintomatológicos de las víctimas afectadas emocionalmente pueden resultar muy semejantes aunque los desastres tengan magnitudes diferentes.

Todos los estudios realizados coinciden en destacar el excesivo padecimiento psíquico de las víctimas de desastres. Esto lleva a considerar en el Plan de Salud Mental el PROGRAMA SALUD MENTAL DESASTRES Y DESARROLLO con el propósito de desarrollar los medios necesarios para optimizar la respuesta e intervenir en los procesos de reducción de riesgos y de fortalecimiento institucional, pasos necesarios para reducir el impacto en la comunidad, y posibilitar el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de nuestra ciudad



## **Objetivos Generales**

Crear los medios y procedimientos necesarios para mitigar el riesgo y consecuentemente el impacto psíquico que puede sufrir la población al atravesar situaciones disruptivas.

Dar respuesta inmediata, adecuada y eficiente en el área de Salud Mental, a las necesidades asistenciales de la población afectada y de los profesionales intervinientes en desastres, catástrofes, o situaciones de emergencias sociales.

Crear dispositivos de atención en Salud Mental a las víctimas y damnificados de situaciones disruptivas

Capacitar a los sectores intervinientes y actores sociales en concordancia a los objetivos propuestos

## **Objetivos Específicos**

Instalar tanto en la sociedad en general, como en los sectores intervinientes, la necesidad que la salud mental sea considerada como parte de la problemática de los desastres.

Crear los medios y procedimientos necesarios para mitigar el riesgo y consecuentemente el impacto psíquico que puede sufrir la población al atravesar situaciones disruptivas.

Crear los medios y procedimientos necesarios para mitigar el riesgo y consecuentemente fortalecer las instituciones.

Creación de dispositivos y una estructura en red con profesionales de salud mental capacitados para dar respuesta inmediata a la atención de la salud mental de los damnificados en sentido amplio, es decir a las víctimas directas e indirectas del desastre en incidentes intra y extra hospitalarios.

Capacitar y promover el desarrollo de la capacidad de la sociedad y de sus actores sociales para modificar las condiciones de riesgo actuando prioritariamente sobre las causas que lo producen.

Todas las propuestas y actividades de este programa se articularán con las instancias de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

## AREA DE CAPACITACIÓN

### Introducción:

Al plantearse como objetivos del programa: 1) dar respuesta adecuada y eficiente en el área de Salud Mental, a las necesidades asistenciales, 2) generar tareas preventivas y de reducción de riesgos y 3) posibilitar la rehabilitación de la población afectada por desastres, es imprescindible planificar acciones de capacitación del recurso humano interviniente y de la comunidad. A tal fin se impone un trabajo interdisciplinario intensivo y continuo, planificado y coordinado previo al desastre. Esto significa prevenir y estar preparado adecuadamente

### Objetivo General:

Promover acciones de capacitación e investigación continuos y progresivos en complejidad, para los profesionales de salud mental, agentes de organismos intervinientes y la comunidad enmarcadas en los lineamientos generales propuestos en este programa.

### Objetivos específicos:

- Relevar, centralizar y difundir información sobre el tema
- Proponer, organizar y ejecutar acciones docentes y de investigación.
- Promover y organizar encuentros científicos y de intercambio entre los efectores de salud mental y otras estructuras intervinientes.
- Mantener y establecer conexiones con organismos públicos y privados que participan e investigan el tema
- Promover el interés y/o la participación del recurso humano que se desempeña en el área de salud mental de los efectores municipales.
- Promover una adecuada articulación entre teoría y práctica.
- Facilitar espacios de encuentro que permitan el intercambio y reflexión acerca del tema.

### Sectores:

- Efectores de Salud Mental:  
Psicólogos, Psiquiatras y enfermería especializada que integran las Guardias Profesionales e integrantes de los equipos de los Hospitales y Servicios de Salud Mental
- Efectores de los organismos intervinientes

- Comunidad

### Actividades Generales:

Jornadas

Ateneos bibliográficos  
Supervisiones  
Congresos  
Paneles con invitados especiales  
Espacios de consulta  
Grupos de reflexión  
Talleres  
Cursos  
Seminarios  
Simulacros  
Ejercicios de entrenamiento

### **Contenidos y actividades**

Sector de Salud Mental:

Favorecer procesos de capacitación en el plano clínico- conceptual que apunten a que el trabajador de salud mental esté capacitado para:

- Promover acciones de reducción de riesgo y fortalecimiento institucional
- Diagnosticar alteraciones de la salud mental resultado de un desastre en individuos, familias y grupos.
- Intervenir terapéuticamente en las alteraciones antedichas
- Identificar distintas situaciones y consecuencias generadas por desastres.
- Integrar equipos interdisciplinarios
- Realizar trabajos de investigación- acción
- Concepto de trauma, estrés post - traumático, etapas del tratamiento.

### **En relación a los Profesionales y Trabajadores Intervinientes**

Organizar, asesorar y capacitar a profesionales de salud mental estableciendo pautas de atención en las diferentes fases y métodos de coordinación para los diferentes niveles de intervención.

Promover el desarrollo sistemático de relaciones con todos los trabajadores de emergencias.

Capacitación de los profesionales de salud mental en las tareas asistenciales.

Capacitación de los profesionales y trabajadores intervinientes para detectar en la comunidad a aquellos individuos que presenten problemas emocionales como respuesta al impacto sufrido.

Coordinar las actividades de salud mental con otros sectores de la comunidad y del hospital que participan activamente en la respuesta a los desastres.

Creación de un centro de datos, que contemple un registro bibliográfico específico.:

- Trabajos teórico-prácticos ya realizados
- Trabajos nacionales e internacionales de interés en la temática
- Trabajo conjunto con Bibliotecas, Embajadas, Universidades y entidades científicas en general.
- Creación de un boletín científico.

Organizar procesos de entrenamiento para posibilitar la participación efectiva en tareas de respuesta durante el desastre favoreciendo:

La integración en equipos interdisciplinarios

La integración en los Comités de Emergencia de los Hospitales  
El conocimiento del funcionamiento y la organización del SAME y el plan general de respuesta a un desastre del GCBA.  
Participación en simulacros generales y específicos.

### **Sector Comunidad**

(todas estas propuestas se consensuarán con los organismos correspondientes)

Información de formas de respuesta efectiva ante un desastre.

Promover acciones de reducción de riesgo y fortalecimiento institucional en pos de un desarrollo sostenido en las distintas áreas comunitarias : educacional, laboral, hospitales en instituciones de alto riesgo: Geriátricos- cárceles- escuelas- cines- teatros - canchas de fútbol-etc (adecuadas a la singularidad de cada Institución ).

Proponer acciones de educación para la salud en Servicios hospitalarios

Promover capacitación a los Equipos de Conducción de las instituciones públicas y privadas ante situaciones de desastre (plan de respuesta evitativa del pánico - plan de evacuación etc.).

### **Sector organizaciones intervinientes:**

Destacar la incidencia del desastre sobre la salud mental de los distintos actores intervinientes.

Favorecer la creación de espacios de intercambio y reflexión interdisciplinaria

Favorecer espacios de elaboración respecto a experiencias afrontadas en desastres.

Asesoramiento en la comprensión psicológica de determinadas reacciones de las víctimas.

Elaboración de posibles modos de respuesta para facilitar la tarea a realizar

## **Propuesta: Comités de Emergencia**

### Presentación:

Se propone, articulando el modelo de gestión de riesgos con medidas preventivas para la salud mental de una población, el diseño de intervenciones destinadas a generar el desarrollo de la capacidad de la sociedad y de sus actores sociales para modificar las condiciones de riesgo actuando prioritariamente sobre las causas que lo producen.

Este proceso se inicia, redefiniendo los objetivos institucionales hacia una misión preventiva en los hospitales del GCBA, para mitigar el riesgo intra hospitalario. Se propone generar este cambio a partir de los COMITÉS DE EMERGENCIA, especialmente diseñados en relación a los desastres y situaciones de crisis.

Estos dispositivos fueron creados, según lo define la ordenanza N°40850 publicado en Noviembre del 1985 en su artículo primero, para el desarrollo de dos niveles distintos de actuación en relación a los desastres: la prevención y la actuación organizada:

“ Creanse los comités para emergencias en cada uno de los establecimientos de la Ciudad de Buenos Aires, que se integrarán con personal idóneo del hospital y con participación de la comunidad ,para la prevención y actuación organizada en casos de catástrofes, incendios, etc.

Respecto a la conformación de estos comités según el anexo1de la misma ordenanza indica la representación, en el comité, de un representante de todas las áreas del hospital

### **1-a Objetivo general:**

Promover la planificación de gestión para la reducción del riesgo en la salud mental de la población en relación a la posibilidad de ocurrencia de desastres y catástrofes colectivas,

Crear los medios y

Procedimientos necesarios para mitigar el riesgo y consecuentemente el impacto psíquico que puede sufrir la población al atravesar situaciones disruptivas por desastres.

Participar en el funcionamiento de los Comités de Emergencias de los hospitales del GCBA colaborando en la promoción de la mitigación del riesgo intra hospitalario.

Promover la integración de profesionales de salud mental a los ya constituidos Comités de Emergencia

### **1-b Objetivos específicos:**

Planificar e implementar actividades de mitigación de riesgo para pacientes y profesionales.(Ej. Planes de evacuación, detección de riesgos, capacitación de profesionales)

Detectar problemática y en que nivel organizacional se produce:

Desinterés- desinformación- negación del riesgo

Análisis de los vínculos institucionales: Resistencias- acuerdos



## **2-Modelo de implementación**

Presentar la propuesta a la Coordinación de la Red de trauma y emergencia, instancia abocada, además de sus ocupaciones específicas, a la capacitación y coordinación de actividades en relación a planes de mitigación.

Convocar representantes de cada servicio de Salud Mental, de los Hospitales de la Secretaría de salud interesados en el tema y dispuesto a participar del comité de emergencia de su hospital.

Presentación del proyecto a los representantes de los Comités de Emergencia

## **3-Acciones a desarrollar**

1 cursos de capacitación sobre Salud mental y Desastres

2 Simulacros

3 Elaboración de planes

### **Respuesta Intersectorial**

#### **Objetivo:**

Diseñar modelo de relación del PROGRAMA SALUD MENTAL DESASTRES Y DESARROLLO con otras instituciones abocadas a este tema desde otras disciplinas

#### **ACCIONES:**

Confeccionar una lista de instituciones latinoamericanas y en especial argentinas del GCBA, nacionales, privadas abocadas a:

La respuesta en sus diferentes aspectos ante una situación de desastres

La prevención de desastres

La investigación

Ejemplo:

Cruz Roja

Defensa civil

Departamento de desastres de las Provincias de nuestro país.

Departamento de desastres de los países limítrofes

Instituciones de América latina: Centro Regional para América Latina para la mitigación de desastres, Suma, La Red

Universidad de Buenos Aires. Carrera de psicología

Universidades de: San Francisco, Los Ángeles, Miami, Israel,

Establecer enlaces con estas instituciones que permita realiza intercambio científico y experiencial.

Sostener, si fuese posible, alguna actividad conjunta.

Propuesta de trabajo conjunto con instancias de “Educación para la Salud” de los hospitales, sobre formas de respuesta frente a un desastre determinado que tenga que ver con el riesgo de la zona en la que esa comunidad se encuentra.

Realizar este tipo de tarea:

Moviliza recursos profesionales de distintos sectores.

Favorece el vínculo interinstitucional

Favorece el trabajo interdisciplinario

Sensibiliza a los profesionales que participan, superando la indiferencia, forma que muchas veces toma la negación del riesgo.

Fortalecimiento en la comunidad

Organizar talleres, cursos de capacitación en distintas instituciones.

## **Relación con la comunidad**

### **Objetivos**

Favorecer la difusión de una conciencia comunitaria para la reducción de riesgo y afrontar posibles situaciones de desastre

### **Acciones**

Informar a la comunidad sobre el programa Salud Mental Desastres y Desarrollo

Favorecer la relación para promover acciones conjuntas

Promover actividades informativas para la comunidad amenazada por un desastre, manejando los respuesta emocionales frecuentemente presentados como negación, ansiedad y angustia.

Desarrollar actividades de promoción de salud y prevención, asistencia y rehabilitación de enfermedades y trastornos emocionales en relación a desastres

Asesorar y coordinar distintas formas de presentar el contenido de noticias sobre tipos de desastre a través de los medios de comunicación.

Área de planificación de la participación de los profesionales de la Salud Mental en la respuesta a Situaciones de Desastres y Catástrofes intra y extra hospitalares

### **Objetivo**

Dar respuesta inmediata, adecuada y eficiente en el área de Salud Mental, a las necesidades asistenciales de la población afectada y de los profesionales intervinientes en desastres, catástrofes, o situaciones de emergencias sociales, en incidentes intrahospitalarios y extrahospitalarios.

En relación a los Damnificados.

Asistencia inmediata en el lugar del incidente

Delimitación del objetivo asistencial frente a las situaciones traumáticas, favoreciendo la elaboración y el restablecimiento de la estructura psicológica.

Derivación adecuada a servicios asistenciales capacitados y preparados para tal fin de la Red de servicios de Salud Mental

En relación a los Profesionales y Trabajadores Intervinientes

En caso de necesidad, atención inmediata en el lugar del evento.

Derivación adecuada a servicios asistenciales de la Red de servicios de Salud Mental  
Seguimiento y control de las actividades de asistencia y rehabilitación en el corto, mediano y largo plazo

Pautas organizacionales

Dispositivos para la respuesta inmediata:

1-Guardias Profesionales de SALUD MENTAL – SAME(Equipo Factores humanos)

2 –Grupo de profesionales de salud mental en cada hospital

Es el grupo de profesionales (psicólogos, psiquiatras y enfermería especializada) organizados y capacitados para responder inmediata, adecuada y eficientemente a la asistencia de las víctimas de incidentes intra hospitalarios.

3- Guardias Salud Mental de los hospitales

Funciones:

Darse los medios organizativos, de capacitación y de entrenamiento ,para la realización de lo objetivos.

1.3 Normatización de tareas

1.3.1 Determinar la cadena de comunicación.

1.3.2 Especificar las funciones individuales De cada integrante del grupo operativo.

1.3.3 Evaluar y administrar los recursos profesionales.

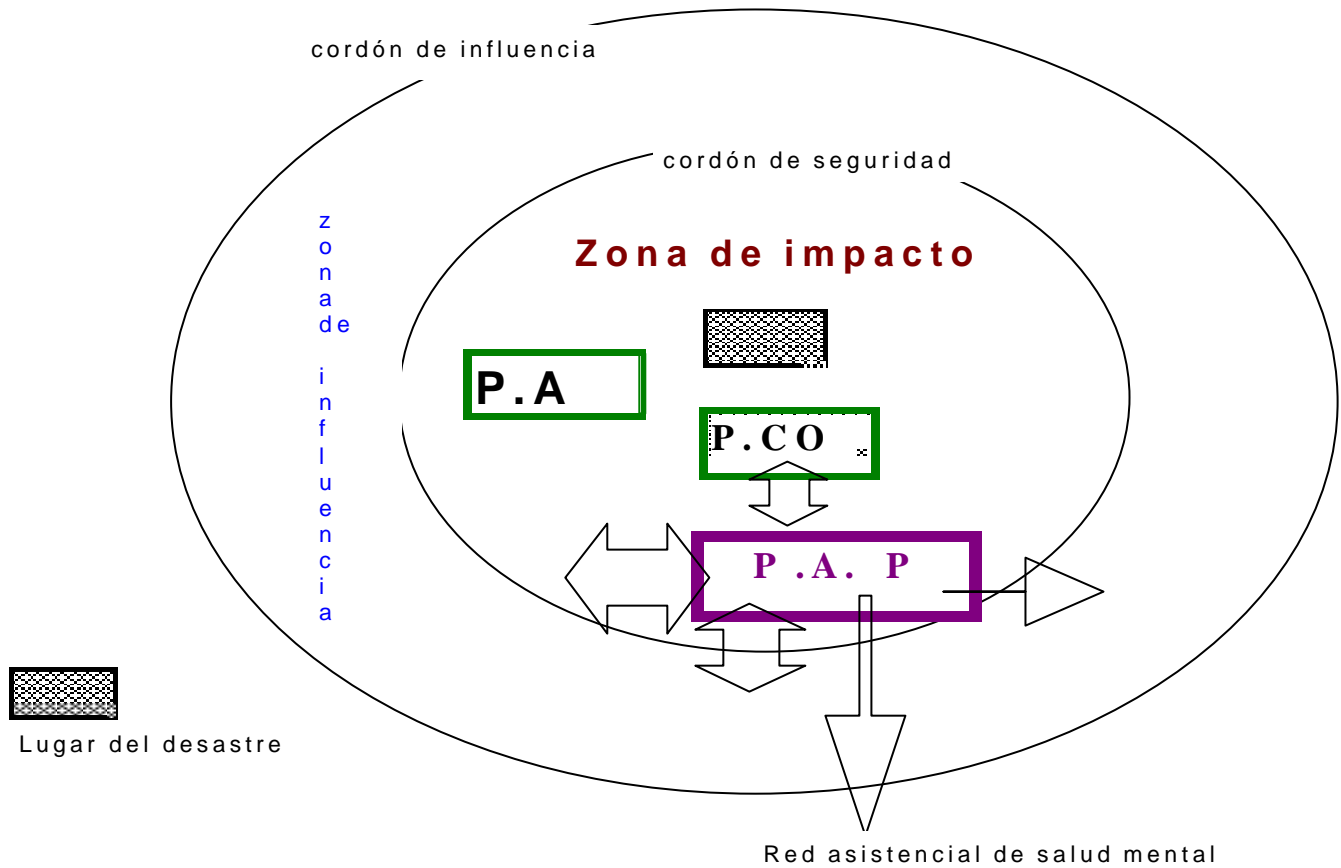
1.3.4 Desarrollar programas de capacitación.

1.3.5 Elaborar un modelo tipo de reacción para cada situación.

1.3.6 Armonizar y concertar con los planes de respuesta de cada hospital

# Propuesta de Participación del equipo de salud Mental

## En el esquema de funcionamiento operativo del SAME en situaciones de desastres extrahospitalarios



**Puesto de avanzada P.A** :situado a cierta distancia del territorio marcado por destrucciones. Circulación limitada de socorristas

**Puesto de comando P.C.O** : se ubica por detrás del puesto de avanzada. Se utiliza como lugar de estabilización de las víctimas y evaluación completa del paciente

**Puesto de Ayuda Psicológica P.A.P** : Se ubica cerca del P.C.O

## **Puesto de Ayuda Psicológica**

### **1 Objetivo**

1-Establecer una atención inmediata:

Triage psicológico/psiquiátrico

Asignación de un psiquiatra y psicólogo para realización del triage

Atención en salud mental de personas afectadas por situaciones disruptivas

Las víctimas de desastres son, en su gran mayoría, personas que en el momento del hecho se las supone estables psicológicamente, pasando a estar sometidas disruptivamente a experiencias estresantes debiendo enfrentar pérdidas que van mucho más allá de las vivencias cotidianas. Muchos de esos sujetos pueden no desarrollar problemas emocionales o presentar tan sólo síntomas leves o transitorios.

La atención de salud mental luego de situaciones traumáticas mitiga el efecto de las mismas evitando, en la mayoría de los casos, que éste se cronifique constituyendo un síndrome de stress post traumático (TEPT Trastorno de stress post-traumático-DSM IV), en especial en situaciones de desastres y catástrofes.

### **Objetivo general :**

Crear dispositivos de atención a las víctimas y damnificados de situaciones disruptivas

### **Objetivos específicos:**

Conformación de una red de profesionales de salud mental capacitados para dar respuesta a las necesidades de atención de la salud mental de los damnificados en sentido amplio, es decir a las víctimas directas e indirectas del desastre en incidentes intra y extra hospitalarios.

Creación de dispositivos en cada una de las 5 zonas sanitarias para dar respuesta inmediata y atención en salud mental a los afectados por el impacto de los desastres y las situaciones disruptivas en el aparato psíquico.

Seguimiento y control de las tareas asistenciales y de rehabilitación de las víctimas de corto, mediano y largo plazo.

El sistema cuenta con dos centros que ya están en funcionamiento:

Hospital Gral de Agudos Alvarez (Zona 4) Centro de Estrés postraumático

Hospital T Alvear (Zona5) Centro de Ansiedad y estrés postraumático.

Se propone la conformación de nuevos centros en:

Hospital Gral de agudos Fernández (Zona 1 )

Hospital de Niños Ricardo Gutierrez (Zona 1)

Hospital de Niños P. Elizalde (Zona 2)

Hospital Gral de Agudos Argerich) (Zona 2 )

## RECURSOS HUMANOS

Los recursos humanos necesarios, serán provistos por la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

-El plantel del Programa estará conformado por : los integrantes de salud mental de en los comités de emergencia de los hospitales y de los profesionales especializados en el tema y de los que se incorporarán progresivamente mediante la capacitación.

-Financiamiento: Por recursos de contrapartida a cargo del Gobierno de la Ciudad

## CRONOGRAMA

El cronograma permitirá el cumplimiento de los objetivos fijados, por etapas visto la imposibilidad de su realización completa en forma inmediata. Del mismo modo y como fuera explicitado, será una tarea sostenida y a largo plazo, para obtener resultados satisfactorios.

Establecidas las responsabilidades de conducción, ejecución e incumbencias, se procederá a exponer las fases a alcanzar.

### PRIMERA ETAPA: (6 A 12 MESES)

-Reuniones de la Coordinación con los integrantes del Programa para exponer y analizar a fondo el contenido del mismo.

-Fortalecimiento de los Equipos de Asistencia especializada existentes.

Conformación de nuevos Equipos de Asistencia especializada en los hospitales

Organización y puesta a punto de las actividades que permitan reducir el riesgo institucional y social.

-Discusión y búsqueda de consenso para establecer una normativa y procedimiento en el abordaje asistencial de la temática.

-Iniciación de Cursos y Seminarios de Capacitación intra y extra Red.

### SEGUNDA ETAPA: (12 A 36 MESES)

-Afianzar el fortalecimiento de los Equipos especializados existentes.

Desarrollar programas de reducción de riesgo institucional

-Creación de nuevos Equipos especializados en los Hospitales de la Ciudad, por medio de la reconversión del recurso humano calificado.

-Consolidación del trabajo con la participación comunitaria e intersectorial a los efectos promover el óptimo aprovechamiento de los recursos existentes.

### TERCERA ETAPA: (36 MESES Y MAS)

Creación de un dispositivo y una estructura en red con profesionales de salud mental capacitados para dar respuesta inmediata a la atención de la salud mental de los damnificados en sentido amplio, es decir a las víctimas directas e indirectas del desastre en incidentes intra y extra hospitalarios.

-Funcionamiento operativo de la Red de Salud Mental en situaciones de desastres

-Análisis de la producción y sus resultados.

-Fijar nuevas metas

# Implementación del Programa

PLAN DE SALUD MENTAL 2002

PROGRAMA : SALUD MENTAL, DESASTRES Y DESARROLLO

Proyecto y Coordinación: Lic. Susana Chames

Profesionales representantes de hospitales, servicios de salud mental y otras instituciones que participan en la implementación del programa

Servicio de Salud Mental del Hospital Fernández  
Dra. Miriam A. H. de Luna

Servicio de Salud Mental del Hospital Argerich  
Lic. Liliana E. Celman

Servicio de Salud Mental del Hospital Elizalde  
Dra Aurora Rodríguez Garrido –  
Lic. Miguel Cilifrese

Servicio de Salud Mental del Hospital Alvarez  
Dr. Roberto Sivak

Servicio de Salud Mental del Hospital Alvear  
Dr. Daniel Mosca

Servicio de Salud Mental del Hospital Ramos Mejia  
Lic. Viviana Ballesteros

Servicio de Salud Mental del Hospital Marie Curie  
Lic. Pedro Mazza

Servicio de Salud Mental del Hospital Muñiz  
Dr.. Bonazzi Enrique

Servicio de Salud Mental del Hospital Udaondo  
Lic. Andres Marnetto

Servicio de Salud Mental del Hospital Rivadavia:  
Dr.. Alejandro Ferreira

Servicio de Salud Mental del Hospital Maria Ferrer  
Lic. Beatriz Padin

Servicio de Salud Mental del Hospital Tornú  
Lic. Julia Silvani

Centro de Salud Mental N3  
Lic. Mirta Holgado

Servicio de Salud Mental del Hospital Penna  
Dra.. Nora Cabañero

## **Días de Reunión:**

**1-**Primer martes de cada mes a las 10 hs.

Temas: conformación de la red  
Conceptualización de los desastres. Impacto en el aparato psíquico. Reducción de riesgo  
Presentación de especialistas en distintos temas

**2-**Participación en las reuniones de la Red de Trauma y Emergencia

Tema: Comités de Emergencia.  
Planes de emergencia hospitalaria

Lugar de realización: Distintos hospitales

**3-** Participación en distintos eventos relacionados con la temática del programa

Servicio de Salud Mental del Hospital del Quemado  
Lic. Susana Salce  
Dr. Carlos Berguer  
Lic. Mario Bergman

Servicio de Salud Mental del Hospital Ricardo Gutiérrez  
Dra. Sandra Novas

Hospital Tobar García  
Dra Griselda Mosha

Servicio de Salud Mental del Hospital Velez Sarfield  
Lic. Maria Lilia Gonzalez

Servicio de Salud Mental de la Maternidad Sardá  
Lic. Gabriela Tortosa.

Grupo Equipo Humanos SAME  
Lic. Liliana Sánchez

Médicos del Mundo  
Lic. Andrea Mara Cechin



# PROGRAMA SALUD MENTAL DESASTRES Y DESARROLLO

Proyecto y Coordinación: Lic. Susana Chames

## SALUD MENTAL DESASTRES Y DESARROLLO

### Reducción de Riesgo:

(Prevención y Mitigación del riesgo individual e institucional)

Capacitación- Asesoramiento-

Dirección de Salud Mental

Córdoba 3120

TE 4861-6891 - 4863-6586

dsmssalud@intramed.net.ar

### Centros de Atención a Damnificados

Centros de Atención Estrés y Trauma

- Centro de Ansiedad y Estrés postraumático  
Hospital Alvear  
Coordinador: Dr. Daniel Mosca  
Funciona de L a V de 12 a 17 hs. Consultorios Externos del Hospital T. Alvear

- Centros de Estrés postraumático  
Hospital Alvarez  
Coordinador: Dr. Roberto Sivak  
Horarios de admisión : miércoles y viernes de 9 a 12.30 hs. (se pide turno en pabellón J).

Centro de Estrés postraumático en formación:

- **Hospital Argerich**  
Lic. Liliana E. Celman
- **Hospital Del Quemado**  
Dr. Carlos Berguer
- **Hospital Tobar Garcia**  
Dr. Hugo Dibello

### Atención en desastres extrahospitalarios:

Equipo Factores Humanos SAME

Coordinador: Dr. Daniel Mosca

Para convocarlos : 107

### Atención en Desastres intrahospitalarios

- *Hospital Fernández*  
Dra. Miriam A. H. de Luna
- *Hospital Argerich*  
Lic. Liliana E. Celman
- *Hospital Elizalde*  
Dra Aurora Rodríguez Garrido –  
Lic. Miguel Cilifrese
- *Hospital Alvarez*  
Dr. Roberto Sivak
- Hospital Alvear  
Dr. Daniel Mosca
- *Hospital Ramos Mejia*  
Lic. Viviana Ballesteros
- Hospital Marie Curie  
Lic. Pedro Mazza
- *Hospital Muñiz*  
Dr.. Bonazzi Enrique
- *Hospital Udaondo*  
Lic. Andres Marnetto
- *Hospital Rivadavia:*  
Dr.. Alejandro Ferreira
- *Hospital Maria Ferrer*  
Lic. Beatriz Padin
- *Hospital Tornú*  
Lic. Julia Silvani
- Centro de Salud Mental N3  
Lic. Mirta Holgado
- *Hospital Penna*  
Lic. Nora Cabañero
- *Hospital Zubizarreta*  
Dr. Cesar Bendersky
- *Hospital del Quemado*  
Dr. Carlos Berguer
- Hospital Tobar Garcia  
Lic. Susana Tossi
- *Hospital Ricardo Gutiérrez*  
Dra. Sandra Novas
- Hospital Tobar García  
Dra Griselda Mosha
- Hospital Velez Sarfield  
Lic. Maria Lilia Gonzalez

## PROGRAMA: SALUD MENTAL DESASTRES Y DESARROLLO

Presentaciones Realizadas año 2002:

- 1- Legislatura de Buenos Aires- Comisión de Salud
- 2- Jefes de Servicios de Salud Mental Hospitales del GCBA
- 3- Ateneos de Asociación Medica Argentina. Capitulo de trauma y desastres
- 4- Escuela de psicólogos de La Plata
- 5- OPS Dr. Caldas de Almeida
- 6- Secretaría de Salud Dr. Alejandro Ciancio
- 7- WPA Dr. Moty Ben Yakar
- 8- SAME Dr. Julio Salinas Director Médico del SAME
- 9- Red de Trauma y Emergencia Dr. Jorge Neira
- 10- SAMUD - Madrid España
- 11- Prof. Dr. Juan José Lopez Ibor PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA
- 12- Dr. Pérez Iñigo Secretario de la Sección de Psiquiatría Militar e intervención en desastres de la w.p.a.

### **Eje de Capacitación:**

Bibliografía trabajada durante el año 2002

Texto de Allan Level : los desastres, problemas del desarrollo

Introducción a los Desastres químicos Dra. Susana García

Planificación en salud mental frente a accidentes químicos Dra. Susana García

Modelo de respuesta en accidentes químicos (Parte del Manual de Emergencias y Desastres de la ciudad de Buenos Aires, elaborado por el SAME)

Generalidades , Introducción y Modo de Respuesta del SAME (Idem. del mismo manual)

Modelo de salud Mental en situaciones de Desastres (del mismo manual)

Tendencia en la reducción de riesgo en las Américas (Texto dela OPS)

La equidad en salud: un desafío a los preparativos y mitigación ante situaciones de desastres. Desde Cuba Prof. Dr. Abelardo Ramírez Márquez\*Dr. Guillermo Mesa Ride\* \*

## **Plan de Salud Mental . Programa Salud Mental, Desastres y Desarrollo**

Propuesta:

Diseñar espacio de capacitación y entrenamiento en el marco de las concurrencias y residencias de Salud Mental en concordancia con los objetivos propuestos en el Programa Salud Mental, Desastres y Desarrollo del Plan de la Dirección de Salud Mental

Acorde a los objetivos del Programa ya planteados y teniendo en cuenta que :

1-Es la capacitación del recurso humano acorde a las políticas públicas en salud mental la condición de posibilidad para la implementación de las mismas.

2- Es el sector público el que debe promover la reducción de riesgo y estar preparado para responder en caso que hubiese desastres

3-La intervención de profesionales de la Salud Mental, tanto en la reducción de la vulnerabilidad como la participación en la primera atención a las víctimas reduce el impacto que las situaciones disruptivas producen el aparato psíquico

Modalidad: Pasantía

Duración: 20 hs. ( cinco días seguidos 4 horas cada día)

Destinado: a concurrentes residentes de salud Mental.

Lugar posibles de realización:

Hospital Alvear

Hospital Alvarez

Hospital Argerich

Ejes temáticos:

1-Desastres: Causalidad . Vulnerabilidad . Modalidades de Desarrollo

2- Impacto de los desastres en el aparato psíquico. Impacto social. Su abordaje

3-Reducción de riesgo: Acciones

4-Organización Hospitalaria para Desastres

5 -Plan de Respuesta del GCBA para desastres

Docentes: integrantes de la red interhospitalaria e intersectorial del Programa Salud Mental, Desastres y Desarrollo.

Lic. Susana Chames

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

SECRETARIA DE SALUD

DIRECCION DE SALUD MENTAL - DIRECCIÓN DE CAPACITACIÓN

IMPACTO DE LA CRISIS EN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD. SU PREVENCIÓN

El incremento del nivel de vulnerabilidad social que se evidencia en estos tiempos de crisis, nos lleva a priorizar acciones que mitiguen el riesgo y consecuentemente el impacto psíquico que afecta a la población.

Síntomas de esta crisis, como la desocupación, los altos niveles de pobreza golpean en las instituciones de salud pública generando una modificación cualitativa y cuantitativa de la demanda, agravamiento de las patologías, pudiendo provocar crisis multidimensionales en todo integrante del Equipo de Salud (Jefes de Servicios, Profesionales, y Escalafón General) quienes se ven afectados en su desenvolvimiento laboral cotidiano.

Propuesta:

En el marco de las actividades de Reducción de riesgo individual e institucional que esta promoviendo el Programa

Salud Mental, Desastres y Desarrollo de la Dirección de Salud Mental, se realizarán 5 encuentros, contando como sede un hospital por cada Región Sanitaria

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES  
Secretaria de Salud

Impacto de la crisis en la salud mental de la Comunidad

Nuestra sociedad , atraviesa una importante crisis que impacta en las instituciones, en la organización social, en los individuos. Algunos síntomas evidentes, como la pérdida de trabajo o la posibilidad de perderlo, cambios en la modalidad de vida, en los hábitos cotidianos, en las costumbres como consecuencia de la alteración en la significación de aquellos lugares que nos resultaban familiares, conocidos y seguros y que ya no lo son . Fenómenos socioeconómicos y culturales que generan el aumento de la vulnerabilidad tanto en lo individual como lo social. Esto impacta en el psiquismo y las consecuencias no siempre se manifiestan tan rápidamente y ni de manera evidente pero si aumentan, como consecuencia del malestar, los cambios de humor, los riesgos de accidentes, de enfermedades. Se observan alteraciones en la alimentación, en la relación con los otros, dificultad para sostener el trabajo y las actividades cotidianas.

Esta situación lleva a la Dirección de Salud Mental de la Secretaria de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en el marco del Plan de Salud Mental a través del PROGRAMA SALUD MENTAL DESASTRES Y DESARROLLO a considerar ante esta problemática actual promover los medios necesarios para responder a las necesidades de la comunidad interviniendo en los procesos de reducción de riesgos y de fortalecimiento institucional , pasos necesarios para reducir el impacto y posibilitar el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de nuestra ciudad.

Lic. Susana Chames

Coordinadora Programa  
Salud Mental desastres y  
Desarrollo  
Secretaria de Salud  
GCBA

Dr. Ricardo H. Soriano

Director de salud  
Mental  
Secretaria de Salud  
GCBA

**El servicio Salud Mental Responde( TE: 4863-8888 de lunes a viernes de 8 a 20 hs) . de la Dirección de Salud Mental brinda Información sobre los distintos recursos que ofrece el**  
***Programa Salud Mental, Desastres y Desarrollo a la comunidad :***  
**Asesoramiento para la reducción de riesgo y fortalecimiento institucional, talleres de reflexión y elaboración, capacitación, atención psicológica y psiquiátrica en situaciones de estrés .**

**Programa**  
**de**  
**VIH/SIDA**  
**y**  
**Salud Mental**

## (5) PROGRAMA DE SIDA Y SALUD MENTAL

### 1) PRESENTACION.

La epidemia de HIV/SIDA se ha constituido en uno de los grandes desafíos que debe afrontar nuestra sociedad de fin de siglo. Desde el ámbito de la Salud Pública nos vemos obligados a dar respuestas cada vez más abarcativas y eficaces ante el incesante incremento de casos y los cada vez mayores niveles de complejidad que estos plantean.

En este marco, desde la red de la Salud Mental, hemos elaborado un programa de acción que, sustentado en la práctica que hemos venido desarrollando en distintos hospitales y centros de Salud durante los últimos años, pretende convertirse en un marco institucional que sostenga e impulse las tareas de prevención, asistencia y formación en el campo del SIDA y la Salud Mental.

### 2) INTRODUCCION. MARCO CONCEPTUAL

A 21 años de la aparición del HIV/SIDA, la pandemia sigue siendo enorme, inestable y en su mayor parte, invisible. El SIDA puso en evidencia las fallas en los sistemas de salud, y fue generando un paulatino incremento en la reflexión crítica respecto de las causas sociales, culturales, económicas y políticas de la infección por HIV. Partir de la dinámica social de la infección HIV, ha dado lugar a la revisión de las teorías o modelos que sustentaban el trabajo en el campo del HIV/SIDA, produciéndose un giro de las nociones anteriores más individualistas hacia modelos que ofrezcan un compromiso colectivo y comunitario a la vez. La apuesta es a que estos cambios permitan generar respuestas de largo plazo frente a la epidemia. La creación del Programa de SIDA y Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, se inscribe en esta línea de pensamiento, proponiéndose dar respuesta a la problemática del SIDA desde el ámbito de la Salud Mental.

### 3) SITUACION EPIDEMIOLOGICA. EL SIDA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

La Ciudad de Buenos Aires es uno de los lugares más afectados por la epidemia del SIDA en nuestro país. En ella se concentran no solo la mayoría de las personas infectadas por HIV y enfermos de SIDA, sino que, desde el punto de vista de la atención sanitaria, es centro de referencia no solo para los habitantes de la Ciudad, sino también para una amplia franja de habitantes del Gran Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires, como también del interior del país.

Los últimos datos epidemiológicos muestran claramente el impacto que tiene la epidemia en la Ciudad de Buenos Aires. (ver anexos).

#### 4) EL SIDA Y LA SALUD MENTAL.

El tema de la infección por HIV o el SIDA como enfermedad ha excedido el discurso médico, atravesando el social y creando un nuevo conjunto de metáforas de diferente índole: morales, sociales, religiosas.

Desde que la infección por HIV se constituye como objeto de la ciencia se han producido sucesivas transformaciones en el campo bio-médico y social. Lo viral se liga con lo sociocultural y por ello con el imaginario social.

El SIDA queda vinculado estrechamente con la sexualidad y la muerte, ambos temas que aun hoy tienen categoría de cuestiones tabú. Dicho síndrome incide en las relaciones sociales tanto desde una perspectiva consciente como inconsciente produciendo efectos de discriminación, segregación y el consecuente aislamiento, anticipando algunas veces la muerte social a la muerte física. Lo imprevisible del periodo asintomático de la enfermedad marca su diferencia con cualquier otra de probable pronóstico fatal. El SIDA es concomitante con la idea de la muerte; dicha cuestión penetra lo cotidiano.

Si bien la seropositividad tiene efectos en lo subjetivo individual, estos aun son difíciles de evaluar en su intensidad y alcance específicos, pero innegablemente aparecen en nuestra práctica clínica cotidiana. Lo antedicho nos obliga a tomarlos en consideración en el abordaje de este síndrome tanto desde el punto de vista preventivo como terapéutico.

Consideramos que no hay una clínica psicopatológica del HIV; sin embargo dicha infección aporta sus generalidades, las cuales no bastan para requerir una categoría particular.

En síntesis, podríamos decir que el campo del SIDA desde la óptica de la Salud Mental abarca tres aspectos centrales:

- ✓ la estructura psíquica del sujeto que configura su particular posicionamiento ante la infección y la enfermedad.
- ✓ los condicionantes psicosociales de la enfermedad y el impacto de los mismos en la subjetividad
- ✓ los aspectos psicobiológicos y neurobiológicos de la enfermedad que deben ser tenidos en cuenta para el diagnóstico diferencial, destacándose la existencia de trastornos conductuales directamente relacionados con el impacto del virus en el sistema nervioso central; lo que puede dar lugar a trastornos neuropsiquiátricos, en cualquiera de las etapas del desarrollo de la infección

#### 5) POBLACION DESTINATARIA DEL PROGRAMA

La población destinataria del programa se divide operativamente en dos niveles:

- PRIMARIA: formada por aquellas personas de las que se espera que adopten una práctica recomendada o a quienes se destinan los servicios o los productos del programa
- SECUNDARIA: formada por aquellas personas que ejercen influencia en el público primario y cuya participación razonada es necesaria.

Las acciones del Programa de SIDA y Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, están dirigidas a la siguiente población:

- a) personas directamente afectadas
- b) personas especialmente vulnerables
- c) personas vinculadas al tema por su situación laboral (profesionales, miembros del equipo de salud, etc.)-
- d) personas que ejercen influencia social: líderes comunitarios, docentes, formadores de opinión, comunicadores, profesionales de la salud y la educación
- e) población en general



## 6) ANTECEDENTES. DIAGNOSTICO DE SITUACION. (EVALUACIÓN INICIAL).

El SIDA generó, a partir de su aparición un hondo impacto en el sistema de Salud. Las particularidades de esta nueva enfermedad y sus conexiones con temas tales como la sexualidad, la drogodependencia, la muerte, hicieron que se hiciera necesario un enfoque interdisciplinario para su abordaje. También desde los propios Servicios de Psicopatología se fue poco a poco tomando conciencia de que se abría un nuevo campo a partir de los terrenos de la medicina: el impacto de lo psíquico sobre el sistema inmune, la influencia del temor al contagio en los equipos de salud, los efectos de los tratamientos psicológicos en la evolución de la enfermedad, y los múltiples atravesamientos que constituyen el campo del SIDA, fueron convocando a nuestros saberes. Fue así que no-solo desde Infectología sino también desde otros servicios médicos, se fue requiriendo nuestra intervención ante una problemática que fue desbordando el campo de la biología. La Red esta conformada por un conjunto de profesionales de la Salud Mental que trabajaban con pacientes con HIV/SIDA en distintos hospitales y Centros de Salud dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. En sus comienzos, uno de los propósitos fundamentales fue el de concientizar a los efectores de salud en relación a las complejidades que implicaba esta problemática, promoviendo la constitución de equipos de carácter interdisciplinario que atendieran la policausalidad del problema.

En 1991, a partir del incremento de la demanda de pacientes con HIV-SIDA en los servicios de Psicopatología, la Dirección de Salud Mental realiza el primer curso de "Psicopatología y SIDA - Aspectos Interdisciplinarios".

Este curso, de siete días de duración permitió una amplia aproximación a la posibilidad de trabajar con pacientes infectados y también generó la necesidad de crear un espacio permanente que surgió por la demanda del grupo y el interés en el tema por parte de los organizadores. Así es como desde el año 91 a la fecha, este espacio de encuentro funciona una vez por mes en la Dirección de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, encontrándose dentro de sus objetivos la capacitación permanente y el intercambio interinstitucional.

Un segundo curso similar al anterior se realizó en el año 93.

En Agosto de 1994, a raíz de un convenio de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires con la Fundación Ginko Bilova, se convocó a los distintos hospitales a participar de una demostración de un modelo educativo de prevención, asesoramiento y asistencia de la Cruz Roja Americana acerca de "¿Qué, es el SIDA?", para trabajar con la comunidad.

Los días 22 y 23 de noviembre del 94 se realizaron las primeras Jornadas Científico Comunitarias "REFLEX-SIDA", organizadas por la Dirección de Salud Mental, el Programa SIDA de la Secretara de Salud y la participación de todos los hospitales que participaron de la Red. En el año 95 se realizó el tercer curso sobre SIDA y Salud Mental, donde distintos integrantes de los servicios de Psicopatología participaron transmitiendo la experiencia adquirida en estos años. En el mes de mayo de 1997 se realizaron las Jornadas PRE-Congreso sobre Jurisprudencia y SIDA, y en octubre se participó en las mesas y paneles sobre el tema que se realizaron en el marco del Congreso de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires.

Los participantes de la Red coinciden en señalar lo valiosa de la experiencia común y el deseo de sostener este espacio, elaborando planes de trabajo que solidifiquen el accionar de la misma. Para la preparación del proyecto se realizó una evaluación inicial que da cuenta de los recursos humanos, físicos y modalidades de trabajo que desarrolla la red en la actualidad. (ver anexos)

## **7) MARCO ESTRATEGICO.**

### **A. RED DE SIDA ACTUAL. SU REFORMULACION.**

Lo valioso de la experiencia relatada, no nos exime de observar que también ha habido numerosos problemas y dificultades en el desarrollo de la Red, algunos de los cuales aún hoy nos preocupan, pudiendo señalar entre los ms destacables:

- ✓ La falta de repercusión de la red en la comunidad
- ✓ La inexistencia de datos epidemiológicos y de registros estadísticos específicos sobre el área.
- ✓ La ausencia de una capacitación organizada
- ✓ La falta de articulación referencia-contrarreferencia
- ✓ La casi inexistencia o fragmentación de actividades de prevención
- ✓ La falta de un programa que ordene las acciones.

Estas dificultades se ven incrementadas por dos cuestiones externas, pero que producen su impacto en la Red como son:

- ✓ El sostenido incremento de la demanda
- ✓ La aparición de nuevos problemas que surgen como producto de la historia natural de la enfermedad (nuevos patrones epidemiológicos, nuevos tratamientos, falta de medicamentos reiteradas, etc.)

### **B. CARACTERIZACION DE LA RED. (ENTIDAD DE EJECUCION. AREAS)**

El funcionamiento en Red de Servicios contempla el desarrollo de sistemas y recursos de salud con el compromiso de todos los sectores implicados y la participación de las organizaciones de la sociedad civil. El marco indispensable para ello es el de un Estado democrático que garantice el derecho a la salud en el marco de la defensa de los derechos humanos.

La estrategia en red de servicios se plantea como un sistema organizado que comprende los diferentes niveles de atención en los aspectos preventivos, de asistencia y de capacitación.

Todas las acciones que se realicen conllevan la articulación de todos los recursos, subsectores, sectores, etc. involucrados en el tema.

Integran la red todos los efectores de los diferentes hospitales municipales y centros de salud. Otros sectores de la comuna, del ámbito privado, de las obras sociales, los sistemas de salud privados, las ONG, las organizaciones e instituciones de la comunidad, y todos aquellos actores sociales implicados en el tema, podrían articular sus acciones en el marco de las políticas fijadas por el Programa.

Acciones estratégicas sugeridas:

- ✓ Incorporación de enfoques preventivos
- ✓ Capacitación organizada y permanente
- ✓ Tareas de investigación y relevamiento epidemiológico
- ✓ Generación de espacios de intercambio y encuentro entre profesionales de la salud mental que trabajan en esta temática.
- ✓ Verdadero funcionamiento de red -con otros nudos-
- ✓ Accesibilidad
- ✓ Adecuado sistema de información y comunicación que articule la red
- ✓ Auditorias y evaluaciones
- ✓ Coordinación ejecutiva de la red y coordinación general del programa

- ✓ Recursos humanos: Reordenamiento y reconversión de recursos humanos a través de la capacitación
- ✓ Articulación con la Dirección General Adjunta de SIDA, las Áreas Programáticas, los Comités de SIDA y los Comités de Educación para la Salud de cada hospital, Dirección de la Mujer y la Secretaria de Educación.
- ✓ Articulación con la Red de Adicciones- Implementación de estrategias conjuntas en el marco de las políticas de reducción de daños (incluyendo temáticas como la prevención de las reinfecciones, transmisión perinatal, calidad de vida)
- ✓ Articulación con la Red de Violencia para la implementación de acciones conjuntas.

## ENTIDAD DE EJECUCION

1. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
2. Jurisdicción: Secretara de Salud
3. Unidades responsables: Dirección de Salud Mental, Coordinación General y Ejecutiva del Programa.
4. Unidades ejecutoras: Servicios de Salud Mental, Centros de Salud Mental, Divisiones de Áreas Programáticas de hospitales, etc.
5. Otras entidades participantes: instituciones intermedias de la comunidad, empresas, clubes, universidades, ONG (A los efectos de realizar acciones intersectoriales se suscribió n acuerdos.)

## 8) DEFINICION DE PROPOSITOS DEL PROGRAMA.

1. Prevenir la infección por HIV
2. Reducir el impacto personal y social de la infección por HIV
3. Reducir el temor y el estigma relacionados con la infección por HIV.
4. Participar activamente en la producción y difusión de conocimientos vinculados con la problemática del SIDA desde el enfoque de la salud mental.
5. Difundir información rigurosa y argumentada tendiente a consolidar una opinión publica reflexiva y responsable

## 9) OBJETIVOS Y METAS

Aportar a la construcción y aplicación del conocimiento de los problemas relacionados con el SIDA y la Salud Mental

- ✓ Diseñar, ejecutar, asesorar y evaluar planes y programas preventivos articuladamente con los diversos ámbitos institucionales y comunitarios que se vinculan con el problema.
- ✓ Promover la asistencia integral de las personas afectadas por problemas relacionados con el SIDA, atendiendo al resguardo de los derechos humanos.
- ✓ Impulsar el intercambio permanente, la colaboración y cooperación recíprocas entre instituciones, investigadores y otros actores sociales, tendiente a la integración de redes y grupos de trabajo.
- ✓ Fomentar la investigación y la producción de conocimientos específicos sobre el tema.

## 10) MARCO DE ACCION. PLANIFICACION DE ESTRATEGIAS.

El establecimiento de estrategias para el programa de promoción de la salud es un proceso dinámico continuo. La planificación estratégica tendrá en cuenta la interrelación de diferentes factores:

- ✓ Las características y necesidades del publico destinatario
- ✓ Los objetivos y metas
- ✓ Los mensajes
- ✓ Las actividades, los canales de comunicación y las redes institucionales

a) Acciones estratégicas sugeridas:

- ✓ Creación de un banco de datos
- ✓ Modelo de ficha epidemiológica
- ✓ Cartilla de servicios
- ✓ Subprograma de prevención ( incluyendo la producción de un material preventivo propio)
- ✓ Organización de actividades científicas

b) Metodología

Formalización y Reorganización de la Red

c) Áreas Operativas:

- Prevención
- Asistencia
- Docencia e Investigación

### C .AREAS OPERATIVAS:

#### ➤ PREVENCIÓN:

El campo de la prevención del SIDA nos obliga a hacer una distinción básica entre los conocimientos, que son la cantidad de información que tiene una persona sobre un tema, las actitudes, que reflejan la disposición de una persona a comportarse de cierta forma respecto de la gente y de determinadas practicas, y las creencias, que remiten a la convicción que tiene cada persona sobre un tema determinado. Tanto lo que sepa como lo que crea el publico, influirán en su vulnerabilidad a la infección por HIV.

Así, los programas de Prevención se formulan teniendo en cuenta que:

- ✓ Los mensajes canalizados por medios de información masiva resultan insuficientes ya que no contemplan los matices diferenciales que cada segmento de la población requiere.
- ✓ Las acciones aisladas (charlas, conferencias) que se dirigen únicamente a la transmisión de conocimientos carecen de efectividad.
- ✓ Toda intervención destinada a producir cambios perdurables de hábitos y conductas debe conmovir saberes previos sustentados en mitos, creencias, supuestos. Esto implica desarrollar una estrategia de acciones articuladas que incluya dispositivos de interpelación, debate y reflexión

También tenemos en cuenta que, así como durante los primeros años de la pandemia el enfoque fue a nivel individual, centrado exclusivamente en las conductas, creencias y actitudes de las personas, cada vez se pone un mayor énfasis en la percepción de las distintas fuerzas históricas y estructurales subyacentes a la mayor vulnerabilidad al HIV/SIDA de determinadas comunidades e individuos.

En síntesis, proponemos pasar de programas de prevención sobre el HIV/SIDA guiados y basados en la información a nuevos modelos de intervención dirigidos a generar entre otros recursos comunitarios: grupos de autogestión, capacitación de multiplicadores de salud, para que la comunidad tenga una participación activa y protagónica en la prevención de la enfermedad.

También incluimos el concepto de Prevención secundaria, teniendo en cuenta cuestiones tales como que:

- la atención de pacientes portadores tiene directa incidencia en la prevención de la infección de personas con las que están o pueden estar potencialmente en contacto.
- la prevención del SIDA implica también la prevención de la enfermedad, promoviendo una mejor y prolongada calidad de vida a los portadores, y la prevención de las reinfecciones.

### ➤ ASISTENCIA

Dispositivos asistenciales:

Consultaría pre y post-test

Psiquiatría y psicoterapia :

- ✓ Psicoterapia individual
- ✓ Pconsulta psiquiátrica

Terapias grupales:

- ✓ Grupos de pacientes con VIH- SIDA
- ✓ Grupos de autoayuda
- ✓ Grupos de reflexión
- ✓ Grupos multifamiliares
- ✓ Psicoterapia familiar
- ✓ Psicoterapia de pareja

Consejería

Interconsulta y asistencia en internación, hospital de día, domiciliaria

Grupos de reflexión, talleres para profesionales y trabajadores de la salud

### ➤ DOCENCIA E INVESTIGACION

Las actividades de promoción de la salud contra el SIDA exigen una capacitación continua y una actividad programática sostenida. En este marco, el Programa impulsará las siguientes acciones:

- ✓ Investigación epidemiológica. Modelo de Historia Clínica. Protocolos.
- ✓ Capacitación para profesionales, agentes comunitarios, docentes, etc.
- ✓ Organización y participación de actividades científicas
- ✓ Organización de una biblioteca y un banco de datos específico sobre el tema (atento a la falta de sistematización del material producido y la escasez del mismo)
- ✓ Consultoría dirigida a profesionales de la Salud Mental con el objetivo de transmitir experiencias, brindar bibliografía y ofrecer profesionales de referencia. Asesoría técnica de proyectos, asesoramiento a instituciones educativas, sanitarias, empresas, etc.; supervisión.
- ✓ Fomento del intercambio con diferentes instituciones, otros programas, Universidades, otros países.
- ✓ Promoción de grupos de trabajos e investigación sobre la problemática del HIV-SIDA (GIPAS)
- ✓ Realización de estudios epidemiológicos específicos sobre esta problemática desde la perspectiva de la salud mental.

## 11) RESULTADOS ESPERADOS.

- 1) Asistencia integral en Salud Mental a las personas viviendo con HIV/SIDA y sus núcleos familiares en la Ciudad de Buenos Aires.
- 2) Creación y puesta en marcha de subprogramas de prevención de la infección por HIV/SIDA en la Ciudad de Buenos Aires.
- 3) Creación de una Biblioteca y Banco de Datos sobre SIDA y Salud Mental.
- 4) Realización de Estudios Epidemiológicos sobre el SIDA desde la óptica de la Salud Mental
- 5) Realización de Actividades de Capacitación intra-red y destinada a otros sectores.
- 6) Fomento a la constitución de Grupos de Investigación y Asistencia de HIV/SIDA en los Hospitales y Centros de Salud que aún no cuentan con ellos.

## 12) EVALUACION.

La vigilancia y la evaluación son fundamentales para obtener información sobre la marcha y la eficacia del programa.

Se utilizaran diferentes indicadores de evaluación; entre ellos:

**PREVENCION:** Numero y Calidad de acciones realizadas.  
Alcances. Población a la que se llega.

**ASISTENCIA:** Numero de prestaciones brindadas  
Número de pacientes atendidos  
Número de pacientes atendidos en cada una de las modalidades ofrecidas.  
Número y calidad de los dispositivos asistenciales ofrecidos.  
Numero de Recursos Humanos y Efectores de Salud abocados a este tema.

**EPIDEMIOLOGIA:** Numero de estudios epidemiológicos realizados

**ACTIVIDADES DOCENTES:** Numero de Actividades Científicas realizadas.  
Numero de Recurso Humano capacitado.

**INVESTIGACIÓN:** Número de trabajos producidos  
Numero de publicaciones realizadas

### 13) Cronograma

El Cronograma permitirá el cumplimiento de los objetivos fijados por etapas, del mismo modo como fuera explicado, será una tarea sostenida y a largo plazo, para obtener resultados satisfactorios.

Establecidas las responsabilidades de conducción, ejecución e incumbencia, se procederá a exponer las fases a alcanzar.

#### PRIMERA ETAPA: (6 a 12 meses)

Reuniones de la Coordinación con los integrantes del programa para exponer y analizar a fondo el contenido del mismo.

Capacitación permanente de los Equipos de Asistencia y prevención especializados existentes.

Organización y puesta a punto de las actividades de Prevención.

Iniciación de Cursos Seminarios y Jornadas de Capacitación Intra y Extra Red.

Organización Conjunta con la Coordinación SIDA (G.C.B.A.) de las actividades dirigidas a la comunidad en el Día Internacional de Lucha contra el SIDA.

Realización de las Jornadas SIDA y Salud Mental en el Hospital Público desarrolladas en el Hospital Tornú.

#### SEGUNDA Etapa (de 12 a 36 meses)

Afianzar el fortalecimiento de los Equipos especializados existentes.

Consolidación del Trabajo con la participación comunitaria e Intersectorial a los efectos de promover el óptimo aprovechamiento de los Servicios existentes.

Curso Anual de Capacitación para Médicos Psiquiatras de los Servicios de Salud Mental y de Segundo Año de la Residencia de Salud Mental, a realizarse en el Hospital Alvear.

#### TERCERA ETAPA: (36 meses y más)

Funcionamiento operativo de la Red Metropolitana de SIDA y Salud Mental.

Análisis de la producción y sus resultados.

Fijar nuevas metas en base al estudio precedente.

- Actividades Enero – Agosto 2002

En el periodo comprometido de enero a agosto de 2002, se llevaron a cabo diferentes acciones en distintos Hospitales y Centro de Salud dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

En el Area Asistencial:

Se realizaron interconsultas y atención en Salas de internación.

Interconsultas y atención individual, familiar, de parejas en Consultorios Externos.

Entrevistas Pre y Post – Test.

En el Area de Prevención:

Se efectuaron talleres y grupos de reflexión.

Consejería.

Distribución de preservativos y folletería.

En el Area de Docencia y Capacitación:

Participación y organización de actividades científicas.

Los días 22 y 23 de agosto se realizaron en el Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú, las Jornadas Anuales de la Red: “HIV – SIDA y Salud Mental en el Hospital Público”

# ANEXOS

## RED DE SIDA Y SALUD MENTAL

### Evaluación Inicial

#### 1) RECURSOS HUMANOS

Cantidad y especialidad de los profesionales abocados a la tarea:

a-psiquiatras                      b-psicólogos                      c-psicopedagogos  
d-musico terapeutas    e-trabajadores sociales                      f-otros

#### 2) RECURSOS FISICOS para desarrollar la tarea

a-exclusivos                      b-se comparten con otras actividades

#### 3) ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLAN:

##### ➤ PREVENCIÓN:

Dirigida a la comunidad en general

Dirigida a la población que concurre al hospital

##### ➤ ASISTENCIA

Modalidades de atención:

- Interconsulta.
- Atención psicoterapéutica en salas de internación.
- Atención psicoterapéutica por consultorios externos.

Dispositivos que se utilizan:

A- Psicoterapia Individual

B- Grupos:

B.1- Grupos de pacientes con VIH-SIDA

B.2- Grupos de Autoayuda

B.3- Grupos de Reflexión

C- Psicoterapia familiar (específicamente destinada a familiares de pacientes con HIV-SIDA)

D- Terapias multifamiliares

E- Consejería

F- Participación de profesionales de Salud Mental en la entrega de diagnósticos

G- Grupos de reflexión para trabajadores de la salud relacionados con la Problemática del VIH-SIDA

H- Talleres

##### ➤ Otras

- ¿Existe un comité, de SIDA en su hospital?  
    ¿Funciona?  
    ¿Algún representante de Salud Mental forma parte del mismo?
- Principales dificultades que encuentra en relación a la tarea



#### 4) Efectores de la Red de SIDA y Salud Mental

##### ➤ RECURSOS FISICOS Y HUMANOS

Los recursos con los que cuenta actualmente la Red de SIDA y Salud Mental, son los que se detallan a continuación:

#### HOSPITAL GARRAHAM

Equipo conformado por psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales, integrados al equipo interdisciplinario de atención de pacientes con HIV-SIDA.

Recursos físicos: Consultorios Externos compartidos con otras especialidades.

Prevención: tareas dirigidas a la población que concurre al hospital.

Modalidades asistenciales: interconsulta, atención psicoterapéutica en salas de internación y consultorios externos.

Dispositivos: psicoterapia individual y familiar

El Hospital no cuenta con Comité, de SIDA.

Dificultades principales: superposición de actividades; dificultades dentro del equipo por diferencias de intereses y por la patología en sí misma.

#### HOSPITAL TORNU

Equipo conformado por psiquiatras y psicólogos.

Recursos físicos: compartidos con otras actividades

Modalidades asistenciales: interconsulta, atención psicoterapéutica en salas de internación y en consultorios externos.

Dispositivos: Psicoterapia individual, grupos de pacientes con VIH/SIDA, Psicoterapia Familiar, Participación de profesionales de la Salud Mental en la entrega de Diagnósticos.

En el Hospital funciona un Comité, de SIDA del que forma parte un representante de Salud Mental.

#### HOSPITAL FERNANDEZ UNIDAD DE INTECTOLOGIA

El equipo esta conformado por un psicólogo de planta, un psicólogo IRPE, un psiquiatra IRPE, un asistente social y tres psicólogos rotantes.

Recursos físicos: consultorios externos, exclusivos para HIV-SIDA pero compartidos entre psicólogos y médicos. Hospital de día.

Prevención: Dirigida a la población que concurre al hospital.

Modalidades asistenciales: Interconsulta, asistencia psicoterapéutica en salas de internación y en consultorios externos.

Dispositivos: Psicoterapia individual, grupos de pacientes con VIH/SIDA, grupos de reflexión, psicoterapia familiar,

Consejería, participación de profesionales de Salud Mental en la entrega de diagnósticos.

El Hospital no cuenta con un Comité, de SIDA.

La principal dificultad para realizar la tarea es la falta de recursos humanos.

CENTRO DE SALUD MENTAL N° 1:

Consultoría en HIV-SIDA. Consultorios Externos. Equipo de Prevención.  
Principal dificultad: Falta de recursos humanos.

#### HOSPITAL ELIZALDE

El equipo está conformado por una psicóloga, una psicopedagoga y dos psicólogas sociales.

Trabajo en interconsulta con distintos servicios del hospital, y extramuros con Hospital Muñiz, Educación, Maternidad Sarda.

Atención psicoterapéutica individual y familiar, en internación y en consultorios externos. Tareas de docencia e investigación.

Prevención dirigida a la población que concurre al hospital.

#### HOSPITAL MATERNO INFANTIL RAMON SARDA

El equipo está conformado por psicólogos.

Interconsulta en salas de internación de Ginecología,

Obstetricia y Neonatología.

Equipo interdisciplinario de seguimiento ambulatorio de niños hijos de madre HIV-SIDA.

Prevención: (Grupos-Talleres)

- 1) Mujeres embarazadas que vienen a la consulta por primera vez
- 2) Grupo de preparación para el parto y la maternidad para mujeres embarazadas y sus parejas.

#### HOSPITAL TEODORO ALVAREZ

Equipo conformado por dos psicólogos, dos psiquiatras, y un psicólogo especialista en familia. Ninguno trabaja en forma exclusiva con HIV-SIDA.

Recursos físicos: los propios de psicopatología y los cedidos por otras áreas (infectología, salas de internación, servicio de maternidad).

Prevención: dirigida a la comunidad en general y a la población que concurre al hospital.

Modalidades asistenciales: Interconsulta, atención psicoterapéutica en internación y en consultorios externos.

Dispositivos: Psicoterapia individual, Grupos, Psicoterapia familiar, participación de profesionales de Salud Mental en la entrega de diagnósticos.

Principales necesidades: profesionales con dedicación exclusiva; respuestas de las autoridades a las demandas originadas en la tarea.

#### HOSPITAL RAMOS MEJIA

##### EQUIPO DE DIAGNOSTICO HIV-PSICOPATOLOGIA

El equipo cuenta con un psiquiatra, un psicólogo (ambos de planta), dos becarios honorarios y dos concurrentes.

Modalidades asistenciales: Interconsulta, atención psicoterapéutica en internación y en consultorios externos.

Dispositivos: entrevista conjunta

Área de Docencia e investigación.

##### EQUIPO DE PREVENCION HIV-PSICOPATOLOGIA

El equipo está conformado por una psicóloga de planta, una psiquiatra honoraria y una psicóloga concurrente.

Las tareas que realiza este equipo son:

- 1) Admisión de pacientes embarazadas con HIV
- 2) Información diagnóstica conjuntamente con Neonatología y Obstetricia.
- 3) Contención y seguimiento de la paciente y su grupo familiar
- 4) Grupos de autoayuda interdisciplinarios
- 5) Grupos de familia con HIV-SIDA
- 6) Talleres de Bioseguridad
- 7) Actividad docente

### HOSPITAL RIVADAVIA

Trabajan en la tarea dos equipos: uno de Interconsulta conformado por psiquiatras y psicólogos, y uno de Prevención y Asistencia de pacientes HIV-SIDA al que son derivados los pacientes una vez externados.

Este equipo realiza: detección precoz del paciente para orientación y tratamiento, caracterización del grupo familiar y diagnóstico psiquiátrico del paciente HIV-SIDA.

Dispositivos: psicoterapia familiar, individual, de pareja y grupos de reflexión. Counselling pre y post-test. Reuniones de intercambio científico intrainstitucional.

Prevención: en salas de espera de los consultorios de

Pediatría y Medicina preventiva.

Talleres sobre uso correcto del profiláctico.

Asesoramiento a profesionales del equipo de Salud.

Investigación.

### CENTRO DE SALUD MENTAL N° 3:

Equipo conformado por psicólogos de planta y concurrentes.

Servicio de Adultos.

Atención en Consultorios Externos.

Psicoterapia individual, entrevistas con familiares y con otros profesionales.

Docencia e Investigación.

### HOSPITAL MUÑIZ:

Equipo conformado por 22 psicólogos y tres psiquiatras de planta; diez psicólogos concurrentes y siete psiquiatras de guardia.

Equipo de musicoterapeutas. Una psicopedagoga. Todos asisten a pacientes con HIV-SIDA.

Asistencia en internación -en todas las salas de infectología y en particular en las 4 exclusivas de SIDA. Consultorios Externos -de Infectología y de SIDA-

Recursos Físicos: Consultorios Externos de Psicopatología.

C.E. Infectología y Salas de Internación.

Modalidades asistenciales: Interconsulta, asistencia psicoterapéutica en internación y consultorios externos.

Prevención: Dirigida a la población que concurre al Hospital.

Dispositivos: Psicoterapia individual, grupos de reflexión, psicoterapia familiar, terapias multifamiliares, Consejería, participación de profesionales de salud mental en la entrega de diagnósticos, grupos de reflexión para trabajadores de la salud, musicoterapia.

El Hospital no cuenta con Comité de SIDA.

Dificultades: falta de un servicio organizado, falta de espacio físico; normatización, bioseguridad.

## HOSPITAL BORDA

Cuenta con Atención infectológica, siquiátrica, psicoterapéutica, legal en internación y consultorios Externos. Profesionales psiquiatras, psicólogos, psicopedagogos, trabajadores sociales y un abogado.

Dentro del Hospital funciona el CIPAR (Centro para las Investigaciones Psicopatológicas asociadas a Retrovirus)

Se desarrollan tareas de prevención dirigidas a la comunidad en general y a pacientes internados.

Interconsulta. Atención psicoterapéutica en internación y en consultorios externos. Psicoterapia individual, consejería, participación de profesionales de Salud Mental en la entrega de diagnósticos, grupos de reflexión para profesionales de la Salud.

El Hospital tiene en funcionamiento un comité, de SIDA en el que participa un representante de Salud Mental.

Las principales dificultades en la tarea son:

- a) estudios complementarios que no se realizan en el hospital
- b) criterios legales (judicial) de derivación al hospital (trastornos de personalidad, pacientes terminales)
- c) dificultad en la derivación de casos agudos infectológicos y criterios erróneos de derivación por parte de otros centros
- d) falta de instituciones para derivar pacientes de alta con problemática social.

## HOSPITAL DURAND:

El equipo cuenta con cuatro psicólogos y dos trabajadores sociales.

Los consultorios se comparten con otras especialidades.

Se realizan actividades de prevención dirigidas a la población en general y a la que concurre al hospital.

Tareas de interconsulta, atención psicoterapéutica en salas de internación y consultorios externos, entrega de resultados y atención de familiares.

Existe un comité, de SIDA en el Hospital al que concurre un representante de Salud Mental.

Los problemas principales que dificultan la labor son: la falta de espacio para atención y archivo de documentación y la falta de recursos humanos rentados. (el equipo cuenta con un solo profesional de planta.

## HOSPITAL SANTOJANI:

Hay un profesional psicólogo abocado a la atención de personas infectadas por HIV o enfermas de SIDA. Tareas de interconsulta, atención psicoterapéutica individual en Consultorios externos. Tareas de Counselling.

Buenos Aires, septiembre de 2002-

**Red de Bibliotecas**

**Y**

**Salud Mental**

## **(6) RED DE BIBLIOTECAS EN SALUD MENTAL**

### **A cerca de una red de bibliotecas en salud mental:**

Es una red de bibliotecas que vincula unidades de información que tienen en común la misma especialidad.

La red constituye un proyecto de transformación radical, que representa un modelo actual de cooperación técnica entre las unidades participantes.

Pretende por un lado, la expansión de toda la infraestructura de información acumulada en las bibliotecas dependientes, y por el otro, el desarrollo de una conciencia democrática de la información y la adquisición de nuevos tipos de fuentes bibliográficas en el área de la salud mental.

Esta red se visualiza como la base del conocimiento en salud mental, registrado, organizado y almacenado en formato electrónico y de modo compatible con las bases internacionales.

Significa el apoyo necesario para emprender cualquier tipo de investigación seria, ya que está reconocida internacionalmente como el método más rápido y eficiente para la obtención de datos.

Tiene como objetivo primordial posibilitar el acceso sin limitación geográfica al usuario de las fuentes de información.

### **Misión:**

Promover el acceso a la información en condiciones de igualdad, libre y gratuitamente a los usuarios vinculados al área de la salud mental.

Adquirir, reunir, organizar y garantizar el acceso a nivel intelectual, educacional, social y cultural en el área de la salud mental.

Garantizar el acceso a una colección equilibrada de materiales bibliográficos que permitan a los usuarios mantener al día su formación.

Poner a disposición el mayor número posible de todo tipo de material bibliográfico en salud mental y servicios de información.

Convertirse en un gran centro de investigación para el especialista de la salud mental o para quien quiera acercarse al estudio de la misma en cualquiera de sus aspectos.

La red de bibliotecas, tiene la misión también de desarrollar la cooperación bibliotecaria dentro del ámbito territorial correspondiente

### **Antecedentes:**

En el año 95´ bajo la dirección del Dr. Ricardo Soriano se visualizó la necesidad de organizar, actualizar y hacer accesible los recursos bibliográficos del área de salud mental a fin de que la misma coadyuve a la optimización del desempeño del cuerpo profesional.

A tal fin el Lic. en Bibliotecología y Documentación Nicolás Ortiz Asís originó un proyecto que en sus lineamientos generales tendía a la creación de un departamento de bibliotecas hospitalarias y de una red de bibliotecas en salud mental con la participación de los hospitales Torcuato de Alvear; José T. Borda; Dr. Braulio Moyano; Dra. Carolina Tobar García y Centro de Salud Mental N° 3 Dr. Arturo Ameghino, más los servicios de psiquiatría y psicología de los demás establecimientos asistenciales del G. C. B. A.

Desde la fecha tanto la información como las nuevas tecnologías han ido desarrollándose de manera vertiginosa, y la falta de sistematización en el procesamiento técnico de los registros bibliográficos impide proporcionar a los usuarios potenciales las referencias adecuadas.

De manera que hoy en día es imperioso corregir la estructura orgánica de las unidades actualmente existentes y hacer accesible la información organizada por medio de las nuevas tecnologías de acuerdo con las exigencias actuales.

### **Pasos previos a la formación de la red:**

Relevar cada una de las unidades de información pertenecientes a las instituciones sanitarias del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Analizar y realizar un diagnóstico de la situación actual de la información.

Desarrollar un plan de implementación de acuerdo a las políticas adecuadas de la normativa internacional vigente.

Homogeneizar los procesos técnicos para la disponibilidad de los materiales bibliográficos.

Capacitar y formar los recursos humanos para la adquisición de las habilidades técnicas bibliotecológicas necesarias al desempeño de las actividades pertinentes.

Crear un **Catálogo Colectivo**: reunir los asientos de los documentos en salud mental existentes en todas las unidades de información dependientes al sistema para la creación de un catálogo colectivo, el cual elimina la redundancia de los registros así como la duplicación de esfuerzos, ya que se centraliza todo en un único catálogo centralizado.

Permite que las diferentes bibliotecas distribuidas en el ámbito de la Ciudad sean tratadas como una entidad de una colección única disponible desde cada una de ellas.

Estudio y análisis de las recomendaciones internacionales en cuanto a la elaboración de una normativa de préstamo interinstitucional y la gestión del préstamo interbibliotecario.

### **Red de Bibliotecas en Salud Mental como parte integrante de la Red de Bibliotecas en Salud y su Centro de Documentación**

El Centro de Documentación de la Secretaría de Salud tiene como propósito aportar los dispositivos para la democratización de la circulación de la información institucional e interinstitucional.

La Red de Bibliotecas en Salud Mental como parte integral del CEDOS formará parte de este objetivo y contribuirá al desarrollo del mismo.

Así mismo es importante destacar que Salud Mental tendrá un espacio físico aparte dentro del centro de documentación en salud, una base de datos exclusiva y lo que es más, una coordinación propia permanente por medio de un especialista, quien dotará a esta disciplina con los niveles metodológicos más adecuados para el acceso eficiente a la información e implementará el plan necesario para su futura inserción en el ámbito internacional como red de información especializada.

## **Red de Bibliotecas en Salud Mental y su relación con otros sistemas de información**

Creada la red y probados los mecanismos de su funcionamiento es oportuno entablar contacto con las diferentes entidades privadas y nacionales de investigación en salud mental, como fundaciones, asociaciones, centros asistenciales, laboratorios especializados y universidades, así como también con editoriales de publicaciones periódicas que suelen suministrar los catálogos sobre la especialidad.

También es necesario establecer vínculos informativos con diferentes redes de la disciplina, participando de forma activa e integrando redes de carácter internacional.

La cooperación bibliotecaria es uno de los fundamentos internacionales de la bibliotecología moderna, y existen diferentes mecanismos bibliotecológicos de abordarla, ya sea por medio de consorcios bibliotecarios, sistemas de cooperación, catálogos colectivos o redes, los cuales serán evaluados en su momento de acuerdo a posibilidades y necesidades vigentes.

### **Cronograma de actividades**

#### **En el plazo de seis meses. (Fecha estimativa Agosto del 2002).**

Fundar un plan de actividades de ejecución de acuerdo a necesidades con sus respectivas prioridades.

Elaborar una metodología adecuada para obtener el conocimiento más acabado de la organización estructural de las bibliotecas y del fondo bibliográfico en salud mental por medio de la observación directa y organizando las encuestas adecuadas para tal fin.

Conseguir el lugar físico adecuado para el almacenamiento de los diferentes documentos bajo una normativa de clasificación y hacer posible una política de preservación y conservación de los mismos.

Adquirir los insumos electrónicos necesarios para la organización y recuperación de la información.

Establecer acuerdos de cooperación y participación con la Organización Panamericana de la Salud y su base de datos Lilacs/Bireme.

Elaborar un presupuesto para la asignación de los recursos necesarios.

Instalar el programa definido con su respectivos manuales de clasificación bibliográfica, tesauros par la indización de los materiales y hoja de formateo compatible con la designada por la O.P.S.

Realizar un inventario con todo el material bibliográfico recibido hasta la fecha.

Concretar relaciones con los diferentes sectores de la Secretaría de Salud con los que la red interactúa.

#### **En el plazo de 12 meses. Fecha estimativa: diciembre del año 2002**

Ubicarse en el lugar físico asignado con el mobiliario y el equipamiento necesario para comenzar las tareas definidas.

Inventariar, catalogar y hacer accesible a los usuarios todo el material adquirido a través de herramientas y métodos oportunos para conseguir una descripción rápida y eficiente, además de una difusión adecuada y del mayor alcance posible.

Conseguir niveles óptimos de formación del personal, dotándolo de las habilidades técnicas necesarias para el desarrollo de su trabajo.

Establecer relaciones con el entorno territorial inmediato que maneje otras redes de información de la especialidad. Mantener contactos con los responsables de dichas unidades de información y participar activamente de las propuestas y políticas bibliotecarias comunes.

Coordinar las actividades técnicas de las diferentes unidades dentro de los hospitales, para mantener un plan de desarrollo común con cada uno de los integrantes de la red.



### **En el plazo de 12 a 24 meses.**

Incrementar los fondos bibliográficos con material actualizado de la disciplina, adoptar una política de conservación y preservación de materiales valiosos, así como de expurgo de materiales innecesarios.

Sustituir el espacio físico por otro más acorde al incremento de los fondos, donde pueda instalarse una sala de lectura debidamente condicionada, un lugar de depósito óptimo para los fines de preservación, ajustándose en cada caso a las condiciones y ubicación del material.

Facilitar por parte de la biblioteca los medios necesarios para la investigación dentro del área de la salud mental.

Incentivar la publicación de artículos, ponencias, comunicaciones, etc. y promover la participación activa de los especialistas con el centro de documentación.

Unificar la política de préstamo en colaboración con las demás bibliotecas, elaborar una normativa común y consensuada.

### **En el plazo de 24 a 36 meses**

Adoptar una política efectiva de incremento de fondos y de suscripción a base de datos internacionales de la especialidad.

Asumir una posición más dinámica respecto al material, manteniendo un contacto fluido con impresores y editores a fin de agilizarla o localizar en cada caso dónde se produce su difusión.

Promover la recepción por donación de aquellas publicaciones producidas por organismos, instituciones o particulares que no estén editadas y sean pertinentes al fondo.

Adelantarse a las demandas potenciales por medio de estudios bibliométricos.

#### *Poner en marcha nuevos servicios/productos:*

##### **- Areas de procesos técnicos:**

Elaborar catálogos comentados.

Crear un servicio de asesoramiento técnico a los bibliotecarios y gestión de cursos especializados a los mismos.

Elaborar bibliografías por área de especialidad.

##### **- Area de referencia:**

Servicio selectivo de la información (DSI) con todas las referencias bibliográficas, resúmenes de artículos, recursos electrónicos, etc. que se localicen con las herramientas disponibles y manteniendo una base de datos por cada usuario adscrito al servicio que se actualizará periódicamente.

Implementación de ordenadores con acceso libre a internet para uso gratuito.

**Programa Docente**

**de la**

**Residencia**

**de**

**Salud Mental**

**(7) PROGRAMA DOCENTE DE LA RESIDENCIA DE SALUD MENTAL**

**DIRECCION DE CAPACITACIÓN Y DESARROLLO**

**Dr. Rodolfo Kauffman**

**PROGRAMA DOCENTE DE LA  
RESIDENCIA DE SALUD MENTAL  
PSIQUIATRÍA –PSICOLOGÍA**

**AUTORES:**

**LIC. DEBORA YANCO**

**Coordinadora general de la Residencia de Salud Mental**

**LIC. JUDITH BEN DAVID**

**Coordinadora general de la Concurrencia de Salud Mental**

**LIC. MARCELO FERRARO**

**Miembro del equipo de coordinación de Residencias y Concurrencias de Salud Mental**

**LIC. FABIANA REBOIRAS**

**Asesora pedagógica**

**Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

**Julio de 2003**

## *Indice de temas*

### 1.- Introducción

- A.- La Ley de Salud Mental para la Ciudad de Buenos Aires y las perspectivas para la formación de profesionales.
- B.- antecedentes de este programa.
- C.- la residencia como una red de capacitación.
- D.- un programa integrado de formación en salud mental

### 2.- Propósitos

### 3.- Organización general y condiciones de desarrollo del programa

- A.- requisitos de ingreso**
- B.- duración**
- C.- certificación obtenida**
- D.- rotaciones**
- E.- licencias**
- F.- promoción anual del residente
- G.- vigencia de este programa
- H.- funciones docentes y de supervisión**
  - Coordinador de programa**
  - Jefes de Residentes**

### 4.- Estrategias de capacitación

### 5.- Objetivos por areas

- A.- consultorios externos
- B.- sala de internacion
- C.- salud mental comunitaria
- D.- interconsulta
- E.- urgencias
- F.- resocializacion y rehabilitacion

### 6.- Contenidos del programa de la residencia

### 7.- Sistema de evaluación

## 1.- Introducción

A.- La Ley de Salud Mental para la Ciudad de Buenos Aires y las perspectivas para la formación de profesionales.

La reforma de la Constitución Nacional de 1994 posibilitó a la Ciudad de Buenos Aires convertirse en Ciudad Autónoma y a partir de allí elegir su Poder Ejecutivo y la conformación de su propio Poder Legislativo. De este modo el sistema representativo formal de la Ciudad se modificó y la participación de nuevos actores permitió la inclusión en la nueva **Constitución de la Ciudad de Buenos Aires**, promulgada en el año 1996, de una explícita referencia a la salud mental en su Cap. II, art. 21, inc. 12:

*"Las políticas de salud mental reconocerán la singularidad de los asistidos por su malestar psíquico y su condición de sujetos de derecho, garantizando su atención en los establecimientos estatales. No tienen como fin el control social y erradican el castigo; propenden a la desinstitucionalización progresiva, creando una red de servicios y de protección social."*

Esta explícita referencia jerarquiza y diferencia el concepto de *salud mental* de un concepto de *salud* más acotado y restringido a la asistencia médica. Expresa allí una concepción de lo que la ciudad va a entender por salud mental, reconociendo la condición de sujetos de los asistidos y la obligación, por parte del Estado, de asistir ese malestar.

Luego, la promulgada **Ley Básica de Salud de la Ciudad** N° 153 expone en su artículo 48, a través de 3 incisos, cuáles son los lineamientos más importantes que contempla la concepción de salud mental y las acciones principales para desplegar este concepto en el ámbito de la Ciudad:

*"1-El respeto a la singularidad de los asistidos, asegurando espacios adecuados que posibiliten la emergencia de la palabra en todas sus formas.*

*2-Evitar modalidades terapéuticas segregacionistas o masificantes que impongan al sujeto ideales sociales y culturales que no le fueran propios.*

*3-La desinstitucionalización progresiva se desarrolla en el marco de la ley a partir de los recursos humanos y de la infraestructura existente. A tal fin se implementarán modalidades alternativas de atención y reinserción social, tales como casas de medio camino, talleres protegidos, comunidades terapéuticas y hospitales de día."*

Tras varios años de elaboración y discusiones, con numerosos proyectos de ley presentados y aportes parciales de los distintos sectores implicados, la Legislatura de la Ciudad avanzó en lo dispuesto por la Constitución y por la Ley Básica de Salud y promulgó en Julio de 2000, la **Ley de Salud Mental** N° 448 cuyo objeto es:

*"Garantizar el derecho a la salud mental de todas las personas en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires".*

Este marco normativo de las prácticas en salud mental es el resultado de un movimiento que convocó a un importante número de participantes: representantes de hospitales, organizaciones

profesionales y gremiales, instituciones del campo psi y asociaciones de usuarios, siendo responsabilidad del Gobierno de la Ciudad su implementación.

Respecto del subsector estatal esta ley indica, entre otros puntos:

- ❖ Funcionamiento de los dispositivos del subsector estatal integrando la Red de Atención del Sistema de Salud Mental y reconversión de los distintos efectores para el trabajo en Redes (Art. 13° y 14°).
- ❖ Priorizar las acciones y servicios de carácter ambulatorio en los procesos de asistencia y rehabilitación, estableciéndose un nuevo **Régimen de internaciones**, entendida ésta como una instancia terapéutica aplicable cuando no sean indicados o hayan fracasado los abordajes ambulatorios (Art. 19°).
- ❖ Establecimiento y reformulación de los dispositivos necesarios (casas de medio camino, atención domiciliaria, talleres protegidos, etc.) para la implementación de las nuevas modalidades de atención.
- ❖ La creación y funcionamiento del **Consejo General de Salud Mental** de carácter consultivo, no vinculante, conformado por representantes de diversos sectores - entre ellos las instituciones de formación.
- ❖ Priorizar la prevención y promoción de la salud mental.
- ❖ Programas de formación permanente y acordes a los requerimientos del sistema.
- ❖ Un proceso de transformación del modelo hospitalocéntrico en uno con un mayor sesgo comunitario.

A partir de la elaboración de esta Ley, la Dirección de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires se abocó a la formulación y puesta en marcha de un Plan de Salud Mental para la Ciudad que se constituye en una herramienta valiosa para la implementación de políticas en el área.

Por su parte, la coordinación de la Residencia de Salud Mental trabajando conjuntamente con la Coordinación de Concurrencias de Salud Mental -ambas dependientes de la Dirección de Capacitación y Desarrollo de la Secretaría de Salud del GCBA- impulsaron un conjunto de acciones que acompañaran las innovaciones que el sistema de salud y, por ende, también el de formación requieren para estar a la altura de las premisas de la LEY nro. 448. . Entre las acciones emprendidas podemos citar:

- ❖ Incorporar en la bibliografía orientadora del examen de Ingreso a Residencias y Concurrencias de Salud Mental los textos completos de las leyes Básica de Salud y de Salud Mental para la Ciudad de Bs. As., así como un set bibliográfico que se relacione con políticas de salud mental a nivel nacional e internacional.
- ❖ Organizar en el año 2002, las Jornadas de Discusión de la Ley nro. 448 para la Residencia de Salud Mental (en conjunto con la Dirección de Salud Mental) a las que fueron también invitados representantes de los servicios de Salud Mental, de la Legislatura Porteña, de organizaciones científicas y gremiales de la Psiquiatría y la Psicología, etc.
- ❖ Participar activamente en el Consejo General de Salud Mental que conovoca mensualmente la Dirección de Salud Mental.
- ❖ Participar de la organización de actividades de Capacitación para equipos de Salud Mental de las Areas Programáticas, en un esfuerzo conjunto de las Direcciones de Salud Mental, Dirección de Salud Comunitaria y Dirección de Capacitación y Desarrollo orientado a promover las transformaciones necesarias

para que la Ley nro. 448 profundice su vigencia en el nivel de la salud mental comunitaria.

En este contexto, este Programa Docente de la Residencia de Salud Mental propone una actualización y formalización adecuada de este sistema de posgrado de capacitación en servicio a la concepción planteada en la Ley vigente.

Ley que además, por regir particularmente este área de la salud (Cap. III art. 11° y 12°), requiere del conocimiento y análisis por parte de todos los residentes y de quienes se desempeñan en el campo de la salud mental.

Este Programa hace suyo el concepto de salud mental presente en la Ley de Salud Mental que en su artículo 2, inciso b, expresa:

*"La salud mental es inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio-cultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo."*

#### B.- Antecedentes de la elaboración de este programa:

El primer nivel de formulación de este programa se ha realizado en el año 2000, y se ha alcanzado gracias a un esfuerzo de las sedes a través de sus jefes de residentes, conjuntamente con la coordinadora de la residencia, Lic. Débora Yanco y, la asesora pedagógica, Lic. Fabiana Reboiras. En esa oportunidad, nos habíamos propuesto obtener un primer grado de consenso acerca de lo que "se hace en la residencia" y ponerlo por escrito.

Esta versión corregida (2003) ha sido trabajada en una primera instancia de manera conjunta entre la coordinación de la Residencia de Salud Mental a cargo de la Lic. Débora Yanco y la coordinación de las Concurrencias de Salud Mental Lic. Judith Ben David, con la participación como miembro del equipo del Lic. Marcelo Ferraro y la revisión pedagógica de la Lic. Fabiana Reboiras. Paralelamente ha sido analizada y consensuada con la Dirección de Salud Mental con la intención de enriquecerla a partir de los lineamientos del Plan de Salud Mental para la Ciudad de Bs. As. Se espera que este documento opere como un orientador y facilitador de las decisiones que se tomen en materia de capacitación en la residencia.

Este programa docente explicita:

- ❖ los propósitos generales de la formación del residente de salud mental,
- ❖ los objetivos generales de cada una de las áreas que lo componen y
- ❖ una serie de criterios de trabajo -que definen los espacios de formación en cada área- y de evaluación del residente y del programa de capacitación<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Próximamente se publicará un anexo con las adaptaciones de este programa a las sedes infanto-juveniles.

### C.- La Residencia como una Red de Capacitación

Las Residencias del Equipo de Salud constituyen un sistema remunerado de capacitación de postgrado a tiempo completo, con actividad programada y supervisada, con el objetivo de formar para el ámbito intra y extra hospitalario un recurso humano capacitado en beneficio de la comunidad<sup>2</sup>. En su conjunto, se incorporan al Sistema de Atención de la Salud dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y se desarrollan con la activa participación de todos sus integrantes en la programación, ejecución y evaluación de las mismas.

El Programa docente de Salud Mental integra a las Residencias de Psiquiatría, Psiquiatría Infanto - juvenil, Psicología Clínica y Psicología Clínica Infanto – juvenil.<sup>3</sup>

Con el fin de aprovechar la riqueza de alternativas de atención existentes en el sistema público de salud de la Ciudad de Buenos Aires, la Residencia de Salud Mental se organiza como una **red de capacitación en servicio**.

En este sentido, el concepto de “**Red**”, relativiza a los distintos servicios y otros ámbitos asistenciales como unidades autosuficientes de formación, transformándolos en **recursos complementarios** en pos de la formación profesional.

Sin embargo, lo anterior, no se contradice con la permanencia de la sede o ámbito de formación en donde los residentes adjudican e ingresan y desde allí, se posibilita la circulación por los distintos espacios de capacitación que permita complementar lo que dicha sede no posee. Por esta razón, en el curso de su formación los residentes cumplirán rotaciones por efectores de distinto nivel de complejidad (Hospitales monovalentes de salud mental, Hospitales generales de agudos y Centros de salud y acción comunitaria) y por los sectores con diferentes modalidades de atención (hospital de día, guardias psiquiátricas y generales, salas de internación psiquiátrica o de otras especialidades). Las diferentes rotaciones y su secuencia serán planificadas de acuerdo a los ejes del presente programa, y al efector por el cual se produzca el ingreso del residente: hospital monovalente de salud mental, hospital general de agudos y hospital especializado de niños. Por ejemplo, los profesionales que ingresen a residencias pertenecientes a servicios que no tengan internación y/o guardia de salud mental deberán contemplar la rotación por algún hospital que cuente con estas modalidades de atención. Aquellos que ingresen a un hospital de salud mental deberán rotar por un hospital general para la formación en Interconsulta con otras especialidades. (Plan de Salud Mental)

De acuerdo a lo anterior, es importante establecer los requisitos que se espera que tenga un ámbito asistencial para constituirse en sede de la residencia de Salud Mental:

- ❖ Ser un espacio asistencial del sistema público de salud mental de la Ciudad de Bs. As.: servicio de salud mental de hospital general, hospital monovalente de salud mental, centro de salud y acción social o centro de salud mental.

---

<sup>2</sup> Ordenanza nro. 40997/86

<sup>3</sup> ídem anterior.



- ❖ Los ámbitos de formación necesitan tener una intensa historia previa de docencia en el servicio (concurrancia, dictado frecuente de cursos, convenios con cátedras universitarias para el nivel de grado y postgrado, etc. )
- ❖ Acreditar experiencias de investigación o desarrollo de escuelas de formación en propuestas terapéuticas, de promoción de la salud, de rehabilitación, etc.
- ❖ Tener profesionales de planta con experiencia docente y de investigación con disposición a la supervisión y acompañamiento de los residentes.
- ❖ Poseer disposición al trabajo en red con otros espacios de formación.

En esta modalidad, que combina el criterio de red con la permanencia de la sede como espacio de referencia para el residente, cobra especial dimensión el esfuerzo conjunto de articulación de las actividades de formación entre los responsables de la Residencia: Dirección de Capacitación (a través de la coordinación general); Jefes de servicio; Coordinadores de Programa y de rotaciones, Jefes e Instructores de Residentes, para aprovechar las mejores capacidades formativas de cada ámbito. Y supone una articulación permanente con la Dirección de Salud Mental encargada de coordinar las políticas y la gestión de los espacios asistenciales por donde los residentes rotarán.

Basado en el criterio de formación en red y, en el marco de los ejes que se explicitan en este programa general, cada sede, conjuntamente con la Dirección de Capacitación, diseñará, el recorrido que mejor se relacione con el hospital según el sea mismo monovalente o general y según su especialización en infanto - juvenil o adultos.

Por otro lado, hemos destacado a este sistema de formación **como de capacitación en servicio**. Se trata de una propuesta de posgrado que combina el conocer y aprender con el hacer, ya que instala su punto de partida en la presentación, análisis y resolución de problemas del trabajo cotidiano de las instituciones de salud, conecta directamente al profesional joven con situaciones reales para el aprendizaje y, establece, paralelamente, la necesidad de revisar críticamente las propuestas que los distintos marcos teóricos han elaborado para abordarlos.

Para ello, propone, en definitiva, una diferencia con el esquema académico de diversos posgrados académicos, compuestos por “materias” desvinculadas entre sí, y sobre todo de la práctica; con un itinerario standarizado de correlatividades y suponiendo a veces, en el sujeto participante en su punto de partida, un desconocimiento total del campo de fenómenos que se aborda.

Para la implementación de las residencias en base a este modelo, según lo expresado en el Plan de Salud Mental, es preciso tender a garantizar dos requisitos:

- ❖ Que toda tarea asistencial asignada a los residentes se instrumente con un criterio formativo.
- ❖ Que la supervisión debe ser periódica y regular, garantizando además, un espacio para la reflexión grupal sobre la tarea y acerca de la inserción institucional.

Para lograr estos objetivos, es preciso, una adecuada selección de los espacios asistenciales en los que se desarrollarán las residencias, para que se lleven a cabo en aquellos con mejor “performance” en términos de Integración Asistencia – Docencia – Investigación.

#### D.- Un Programa Integrado de formación en Salud Mental

El presente programa se desarrolla de forma integrada para las residencias de Psiquiatría y Psicología Clínica, profesiones que comparten importantes porciones de su objeto de intervención y estudio: **la salud mental de la población** que reside en la Capital Federal y, de aquellos que acceden al sistema público de salud dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

En el sistema de salud actual, los profesionales de la salud mental trabajan en servicios integrados: los **servicios de Salud Mental** de los hospitales generales de agudos o pediátricos, en las distintas salas o servicios de los hospitales monovalentes y en las áreas programáticas y sus centros de salud, y en centros de salud mental. Se han transformado con el correr de los años en espacios institucionales compartidos por las distintas profesiones que abordan la salud mental de la población.

A partir de este recorrido, es que la práctica profesional e institucional viene demostrando la **eficacia de las intervenciones articuladas**, que se enriquecen, tanto con los puntos en común, como con las especificidades profesionales. La trayectoria de ambas profesiones ha derivado más en puntos de contacto que en diferencias en la intervención. En la práctica concreta, sólo en algunos casos, este proceso sigue desarrollándose en un escenario conflictivo entre las distintas profesiones de la salud mental. Es más, en gran cantidad de situaciones, las diferencias epistemológicas y teóricas al interior de las disciplinas son más fuertes que las diversidades profesionales.

La implementación de este programa supone un compromiso activo en la promoción de los siguientes lineamientos:

- ❖ El respeto por la **diversidad teórica** en el campo de la Salud Mental siempre teniendo en cuenta las posiciones epistemológicas y las prácticas de mayor reconocimiento científico.
- ❖ El aprovechamiento de la potencialidad de las **especificidades disciplinarias** en aquellas dimensiones del campo de la salud mental en las puedan aportar de forma diferencial.
- ❖ La idea de la **integración en el trabajo común** y compartido de la atención de la salud mental de la población, en los espacios de capacitación, reflexión sobre la práctica e investigación.

Un factor que debe ser tenido en cuenta es que la formación de base de psicólogos y médicos en lo atinente a la Salud Mental tiene distinta intensidad (alrededor de 5 años para los psicólogos y apenas una o dos materias para los médicos).

Por esta razón, algunos recorridos de la formación serán diferentes, también en la medida en que será necesario compensar tanto conocimientos como experiencias (por la organización que han tenido las carreras durante años, los médicos han tenido mayor experiencia hospitalaria que los psicólogos). En algunas áreas temáticas, las habilidades y contenidos que figuran en el programa serán de diferente nivel de profundización según las profesiones. En otros casos, serán exclusivas para algunas de las dos disciplinas.

## 2.- **Propósitos:**

- ❖ Promover un proceso de capacitación en servicio acorde con los criterios establecidos tanto en la **Ley Básica de Salud N° 153**, como en la **Ley de Salud Mental N° 448** ambas vigentes para la Ciudad de Buenos Aires; y en consonancia con las **políticas de Salud Mental** establecidas por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- ❖ Promover una formación que **integre la perspectiva clínica, institucional y comunitaria** de las problemáticas de Salud Mental de la población de referencia del sistema de salud de la ciudad de Buenos Aires.
- ❖ Seleccionar las **mejores oportunidades de aprendizaje que el sistema ofrece** en las distintas áreas: Consultorios Externos, Urgencias y Emergencias, Internación, Interconsulta, Salud Mental Comunitaria y APS, y en la Resocialización y Rehabilitación.
- ❖ Formar profesionales capaces de desempeñarse adecuadamente en los diferentes dispositivos y recursos que el sistema de salud dispone.
- ❖ Desarrollar capacidades docentes, de acompañamiento, supervisión y orientación dentro de la Residencia y en interacción con otras Residencias.
- ❖ Desarrollar espacios para **analizar críticamente** el contexto histórico e institucional y las determinantes de las **prácticas en salud mental**.
- ❖ Fomentar **modelos de integración entre Psicólogos y Psiquiatras**; entre los Residentes de Salud Mental y los de las restantes Residencias del equipo de salud, así como con el personal de planta permanente.
- ❖ Estimular la **producción científica y la investigación en salud mental**, en áreas de interés relacionadas con las políticas de salud mental y el programa de formación.
- ❖ Generar **espacios de investigación y análisis de la realidad sanitaria** nacional y de la CBA, de los planes y programas correspondientes, de la epidemiología de la salud mental, de las necesidades de la población, así como acerca de los recursos disponibles en el área de salud mental, ya sea del sector público, la seguridad social y ONG (Plan de Salud Mental)

- ❖ Promover una capacitación en servicio que se sustente en el **uso adecuado de los recursos del sistema de salud y de salud mental** y, en el conocimiento exhaustivo de los aspectos legales y administrativos de la práctica profesional en general y hospitalaria en particular.

### **3.- Marco Normativo y Recursos para el desarrollo del Programa**

#### Requisitos De Ingreso:

Condiciones de ingreso a primer año de Residencias Básicas para médicos y a primer año de Residencias del Equipo de Salud para Psicólogos, según la Ordenanza 40.997 B. M 17.720 11/2/86 y sus modificaciones.

#### Duración:

4 años

#### Certificación Obtenida:

Médicos: Residencia completa en Psiquiatría o en Psiquiatría Infanto – juvenil

Psicólogos: Residencia completa en Psicología clínica o en Psicología clínica infanto – juvenil.

#### Rotaciones electivas<sup>4</sup>:

Las rotaciones electivas por el interior del país o por el exterior se podrán efectuarse sobre un tema relevante que supere el desarrollo científico técnico actual de los Servicios del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires o del país, y que el lugar seleccionado sea una referencia en la materia.

Se realizan durante el 3° o 4° año. De encontrarse el residente en su último año de residencia, la rotación podrá desarrollarse hasta el último día del mes de febrero.

El residente debe presentar originales de aceptación de las entidades receptoras, con programas de actividades a desarrollar en el curso de la rotación, debiendo este contener: cantidad de horas, temario, nombre del responsable de la rotación, y que su realización es ad honorem.

El pedido de la rotación no podrá superar, en ningún caso los tres (3) meses, y en el mismo deberá contener los fundamentos académicos asistenciales que la justifiquen.

#### Licencias:

El régimen de licencias ordinarias y extraordinarias se rige por lo establecido en los artículos 2, 20 y 26 de la Ordenanza 40.997 B. M 17.720 11/2/86 y sus modificaciones.

#### Promoción anual del Residente:

Según lo establece la ordenanza 40997, B. M 17.720 11/2/86 en los artículos 11 y 26 inciso K.

#### Vigencia de este programa

<sup>4</sup> Para conocer todos los requisitos para la realización de rotaciones externas consulte el texto correspondiente al año 2003 en la Dirección de Capacitación y Desarrollo o en el CODEI del hospital

Durante el año 2003, entrará en vigencia, con los residentes del 1er. año, de forma completa<sup>5</sup>.

### Funciones Docentes y de Supervisión para el desarrollo del Programa en cada sede.

#### ***Coordinador de programa:***

Se trata de un profesional de planta del servicio o ámbito sede de la residencia con antecedentes y capacidades docentes, buen vínculo con los residentes y la jefatura del servicio (o con el Departamento de Docencia e Investigación para los Hospitales Monovalentes). Las funciones del coordinador de programa son:

- *Coordinar las actividades de formulación del programa de la sede, de acuerdo al presente programa general de la residencia de salud mental.*
- *Coordinar las actividades que impliquen garantizar el cumplimiento del programa y a través del mismo la mejor formación de los residentes.*
- *Coordinar a través de reuniones periódicas con los jefes de residentes y la residencia la organización de las actividades docentes, asistenciales y otras de interés para el desarrollo del programa.*
- *Intervenir junto a los jefes de residentes en las evaluaciones de desempeño profesional y de las rotaciones realizadas.*
- *Programar las rotaciones fuera y dentro del hospital.*
- *Organizar junto con los Jefes de Residentes el sistema de supervisiones clínicas pautando la modalidad de las internas y externas cuando esto correspondiere.*
- *Mantener una comunicación fluida con la coordinación general de la Residencia de Salud Mental.*

Si bien la ordenanza marca que la función de coordinación recae en una persona, es altamente recomendable la conformación de un equipo de coordinación en el cual se encuentren representadas las dos profesiones que integran la residencia.

#### ***Jefes de residentes:***

Los Jefes de residentes deberán cumplimentar los requisitos fijados en la ley 601 aprobada por la legislatura de la Ciudad de Buenos Aires:

**Ley 601: Artículo 1°.-**“ Se sustituye el Artículo 22° de la Ordenanza 40.997 (BM. 17.720), por el siguiente texto: "El Jefe de Residentes será un profesional contratado anualmente, no renovable, que haya completado la residencia en la especialidad y profesión correspondiente; será propuesto por voto directo de los residentes en cada especialidad o profesión, con la aprobación de la Subcomisión de Residencias y el Comité de Docencia e Investigación.

---

<sup>5</sup> Se trabajará individualmente con cada sede, los casos en que se necesite alguna modalidad más progresiva de implementación.

*Son funciones del Jefe de Residentes:*

- ❖ *Organizar la actividad asistencial y docente de los residentes según el programa y supervisar sus tareas.*
- ❖ *Actuar en acuerdo con Instructores de residentes, coordinadores de programas y Jefes de Servicio, en la supervisión y control de las actividades mencionadas, como asimismo, con Jefes de residentes de otras especialidades y profesiones.*
- ❖ *Cumplir sus actividades en todas las áreas que fije el programa respectivo, incluyendo consultorios externos, salas de internación, servicios de urgencias, centros periféricos y área extramural.*
- ❖ *Participar en la evaluación de los residentes”.*

A su vez, el Jefe de Residentes deberá participar de las actividades, proyectos, reuniones y/o encuentros que la Dirección de Capacitación y Desarrollo, a través de la Coordinación general de la Residencia, organice para garantizar el cumplimiento del presente programa.

Requisitos para presentarse a la Jefatura:

- ❖ Acreditar una buena evaluación del desempeño profesional durante su residencia.
- ❖ Elaborar el Proyecto anual de la jefatura definiendo :
  - 1- Diagnóstico de la capacidad formadora de su sede de Residencia, señalando las principales fortalezas y debilidades.
  - 2- Líneas de acción e innovación prioritarias para su Jefatura.
  - 3- Estrategias de implementación.
  - 4- Resultados esperados, a corto (anual) y mediano plazo.
- ❖ Presentar, en una única reunión organizada por el CODEI para tal evento, su proyecto de Jefatura ante los residentes, el Jefe de residentes y/o Instructor de Residentes, el Coordinador de Programas; el Jefe de servicio o a quien/ es el designe en su representación, el Secretario del CODEI o a quien/ es el designe en su representación, y representantes de la Sub-comisión de residencias.

A su vez tendrán prioridad los candidatos que:

- ❖ acrediten formación y/o experiencia docente previa .
- ❖ evidencien, a través de su trayectoria como residente, capacidad de conducción y manejo de relaciones interpersonales, capacidad de aprovechar la práctica diaria para transformarla en situaciones de aprendizaje y habilidades de articulación e integración de la residencia con el servicio, con otros servicios y con otras residencias del hospital

Por último, se deja constancia que en el acto eleccionario participarán SÓLO los residentes<sup>6</sup>.

---

(i) <sup>6</sup> Para conocer más precisamente el mecanismo de selección de jefes de residentes en vigencia, consultar en la Dirección de Capacitación el siguiente texto: “Recomendaciones y requisitos para la selección de jefes e instructores de residentes” junio 2003.

(i) 4.- **Estrategias De Capacitación**

Este programa establece una serie de criterios para seleccionar y priorizar actividades, que deberán adecuarse a las siguientes finalidades:

- ❖ Asegurar una intensa formación práctica.
- ❖ Promover la integración con los equipos de planta.
- ❖ Estimular la integración Asistencia – Docencia – Investigación.
- ❖ Integrar la formación teórica con la práctica.
- ❖ Fomentar la interdisciplina
- ❖ Estructurar sistemas de supervisión decreciente de la tarea
- ❖ Fomentar el compromiso del Residente superior con el aprendizaje de los Residentes de años inferiores.

En el marco del presente programa, y teniendo en cuenta las posibilidades y características propias de cada ámbito de formación, en cada sede se diseñará un **proyecto anual** que explicitará las actividades de capacitación en servicio.

Entre otras, será necesario incluir:

- Pases de Sala y de guardia.
- Ateneos de la Residencia, del Servicio y /o del hospital(i).
- Grupos de reflexión y discusión
- Actividades formativas no asistenciales(ii)
- Supervisiones clínicas.
- Actividades del “Día de Residencia” (iii)
- Actividades de Investigación.(iv)
- Organización de rotaciones
- Implementación de las pautas de evaluación.
- Participación en cursos de la sede y centrales
- Etc.

### (i) *Ateneos*

El Ateneo es una actividad central en la práctica hospitalaria. Los Residentes deberán participar activamente en los Ateneos de la Residencia, y en los del Servicio o los generales del hospital, según corresponda a la rotaciones que esté desarrollando.

### (ii) *Actividades formativas no asistenciales*

Este tipo de actividades deberá constituir el 40 % del total de la carga horaria del total de la residencia. Aunque en base al criterio de capacitación en servicio que orienta este programa, los contenidos de estos espacios siempre deben estar vinculados con las temáticas de la práctica asistencial, la protección de los mismos es esencial para la adecuada formación de graduados recientes.

Podrán ser **centralizadas** (un curso para todas las sedes) o **descentralizadas** (por sede o agrupando varias sedes)<sup>7</sup>.

En el segundo caso, se procurará el mayor agrupamiento posible en pos de garantizar de manera eficiente la participación de los profesionales más destacados en la función docente.

Por otra parte, se plantea la necesidad de que los contenidos y abordajes presentados en los espacios de formación garanticen la presencia de pluralidad teórica teniendo en cuenta las escuelas de mayor vigencia en la actualidad en la comunidad profesional y en el sistema de salud.

### (iii) *Día de Asamblea de la residencia:*

Un día por semana, todos los residentes pertenecientes a la misma sede se encuentran para desarrollar actividades programadas de docencia, investigación, monitoreo y evaluación de actividades.

### (iv) *Actividades de Investigación*

Se plantea que la incorporación de la investigación científica sea **progresiva** a través de los distintos años de la residencia, o sea, que se exijan diferentes habilidades o productos a alcanzar durante las sucesivas etapas del programa de formación. La propuesta es que esa experiencia se logre a través de pequeñas monografías, búsquedas bibliográficas, trabajos de revisión, análisis de estadísticas prestacionales, etc., durante los dos primeros años. Las mismas pueden estar articuladas con la realización de “investigaciones” por parte de los residentes superiores.

La Investigación, entonces, se considera una estrategia **transversal** que debe estar presente a lo largo de todo el desarrollo de la residencia, la misma adquirirá mayor formalidad en el tercer año a partir de un

---

<sup>7</sup> Más adelante, en este documento, se presentan los contenidos que se dictan en los cursos centralizados: Clínica de la Salud Mental I y II, Psicofarmacología, Interconsulta, Emergencias, y Salud Mental Comunitaria.



taller de Construcción de Diseños de Investigación, y durante el cuarto año con la consecución de una Investigación Científica que deberá ser aprobada para la finalización de la residencia.

La Investigación se podrá realizar en equipo, pero no mayor a tres personas.

El objeto de la investigación se relacionará directamente con un conjunto de áreas problemas vinculadas al Programa de la Residencia y al Plan de Salud Mental de la CBA, que presentará la Coordinación General de la Residencia de Salud Mental.

Cada Residente presentará entre el mes de marzo y mayo de tercer año de la residencia un anteproyecto de investigación y, durante los meses de junio y julio de cuarto año, el diseño en base al cual se elaborará la investigación.

Un Informe final preliminar se presentará entre enero y febrero del cuarto año, y durante el mes de abril el informe final.

### ***Sistema de supervisiones***

En cuanto a los docentes y supervisores, ya sean profesionales de la institución o invitados deberán estar compenetrados con los objetivos y la orientación de la formación del residente. Se aplicarán técnicas pedagógicas actualizadas y otros recursos que faciliten la enseñanza: grupos de discusión o reflexión, talleres, cámara Gesell, videos, observación directa de entrevistas diagnósticas familiares o grupales, coterapias, etc. (Plan de Salud Mental)

## 5.- Objetivos por áreas

Este Programa de Capacitación en Servicio organiza sus distintos espacios de formación tomando como ejes de la misma a las diferentes áreas que integran el sistema de salud mental del Gobierno de la Ciudad. De esta manera se propone una formación distinta a la sostenida en una lógica de materias o módulos académicos.

Por esta razón, los contenidos formativos centrales que se presentan más adelante no se corresponden puntualmente con estos ejes por áreas, dado que los conocimientos y habilidades (por ejemplo, los contenidos de clínica psicopatológica) son necesarios para el desarrollo del trabajo profesional en las distintas áreas.

### ***A.- CONSULTORIOS EXTERNOS***

Objetivo general:

Participar de las actividades clínicas, docentes y de investigación de los consultorios externos de un Servicio de Salud Mental.

Objetivos específicos:

#### Realizar entrevistas de admisión:

- Establecer motivos de consulta.
- Realizar diagnóstico presuntivo psicopatológico.
- Realizar diagnóstico diferencial de patología orgánica.
- Realizar exámen semiológico.
- Seleccionar estrategias terapéuticas evaluando sustentabilidad y accesibilidad a las etapas diagnósticas y terapéuticas.
- Decidir derivaciones y /o interconsultas
- Confeccionar historias clínicas

#### Conducir tratamientos:

- Realizar diagnósticos diferenciales
- Distinguir entre diagnósticos sindrómicos, nosográficos y de estructuras.
- Formular hipótesis acerca de las causas del padecimiento psíquico.
- Actualizar decisiones en torno a las estrategias terapéuticas.
- Operar en función de la situación transferencial o vínculo terapéutico
- Indicar exámenes complementarios e interconsultas.
- Evaluar y decidir la derivación a tratamiento psicofarmacológico.

- Decidir la finalización del tratamiento y /o derivación del paciente.
- Evaluar la eficacia de las estrategias clínicas implementadas.
- Definir y conducir tratamiento farmacológico si éste fuera necesario (médicos).

Operar en situaciones de crisis en el curso de las entrevistas de admisión o en el tratamiento propiamente dicho:

- Diagnosticar situaciones de crisis.
- Conocer modos de intervención frente a la patología aguda o subaguda.
- Dirigir una entrevista con el familiar del paciente
- Ubicar la enfermedad actual y antecedentes personales.
- Derivar, si correspondiera, a tratamiento psicofarmacológico y/o psicoterapéutico.
- Hacer uso de la Red de recursos de Salud Mental y /o lugares de derivación.
- Realizar tratamiento psicofarmacológico en caso que fuera necesario (médicos).

**PAUTAS DE IMPLEMENTACIÓN:**

La rotación por Consultorios Externos deberá tener una duración de al menos un año. Se recomienda iniciarse en el primero o segundo año de la residencia. La recepción de pacientes deberá ser gradual y progresiva, contando con una importante frecuencia de supervisión por parte de esencialmente de profesionales de planta, y también de jefes de residentes y residentes superiores (cuarto año).

***B.- SALA DE INTERNACION***

Objetivo general:

Participar de las actividades clínicas, docentes y de investigación que se desarrollen en la sala de internación de Salud Mental, integrándose a los equipos interdisciplinarios en los tratamientos de los pacientes.

Objetivos específicos:

- Evaluar la pertinencia de la internación según los criterios del servicio.
- Realizar el diagnóstico presuntivo, sindrómico, categorial y estructural.
- Definir el factor desencadenante y los antecedentes de la enfermedad actual.
- Evaluar la pertinencia de realizar entrevistas familiares.
- Reconocer la estructura familiar y las posibilidades de continencia.
- Participar en la decisión de la estrategia terapéutica y evaluar su desarrollo.

- Participar en la decisión del tratamiento psicofarmacológico, evaluar su eficacia, detectar los efectos adversos y colaterales de las drogas y controlarlos (médicos).
- Tender a sostener el lazo terapéutico del paciente con el equipo terapéutico que lo ha tratado anteriormente de manera ambulatoria (en los casos que corresponda).
- Participar en la decisión de los criterios de permiso de salida.
- Participar en la decisión de los criterios de externación, derivación, resocialización promoviendo ante todo la revinculación comunitaria y familiar del paciente.
- Confeccionar y evolucionar las historias clínicas y los informes judiciales.
- Abordar interdisciplinariamente al paciente y su familia.
- Realizar un seguimiento del paciente para facilitar el tratamiento ambulatorio luego de la externación con el fin de prevenir la reinternación, promoviendo la óptima articulación con los programas de rehabilitación, resocialización y desarrollo social y comunitario.

Intervenir en el desarrollo de tratamientos familiares:

- Realizar el diagnóstico familiar y de la situación actual.
- Participar en la decisión de las estrategias terapéuticas convenientes para facilitar una mejor contención familiar.
- Orientar a la familia para el acompañamiento del paciente.
- Intervenir en actividades grupales con pacientes internados (asamblea, grupo de sala, talleres)
- Conocer los criterios de admisión de los diferentes dispositivos grupales.
- Realizar el análisis de las situaciones grupales.
- Participar en la decisión de las estrategias de intervención y evaluar su eficacia.

**PAUTAS DE IMPLEMENTACIÓN:**

La rotación por Internación deberá tener una duración de un año, cuatro veces por semana. O bien, se podrá compartir con la rotación por rehabilitación y resocialización, extendiéndose un cuatrimestre más pero, disminuyendo la cantidad de veces por semana, para mantener la misma proporción en el contexto de todo el programa.

En términos generales, se recomienda su iniciación dentro del segundo o tercer año de la residencia. Deberá tratarse de un dispositivo de capacitación interdisciplinario que acompañe las actividades programadas por las salas de internación y que llevan a cabo los profesionales de planta. Supone participar de la presentación de pacientes, de los pases de sala y de guardia, ateneos clínicos, asambleas y otras actividades docente asistenciales. Es importante que los servicios de internación por donde roten los residentes tengan organizados todas estas actividades por parte de la planta.

Se estipula asimismo, la necesidad de una permanente supervisión por parte de – esencialmente- profesionales de planta, y también de jefes de residentes y residentes superiores (cuarto año).

## **C.- SALUD MENTAL COMUNITARIA**

Participar de programas y actividades, espacios de formación e investigación en salud comunitaria y APS, aportando la perspectiva de la salud mental, integrándose a los equipos de salud.

Objetivo general:

Participar de programas y actividades de salud, integrándose a los equipos de salud comunitaria y aportando la perspectiva de la salud mental

Objetivos específicos:

- Abordar los problemas de salud mental de la población participando desde los niveles institucional y/o comunitario, partiendo de un adecuado análisis de las principales características del contexto socio sanitario y cultural en el que se encuentra.
- Tender al desarrollo de experiencias de revinculación y resocialización de pacientes externados promoviendo al centro de salud como un ámbito destacado de referencia.
- Participar en distintas instancias de desarrollo de programas de atención primaria de la salud y salud comunitaria.
- Promover la articulación sistemática de los principales desarrollos teóricos respecto del Primer Nivel de Complejidad, la estrategia de Atención Primaria de la Salud, la Salud Comunitaria y, especialmente la Salud Mental Comunitaria; con las experiencias programáticas desarrolladas.
- Desarrollar la perspectiva de la salud mental a partir de la inclusión en los equipos de salud y en interacción con la comunidad.
- Participar en programas aplicando estrategias de coordinación de grupos poblacionales, de talleres con organizaciones de la comunidad, etc.
- Participar en investigaciones epidemiológicas o evaluativas relativas a las acciones del primer nivel de atención.

### **PAUTAS DE IMPLEMENTACIÓN:**

La rotación por Salud Mental Comunitaria deberá tener una duración de por lo menos 8 meses dos veces por semana a tiempo completo. Sólo en algunos casos excepcionales en los que los programas por los que se rote lo soliciten se podrá modificar hacia 6 meses tres veces por semana; o un año, una vez por semana. Podrá iniciarse en el primero, segundo o tercer año de la residencia.

## ***D.- INTERCONSULTA***

Objetivo general

Participar de las actividades clínicas, docentes y de investigación de los equipos de interconsulta de los hospitales generales de agudos o pediátricos

Objetivos específicos:

Realizar un trabajo con el equipo médico a fin de facilitar la resolución de los obstáculos que pudieran presentarse en la relación médico-paciente.

- Incluir la dimensión subjetiva del paciente, su familia, y el equipo médico ante los obstáculos presentados por la enfermedad orgánica.
- Realizar una evaluación psicológica del paciente atendido por el equipo médico tratante en los casos en los que el paciente lo solicite o bien, frente ante la necesidad de parte del médico de conocer el estado de la salud mental del paciente.
- Analizar y definir la demanda dirigida al interconsultor.
- Realizar diagnóstico diferencial entre patología psiquiátrica y enfermedades médicas que cursan con síntomas psiquiátricos.
- Implementar la estrategia más conveniente en base al consenso producido en el trabajo con el equipo de salud.

### **PAUTAS DE IMPLEMENTACIÓN:**

La rotación por Interconsulta durará al menos 8 meses, cuatro veces por semana. Se desarrollará en hospitales generales de agudos en equipos de interconsulta de importante trayectoria asistencial y académica.

## ***E.- EMERGENCIAS EN LA GUARDIA***

Objetivo general :

Participar de las actividades clínicas, docentes y de investigación de los ámbitos de guardia de salud mental, aportando al diagnóstico y resolución de situaciones de emergencia en los diferentes grupos étnicos y en guardia interna y externa:

Objetivos específicos:

- Conocer el funcionamiento de la guardia de un hospital.
- Utilizar adecuadamente los recursos de la red de salud mental del sistema de salud.
- Conocer los criterios de internación psiquiátrica y aplicarlos adecuadamente.
- Conocer los aspectos administrativos de la internación de pacientes.
- Considerar las implicancias jurídico-legales del trabajo en guardia.
- Conocer las normas de seguridad para el equipo de salud.
- Identificar los factores de riesgo que hacen de la consulta una emergencia.
- Realizar diagnóstico diferencial entre patología psiquiátrica y enfermedades médicas que cursan con síntomas psiquiátricos (médicos).
- Realizar hipótesis de diagnóstico presuntivo: semiológico, sindrómico y nosográfico o de estructuras.
- Realizar diagnóstico de situación socio-familiar y laboral.
- Proponer, justificar e implementar la estrategia adecuada para resolver la emergencia.
- Realizar un correcto abordaje familiar en crisis cuando sea posible.
- Confeccionar historia clínica.
- Aplicar correctamente la psicofarmacología pertinente para la emergencia.(médicos)

#### **PAUTAS DE IMPLEMENTACIÓN:**

La rotación por Urgencias y Emergencias durará al menos un año. Se podrá realizar a partir del segundo semestre de la residencia y no podrá iniciarse en el cuarto año. Deberá tratarse de un dispositivo de capacitación interdisciplinario que acompañe las actividades programadas por las guardias que llevan a cabo los profesionales de planta. Para la selección de los ámbitos de rotación por guardia es indispensable que en el staff de la guardia existan profesionales de la salud mental (psicólogos o médicos psiquiatras).

Según las características de la sede, se podrá organizar paralelamente a otras rotaciones, siempre y cuando se respete el porcentaje que corresponde en el programa)

#### ***F.- RESOCIALIZACION Y REHABILITACION***

Objetivo general:

Participar en la actividad clínica que se desarrolla en dispositivos terapéuticos tendientes a la resocialización y rehabilitación de pacientes con patologías graves.

## Objetivos específicos:

- Desarrollar un adecuado diagnóstico de situación del paciente, su familia y los recursos comunitarios para decidir las estrategias pertinentes.
- Diseñar estrategias que tiendan a la revinculación comunitaria, social y laboral del paciente, utilizando de manera óptima la información disponible acerca de la red de recursos de salud mental, desarrollo social, área laboral, educacional, tanto estatales como de las organizaciones de la comunidad.
- Conducir espacios de trabajo clínico grupales: grupos terapéuticos, asambleas, talleres.
- Utilizar herramientas de coordinación grupal tendientes a favorecer el intercambio y el lazo social entre los participantes, así como con su familia y/o comunidad.
- Conducir tratamientos individuales en el marco de estos dispositivos.
- Participar en los espacios de intercambio interdisciplinario del equipo de salud.
- Evaluar el proceso terapéutico en sus aspectos individuales, grupales y comunitarios.

### **PAUTAS DE IMPLEMENTACIÓN:**

La rotación por Resocialización y Rehabilitación durará 6 meses cuatro veces por semana. Próximamente se publicará un anexo con las modalidades y pautas de trabajo que se propongan.



## 6.- Contenidos del programa de la residencia

Sobre los siguientes contenidos<sup>i</sup> tratarán las actividades sistemáticas obligatorias de formación con distintas modalidades de implementación: invitación de expertos, cursos, talleres, seminarios, estudio de casos, clases teóricas, etc.

- ❖ Clínica individual, familiar y grupal:
  - Estructuras o configuraciones clínicas
  - Semiología psiquiátrica
  - Psicofarmacología clínica (obligatoria para médicos)
  - Clínica Neurológica (obligatoria para médicos)
  - Modelos terapéuticos
  
- ❖ Urgencias
  
- ❖ Aspectos normativos y legales de la práctica hospitalaria.
  
- ❖ Psicodiagnóstico
  
- ❖ Interconsulta
  
- ❖ Políticas y gestión de la salud mental.
  
- ❖ Salud mental comunitaria y Atención Primaria de la Salud
  
- ❖ Análisis institucional y grupal
  
- ❖ Dispositivos de Resocialización y rehabilitación
  
- ❖ Metodología de la Investigación Científica
  
- ❖ Planificación y evaluación de programas socio sanitarios.
  
- ❖ Epidemiología de la salud mental.

## 7.- Sistema de evaluación

La evaluación es un proceso de retroalimentación para un sistema de formación y capacitación en servicio. El sentido primordial es el de permitir su mejora continua.

La evaluación puede estar dirigida hacia distintas dimensiones del sistema, entre las que se priorizarán las siguientes<sup>ii</sup>:

- ❖ la evaluación del desempeño de los Residentes
- ❖ la evaluación que cada residente hace de cada rotación.
- ❖ la evaluación de las sedes y espacios de formación

### Evaluación del desempeño:

Evaluar el desempeño es evaluar integralmente la habilidad de un sujeto para realizar una práctica profesional. Esto incluye los modos de organización, retención y uso de los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para esa práctica.

Esta modalidad de evaluación se basa en la observación de la práctica profesional directa o a través de distintos indicadores.

El proceso de evaluación deben llevarlo a cabo al menos dos evaluadores, siendo imprescindible que al menos uno de ellos haya sido su instructor directo en la rotación correspondiente y siendo deseable que participe activamente de este proceso el jefe de residentes y el coordinador del Programa de la Residencia, cuando la rotación se desarrolla en la sede de origen.

Con respecto a la frecuencia, tanto en las rotaciones anuales como en las de menor duración, deberá asegurarse una instancia de evaluación formativa o de proceso al promediar la rotación y otra sumativa o de producto al finalizarla.

En todas las instancias de evaluación, se realizará una entrevista de devolución de resultados y sugerencias al Residente, oportunidad en la que el mismo firmará la aceptación y conocimiento de su evaluación.

### Evaluación general del desarrollo de la rotación:

Esta es una oportunidad para relevar información acerca de la percepción del residente acerca de la capacitación obtenida, quien la completará al finalizar la rotación y se adjuntará a su evaluación del desempeño en esa misma rotación.

Los profesionales responsables de la formación en cada rotación deberán conocer el Programa docente con los objetivos de aprendizaje, los instrumentos de evaluación y el instrumento con que se evaluará esa experiencia de formación.

### Evaluación de las sedes y ámbitos de rotación:

De manera coherente con lo expresado al inicio del presente documento donde se caracteriza a este programa de residencia como una red de capacitación en servicio con sus correspondientes requisitos, consideramos pertinente el desarrollo de un modelo de evaluación de las sedes y del programa en general.

El modelo de evaluación de las sedes será diseñado a la brevedad y debe contemplar por lo menos los siguientes aspectos:

- ❖ Desarrollos específicos del servicio o ámbito relevancia en algún área temática de la especialidad: por ejemplo, un programa abierto hacia la comunidad, un programa de investigación científica, un programa de formación profesional, etc.
- ❖ Actividades docentes: Unidad Docente Hospitalaria; organización de cursos, ateneos, carreras, etc; presencia de programa de Concurrencia
- ❖ Propuesta asistencial: características principales de los dispositivos de atención que se llevan adelante, análisis de la diversidad o especificidad de la demanda de atención, inclusión en las propuestas asistenciales de vínculos (ya existentes y consolidados) con otros efectores de distintos niveles de complejidad que favorezcan el trabajo interdisciplinario y el abordaje de la salud como fenómeno complejo.
- ❖ Antecedentes profesionales, de docencia e investigación de los responsables de la formación de los residentes

Modalidad de gestión del programa de la residencia<sup>iii</sup>: trabajo en equipo entre coordinadores de programa y jefes de residentes, carácter participativo de las actividades de la residencia con la planta, capacidad de los responsables de planta de constituirse en referentes intelectuales, profesionales y éticos para los residentes a partir de la su práctica profesional. Cumplimiento de los residentes de las pautas de trabajo propuestas por el servicio (siempre en el marco del presente programa).

---

---

**(8)**

**Salud Escolar**

**Salud Mental**

---

## **DIRECCIÓN DE SALUD COMUNITARIA**

### **PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR SUBPROGRAMA DE SALUD MENTAL PROMOCION - PREVENCION Y ASISTENCIA DE LA SALUD MENTAL EN LA ESCUELA**

Coordinadora General del Programa de Salud Escolar: Lic. Adriana González  
Coordinadora Area Salud Mental: lic. Silvia Vouillat

#### **MARCO DE REFERENCIA**

La elaboración de este subprograma, se ha realizado teniendo en cuenta las actuales problemáticas de la comunidad en este tema, y acorde a los lineamientos de la Ley 448/00 de Salud Mental, así como las acciones y estrategias están encuadradas dentro del marco del PLAN DE SALUD MENTAL 2002 – 2006, de la Dirección de Salud Mental de la Secretaria de Salud del G.C.B.A.

A partir de la articulación intersectorial entre la Secretaria de Salud y la Secretaria de Educación, se han elaborado las acciones relacionadas con el marco del Programa de Salud Escolar.

Es en este contexto, de articulación, interrelación e interdisciplina es desde donde se implementan las acciones para desarrollar el SUBPROGRAMA DE SALUD MENTAL DE SALUD ESCOLAR.

El trabajo conjunto y sistemático entre los equipos técnicos de profesionales, de la Secretaria de Educación: de los diferentes niveles educativos y los equipos técnicos de profesionales de la Secretaria de Salud, del Programa de Salud Escolar de las Areas Programáticas, C,E,S,A.C. – U.N.A.S.A.D – y servicios de Prevención de los Centros de Salud Mental, hacen posible y facilitan la participación e integración de la comunidad escolar en la planificación y ejecución de esta propuestas.

El subprograma se dirige a la comunidad educativa( padres- niños y docentes) en los niveles educativos Inicial-Primario- Medio y Superior, en el marco del Programa de salud Escolar (Decreto 3362/89).

#### **INTRODUCCIÓN**

Las nuevas situaciones, que nos impone la realidad, relacionadas con la aparición de patologías psicosociales, la emergencia, el recrudecimiento de factores de riesgo, todos ellos asociados con la desigualdad de oportunidades para un desarrollo sano, el aumento de la desestructuración familiar , los embarazos adolescentes, los accidentes, la reaparición de enfermedades infecciosas, la desocupación, constituyen indicadores esenciales para la comprensión de la necesidad de dar respuestas adecuadas y enfocar de manera integral, oportuna y ordenada la resolución de las nuevas necesidades en la comunidad educativa

El cambio notable que se evidencia en la comunidad escolar a partir de la demanda, por traumatismos, violencia, accidentes, maltrato, alcoholismo, drogadicción, tabaquismo, suicidio, fracaso escolar, S.I.D.A., meningitis, y cuyo común denominador es el componente social nos da cuenta del alto porcentaje de problemáticas del orden psicosocial existente y , que, sumado a la multiplicidad de otros factores, esta indicando la necesidad de enfocar las acciones deL equipo de

---

Salud Mental en forma interdisciplinaria, integrada e integral , desde la Estrategia de Atención Primaria y en concordancia con los equipos técnicos de la Secretaria de Educación.

Entendiendo a la Salud Mental como: “la capacidad del individuo, el grupo y el ambiente para interactuar el uno con el otro de tal manera que promueva el bienestar subjetivo, el uso óptimo y el desarrollo de las habilidades mentales (cognoscitiva, afectiva y relacional) y el logro de metas individuales y colectivas congruentes con la justicia y el mantenimiento y preservación de condiciones fundamentales de equidad” (Health and Welfare Canadá, 1988), se infiere que son temas importantes para la promoción de la salud mental:

- Sentirse bien (“bienestar subjetivo”),
- Las capacidades mentales actualizantes (aquellas que permiten pasar de la potencia al acto)
- La justicia social (equidad).

En la actualidad . las problemáticas de los niños, niñas y adolescentes en el Area de Salud Mental permiten dar cuenta de la impostergable necesidad de intervenir en las instituciones escolares, a partir de mejorar el vinculo con la comunidad educativa (padres-alumnos y maestros), basada en las necesidades de los alumnos en las diferentes etapas de su desarrollo y acorde a sus características individuales a fin de:

- Promover la formación de hábitos y estilos de vida saludables.
- Prevenir el fracaso escolar .
- Fortalecer la autoestima.

A partir de :

- Ampliar las actividades de Promoción, Prevención y Asistencia en los establecimientos educativos,
  - Reforzar la presencia de los equipos de Salud Escolar dependientes de la Secretaria de Salud en las instituciones educativas, a fin de , acompañar, orientar, apoyar, y asistir de manera interdisciplinaria, coordinada y articulada conjuntamente con los Equipos Técnicos de Orientación y Asistencia Escolar , de la Secretaria de Educación con dispositivos y acciones preventivas innovadoras , en las situaciones vitales y/o de crisis, que puedan presentarse en la población escolar y mejorando el acceso a los servicios de salud.
  - Facilitar la conformación de redes sociales y de servicios en la comunidad escolar.

Los rasgos que distinguen a las acciones a partir de este Programa son: :

- Su ubicación : Puede ser en la escuela, o en el Area Programática o en el Centro de Salud o en la U:N:A:S:A:D:. desde donde debe efectuarse el Primer Nivel de abordaje sistematizado de intervención.
  - La articulación intersectorial: entre Secretaria de Salud y Secretaria de Educación.
  - La articulación intrasectorial: entre los distintos niveles de atención a fin de conformar una Red de Servicios Asistenciales.
  - El abordaje interdisciplinario de las acciones.

A partir de los lineamientos vertidos en el Subprograma de Salud Mental del Programa de Salud Escolar, se apunta a fortalecer las acciones en y desde el ámbito escolar, como parte de una visión integral, e interdisciplinaria de la salud, tomando en cuenta el contexto familiar, comunitario y social, en el que los niños desarrollan conocimientos, habilidades y destrezas para el autocuidado de la salud, y la prevención de conductas de riesgo, facilitando la participación de todos los integrantes de la comunidad educativa (padres- alumnos y docentes) y contribuyendo a

---

fortalecer entre los niños, niñas y adolescentes relaciones y vínculos sociales igualitarios entre géneros.

Con la integración al Programa de Salud Escolar desde el Área de Salud Mental de nuevos enfoques, herramientas, dispositivos y la ampliación de ámbitos donde desarrollar nuestras intervenciones, se proponen ejes y lineamientos de acción a fin de facilitar la elaboración de las situaciones actuales de conflicto de los niños, niñas y adolescentes en la comunidad escolar, mejorar la calidad de vida y

Promover hábitos de autocuidado de la salud.

### **Objetivos Generales:**

- Favorecer la integración activa del niño, niña o adolescente en la comunidad escolar, a partir de la asistencia de las problemáticas que dificulten el curso del proceso de enseñanza/aprendizaje e interviniendo sobre ellas, y en los casos que lo requieran orientar una ordenada y oportuna derivación, a fin de prevenir el fracaso escolar

- Proteger, promover, y prevenir la salud en forma integral y asistir en forma oportuna y sistemática las problemáticas y / o trastornos de salud mental en forma integrada, a los niños, niñas y adolescentes de los establecimientos educativos pertenecientes a la Secretaría de Educación del G.C.B.A., en sus modalidades de enseñanza común y especial y sus diferentes niveles educativos, a partir de intervenciones psicológicas y psicopedagógicas.

- Optimizar las redes asistenciales desde del sistema de salud y facilitar la organización de redes sociales y comunitarias en el ámbito educativo.

### **Objetivos específicos:**

- Detectar en forma precoz las problemáticas de aprendizaje y/o conducta de los niños, niñas y adolescentes escolarizados.

- Elaborar un diagnóstico de salud integral y comunitario de las instituciones educativas.

- Prevenir el fracaso escolar.

- Diagnosticar, orientar y asistir en forma individual, grupal. o familiar a los niños, niñas o adolescentes detectados con problemáticas de aprendizaje o conducta.

- Promover, proteger y prevenir patologías psicosociales, en la comunidad educativa.

- Diseñar e implementar acciones de Educación para la Salud integral.

- Asistir diagnóstica y terapéuticamente a aquellos niños, niñas o adolescentes expuestos a situaciones de violencia y/o maltrato familiar.

- Articular y acordar con los equipos técnicos de la Dirección de Orientación y Asistencia educativa, de la Secretaría de Educación las estrategias adecuadas para el abordaje de los casos, dentro o fuera del ámbito escolar.

- Realizar la orientación y asesoramiento a los miembros de la comunidad educativa relacionada con problemáticas individuales o grupales requerida en los diferentes casos, según estimaciones diagnósticas.

- Optimizar la asistencia a tratamientos y la continuidad de los mismos en el sistema de salud.

- Facilitar el acceso al sistema de salud y la viabilidad del proceso asistencial a los miembros de la comunidad educativa.

- Organizar reuniones de información, asesoramiento y capacitación en temas relacionados con prevención de salud integral de la comunidad educativa.

---

- Articular estrategias conjuntas intersectoriales e interinstitucionales: (programas-jornadas- encuentros- entrevistas- talleres -charlas- diagnósticos - espacios de orientación y contención )

- Facilitar la implementación espacios lúdicos, dentro del ámbito escolar, como estrategia de promoción y prevención de la salud integral.

- Articular dentro del marco del Programa de Salud Escolar con otros subprogramas intervinientes en el ámbito escolar.

- Adecuar formas de abordaje o dispositivos a las nuevas problemáticas psicosociales , a partir de articulación intersectorial e interdisciplinaria,

- Facilitar la capacitación en servicio y supervisión en forma progresiva y sostenida de pre y posgrado a los profesionales y equipos operativos de salud mental.

- Confeccionar del apto psicofísico para los alumnos de carreras terciarias de nivel superior aspirantes a la docencia.

- Confeccionar de registros e informes periódicos para el seguimiento de las acciones y evaluación epidemiológica pertinente.

### **METAS:**

Se tomara en cuenta, el periodo escolar, para organizar las actividades.

Las cuales, serán implementadas bajo los tiempos estipulados , según las normas vigentes y el encuadre, relacionado con cada actividad.

### **DESARROLLO DE ACTIVIDADES:**

#### **ACTIVIDADES PARA LOS REFERENTES DEL AREA DE SALUD MENTAL- NIVEL PRIMARIO:**

Los profesionales REFERENTES DEL AREA DE SALUD MENTAL:

Sus funciones se relacionarán con la coordinación y efectividad de las acciones del Subprograma de Salud Mental en el marco del Programa de Salud Escolar (Dec: 3362/89):

- UBICACION GEOGRAFICA DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS : relevamiento de los diferentes establecimientos educativos pertenecientes a los distintos niveles de enseñanza: inicial-primario medio y terciario que se encuentran en el área de influencia del efector de salud: Area programática - Centro de Salud – U.N.A.S.A.D.

- DIAGNOSTICO DE SITUACION ESCOLAR: Diagnostico de la situación de salud de los establecimientos educativos de los distintos niveles de enseñanza en el área de influencia del efector de salud: Area programática - CESAC- UNASAD.-priorizando la situación de salud mental

- Articulación intra y extrasectorial de los profesionales del equipo de Salud Mental con diferentes instancias institucionales educativas, sociales y de salud de la Ciudad de Buenos Aires y en las Areas de referencia.

- Adecuar las prestaciones a bs requerimientos y posibilidades institucionales del sistema educativo según los casos y en relación a la demanda presentada por la comunidad: Admisión –recepción - Orientación- derivaciones protegidas – tratamientos - seguimientos e informes - facilitación de la red asistencial.

- Coordinación de los profesionales del Area de Salud Mental del Programa de Salud Escolar en los distintos efectores-

- Articulación con los equipos profesionales de Orientación y Asistencia Educativa (Secretaria de Educación) .



---

- Articulación de los equipos de consulta interdisciplinarios e intersectoriales con base en las escuelas y ámbitos educativos (consultarías) con el Equipo de Salud Escolar base del sistema de salud.

- Realizar un relevamiento de los diferentes establecimientos educativos pertenecientes a los distintos niveles de enseñanza: inicial-primario medio y terciario que se encuentran en el área de influencia del efector de salud: Área programática - Centro de Salud – U.N.A.S.A.D.

- Entrega del Registro de prestaciones del SubPrograma: REGISTRO DE ESCOLARES-SUBPROGRAMA DE SALUD MENTAL-PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR-

### **CASOS DERIVADOS POR LOS EQUIPOS DE ORIENTACIÓN y ASISTENCIA ESCOLAR:**

Teniendo en cuenta que el Programa de Salud Escolar, es un Programa interinstitucional e intersectorial, en una primera instancia: se tomara contacto con los niños, niñas o adolescentes, a partir de las derivaciones realizadas por los Equipos de Orientación y Asistencia Educativa, según flujograma establecido de derivación desde la institución escolar hacia el efector correspondiente de salud.:

**FLUJOGRAMA:**

**NIVEL PRIMARIO:**

- Los niños deberán ser detectados previamente en los establecimientos escolares, y derivados por los profesionales de los Equipos de Orientación Escolar, al Coordinador del Programa de Salud Escolar o Referente de Salud Mental del Programa de Salud Escolar, del efector de salud correspondiente.(Área programática - Centro de Salud- U.N.A.S.A.D.)

- El niño o su familia , a partir de un proceso de admisión , será incorporado como paciente / beneficiario del Programa de Salud Escolar a través de los profesionales del Área de Salud mental, a partir de una entrevista mantenida con el niño, y/o su familia.

- Se realizara el diagnóstico correspondiente, la reorientación pertinente, derivación y tratamiento adecuado , el cual podrá ser grupal o individual , según el caso.

- El equipo de Salud mental deberá mantener contactos sistemáticos y periódicos con los equipos de la Dirección de Salud Y Orientación Educativa a fin de mantener contactos fluidos, información actualizada y trabajar los diagnósticos, pronósticos y seguimiento de los casos , de manera fluida, sistemática y oportuna.

### **CONSULTORIAS ESCOLARES**

**CONSULTORIAS ESCOLARES:** Según Normativa establecida y acuerdos de articulación con los equipos de Orientación y Asistencia Escolar, equipos de apoyo Institucional y equipos de conducción de los establecimientos educativos de niveles Primario y Medio, **DEPENDIENTES DE LA DIRECCIÓN DE SALUD Y ORIENTACIÓN EDUCATIVA**

Funcionaran en los establecimientos educativos, integradas por los:

- **EQUIPOS DE CONSULTA INTERDISCIPLINARIOS E INTERSECTORIALES ESCOLARES:** Conformados por profesionales del Sector Salud Y del Sector Educación, a fin de poder intervenir en comunidades vulnerables, a partir de : detección-diagnóstico- orientación / reorientación y la confección de la ficha del escolar-asistencia y seguimiento de casos de alto riesgo de fracaso escolar, en los establecimientos de educación primaria .
- **GRUPOS DE ORIENTACIÓN Y JUEGO:** Integrados por alumnos/mnas de alto riesgo social, problemáticas de aprendizaje y/o conducta, que presenten serias dificultades para la integración y/o la adaptación escolar , con la imposibilidad de sostener un tratamiento en el efector de salud , o que dadas las condiciones afectivo-emocionales del niño y su familia sea aconsejable y posible trabajar en la elaboración de situaciones vitales, en el mismo ámbito escolar .

- **EQUIPOS CONSULTORES EN ENSEÑANZA MEDIA:** Integrados por profesionales y técnicos de salud y de las instituciones escolares, ha fin de intervenir en actividades de Promoción y Prevención de la salud en forma grupal, y con temáticas referidas a la salud integral en las comunidad escolar.
- **FICHA DEL ESCOLAR:** Se confeccionara en forma coordinada entre los equipos de salud y de orientación educativa, como informe y Documento del Programa de Salud Escolar, a partir de los equipos consultores que funcionan en los establecimientos de educación primaria. A partir de la integración de datos relevados y la confección de la FICHA DEL ESCOLAR podrá elaborarse un diagnostico , pronostico y seguimiento de la situación de cada escolar.

### **ESCOLARES QUE LLEGAN A CONSULTAR AL PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR-EQUIPO DE SALUD MENTAL NO ORIENTADOS PREVIAMENTE POR EL EQUIPO DE ORIENTACIÓN ESCOLAR:**

Estos casos pueden ser orientados por : docentes- directivos-equipo de salud escolar - profesionales del equipo de salud Escolar -equipo profesional de efectores de salud- demanda espontánea.

- En los casos, en que no haya interconsulta profesional y que los niños, o sus familias, no lleguen al Programa de Salud Escolar por la correspondiente derivación del Equipo de Orientación , se les realizara una entrevista de admisión y posteriormente se aclarara la situación informando adecuadamente al equipo de orientación Escolar.
- En los casos en que los profesionales de los Equipos de orientación Escolar, soliciten turnos para atención de los niños en el sistema de salud : el equipo de Salud Mental deberá:
- Solicitar al Equipo de Orientación Escolar el informe que fundamente la sugerencia o solicitud de tratamiento o intervención a los profesionales del equipo de salud a partir de la referencia y conclusiones de las acciones realizadas: entrevista con los padres- entrevistas con el docente- observación áulica del niño etc.
- Solicitar al Equipo de orientación Escolar el informe del maestro/tra y/o de los maestros de áreas complementarias: música- ed.física- plastica etc.
- Haber mantenido con los profesionales del Equipo de Orientación y Asistencia Educativa, por lo menos una entrevista de información y coordinación estratégica.
- Realizar la entrevista de admisión una vez que cuente con todos estos elementos.
- Implementar la reorientación y la derivación protegida correspondiente al caso dentro del sistema.
- Mantener reuniones periódicas de seguimiento estratégico de los casos trabajados.

- **CITACIÓN DE CRISIS O EMERGENCIA:**

En casos de crisis o emergencias, los profesionales del Equipo de Salud Escolar-area de Salud mental implementaran la/o las intervención/es de urgencia correspondientes a cada caso, :

- se trabajara con la comunidad educativa,
- se articulara con la red de servicios del sistema de salud y
- se procederá al seguimiento del establecimiento escolar, en forma coordinada con el equipo de educación, tanto en el nivel de escolaridad primario, como medio.

---

## **ACTIVIDADES PARA LOS REFERENTES DEL AREA DE SALUD MENTAL- NIVEL MEDIO**

- Los referentes del Area de Salud mental de Nivel medio del Programa de Salud Escolar, deberán tener contactos fluidos , periódicos, sistemáticos y oportunos, con los referentes de salud de las escuelas medias, profesionales psicólogos, orientadores pedagógicos etc., a fin de poder tener una información adecuada, y actualizada de la situación de salud de la institución educativa.
- Se deberá confeccionar un cronograma de visitas a las instituciones acordado previamente con los profesionales del sector Educación a fin de poder intervenir en los casos de crisis .
- Se deberá realizar un cronograma de visitas a fin de acordar, conjuntamente con las autoridades de la institución y sus referentes, actividades de Promoción y Protección de la salud.

## **PRESTACIONES-DISPOSITIVOS Y MODELOS DE INTERVENCIÓN ALTERNATIVA EN LA COMUNIDAD ESCOLAR**

Admisión/ Diagnostico/ Orientación/ derivación /tratamiento/ Consultarías Escolares. Según definición de prestaciones de normas vigentes en el sistema de salud.

**CONSULTORIAS ESCOLARES:** Según Normativa establecida y acuerdos de articulación con los equipos de Orientación y Asistencia Escolar, equipos de apoyo Institucional y equipos de conducción de los establecimientos educativos de niveles Primario y Medio.

## **ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LA SALUD EN LA ESCUELA**

**EDUCACIÓN PARA LA SALUD:** Talleres y/o actividades grupales y actividades de promoción y protección y prevención de la salud, según normas y acuerdos establecidos con los Equipos de Orientación y autoridades de conducción de los establecimientos educativos.

**ACTIVIDADES INTERSECTORIALES:** Se mantendrán periódicas reuniones, coordinadas desde los niveles centrales entre los equipos de Salud escolar y los equipos de Orientación Y ASISTENCIA ESCOLAR a fin de articular, coordinar y acordar criterios y metodologías operativas de intervención y seguimiento a nivel local en los establecimientos educativos de los diferentes niveles y modalidades inicial/ primario/ medio y terciario. Enseñanza común y especial.(Como mínimo 2 en el año)

**ACTIVIDADES INTRASECTORIALES:** Se mantendrán reuniones periódicas entre los diferentes equipos de profesionales de los centros de salud y Areas programáticas, y efectores del primer nivel de atención de salud , a fin de realizar la derivación y seguimiento de los casos ,acorde a las necesidades, en forma oportuna , sistemática y en forma preestablecida. Como mínimo 1 mensual.

**Encuentros de seguimiento estratégico:** Se realizaran encuentros periódicos , entre los referentes y /o profesionales de los equipos de salud y educación, a fin de realizar el seguimiento de los casos detectados y derivados , a si como devolución a la institución educativa y/u orientación a los docentes, según el requerimiento de los casos. Como mínimo 1 quincenal.

---

## PROYECTOS DE PROMOCION DE SALUD INTEGRAL EN LA COMUNIDAD

### EDUCATIVA:

Implementar la educación para la salud desde un enfoque integral en el ámbito escolar, con énfasis en el nivel local, con la participación activa de la comunidad y tomando la escuela como núcleo focal .

La educación en salud en el ámbito de las instituciones educacionales es un derecho fundamental de todas las niñas, los niños y adolescentes.

La salud está entrañablemente ligada al aprovechamiento del aprendizaje, a la calidad de vida y a la productividad económica.

Al adquirir y construir conocimientos sobre la salud en la niñez y la adolescencia, se adquieren valores, habilidades, destrezas y prácticas necesarias para la vida sana.

- Programar acciones que permitan dar respuesta a las necesidades de las instituciones educativas, poniendo énfasis en la articulación intersectorial, la facilitación , orientación, y apoyo de los diferentes equipos profesionales.
- Convocar y establecer compromisos con las organizaciones comunitarias a fin de consolidar redes sociales y asistenciales con la comunidad escolar, equipos de conducción , profesionales y equipos de base, a fin de co-responsabilizarse del control social de este proceso. Esto significa que la comunidad participe en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de educación en salud en el ámbito escolar, a partir de estrategias alternativas de participación e intervención comunitaria:

- Mesas de salud escolar-
- Escuelas Promotoras de salud-
- Mesas de Salud Distrital-
- Proyectos escolares de salud.
- Talleres y grupos de trabajo.
- Grupos de Padres y Docentes.
- Capacitación de agentes y promotores de salud en el ámbito escolar.

### **Actividades del equipo de salud mental en el nivel de Educación Superior:**

El equipo de profesionales de Salud Mental del programa de Salud Escolar, deberá realizar los aptos psicológicos, acordados conjuntamente con los aptos físicos en el marco del Programa de Salud Escolar a los alumnos de las escuelas de nivel terciario o Profesorados docentes al ingreso.

Para realizar esta actividad, se cuenta con el diseño de:

- Una ficha de registro de estudiantes.
- Un informe de la institución educativa.

---

## INDICADORES DE EVALUACIÓN:

- Cantidad De niños asistidos, por institución educativa en cada Area Programática- Centro de Salud-
- Cantidad de niños derivados por lo equipos de orientación y asistencia escolar, por cada institución educativa.
- Problemáticas y/o trastornos prevalentes, de los niños , niñas o adolescentes en las instituciones escolares, según A. Programática- Centro de salud-
- Cantidad de niños, niñas o adolescentes en tratamiento.
- Cantidad de niños , niñas o adolescentes dados de alta.
- Cantidad de niños, niñas o adolescentes que abandonaron tratamientos.
- Cantidad de juegotecas implementadas por institución educativa.
- Cantidad de consultarías escolares implementadas en establecimientos primarios-y/o medios.
- Cantidad de talleres de prevención específica (problemáticas de salud).
- Cantidad de talleres de prevención inespecífica, temáticas de salud integral.
- Reuniones de articulación intersectorial.
- Reuniones de seguimiento y derivación.
- Reuniones de articulación intrasectorial.

Se confeccionara la planilla de recolección de datos correspondiente a las actividades del Equipo de Salud mental del Programa de Salud Escolar:

“REGISTRO DE ESCOLARES ASISTIDOS: SUBPROGRAMA DE SALUD MENTAL-PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR”

Evaluar el nivel de impacto en la comunidad escolar, a través, de:

entrevistas- encuestas- y cuestionarios de satisfacción del usuario/ beneficiario e instituciones educativas-y equipos de Orientación y Asistencia Escolar y de Apoyo Institucional.

- Realizar el monitoreo permanente de las acciones a fin de poder determinar, las problemáticas, obstáculos, y reevaluar las acciones y reformular etapas del proceso.

Establecer prioridades y adecuación de las modalidades de atención, en relación a:

- La disponibilidad de recursos físicos.
- La disponibilidad de recursos humanos.
- Utilización de insumos.

Licenciada Silvia Vouillat  
Coordinadora Area Salud Mental  
Programa de Salud Escolar  
Dirección de Salud Comunitaria

---

(9)

Programa "Salud Mental  
en  
Adultos Mayores  
  
Red Asistencial de Salud Mental  
para  
Adultos Mayores.

**MARCO ESTRATEGICO DEL PROGRAMA**

Atento a la necesidades de desarrollar con mayor intensidad y extensión las acciones de Promoción, Prevención y Atención de la salud de Adultos Mayores , la Secretaria de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires ha decidido institucionalizar el Programa Salud Mental en Adultos Mayores y la Red Asistencial correspondiente, de acuerdo al crecimiento de la demanda - debido, entre otras causas, a la prolongación de la esperanza de vida en nuestro país-.

---

## **RED ASISTENCIAL DE SALUD MENTAL PARA ADULTOS MAYORES:**

En el año 1984 el Departamento de Salud Mental de la M.C.B.A. – actual Dirección de Salud Mental – constituyó una Comisión de Asistencia en Adultos Mayores integrada por profesionales de los distintos Servicios Hospitalarios y de Centros de Salud Mental de la M.C.B.A. que se encontraran trabajando sobre el tema. La Resolución N° 78/85 dio forma legal a esta Comisión cuyo objetivo fue el dictado de Normas de Atención que regirían el funcionamiento de la prestación Salud Mental en Adultos Mayores en el ámbito hospitalario municipal, siendo el Dr. Dalmiro Boto el representante por el Dpto. de Salud Mental.

Cabe destacar entre los distinguidos colaboradores de esta sub-área a los Dres. Mario Strejilevich y Ángel Papeschi.

En el mes de Junio de 1989, la Dra. Marta Leonor Méndez y el Dr. Dalmiro Boto proponen convocar nuevamente a representantes de los Servicios de Psicopatología y Centros de Salud que se hallaran trabajando con el Adulto Mayor en la jurisdicción municipal, entre ellos en los Servicios de Salud Mental de los Hosp., Durand, Pirovano y Tornú, rescatando objetivos planteados en el capítulo gerontes en el cronograma realizado en el año 1986, con la prioridad de evitar el aislamiento tanto del profesional como de la población añosa en general.

Con la colaboración de la Dra. Haydee Andrés como Asesora Científica se comenzó a trabajar en lo que se dio en llamar Red Asistencial de Salud Mental para Adultos Mayores reformulando el área, desde el envejecimiento como proceso a la vejez como parte del mismo.

El grupo de trabajo viene trabajando sistemáticamente desde su origen en 1984.

La modalidad de trabajo en Red de servicios pasó a formar parte como estrategia de acción eficaz para implementar las pautas programáticas del Plan de Salud Mental planteadas por la Dirección de Salud Mental (1990 – 1995), bajo Dirección del Dr. Ricardo Soriano.

### **OBJETIVOS GENERALES:**

- ✓ Optimizar las respuestas destinadas a la Salud Mental del Adulto Mayor en las áreas de prevención, asistencia, rehabilitación y resocialización en los Servicios de Salud Mental de los distintos efectores del sistema hospitalario del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- ✓ Incorporar nuevos abordajes y dispositivos no convencionales para la Prevención, Promoción y Asistencia de la Salud Mental en los diferentes ámbitos socioculturales.
- ✓ Mejorar la calidad de vida de las personas beneficiarias de los programas implementados, así como de sus redes de apoyo.
- ✓ Promover el intercambio de experiencias teórico-clínicas entre los miembros de los Equipos de Salud dedicados a la tarea con un enfoque interdisciplinario.
- ✓ Ofrecer un espacio de reflexión y contención a los grupos de trabajo desde la perspectiva de la Salud Mental, mejorando la posibilidad, de autocontención de los propios grupos.

---

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- ✓ Desarrollar acciones de Promoción y Prevención destinadas a un mejor desarrollo de un envejecimiento saludable.
- ✓ Satisfacer la demanda en Salud Mental de la población de Adultos Mayores ofreciendo respuestas integrales intra e interinstitucionales.
- ✓ Aumentar significativamente el recurso humano a fin de satisfacer el aumento de necesidades y demandas actuales.
- ✓ Capacitar y actualizar la formación de los trabajadores de la Salud Mental interesados en esta temática.
- ✓ Promover y sostener los lazos sociales y redes de apoyo que actuarán apoyando las acciones implementadas.-

## **ASPECTOS DEMOGRÁFICOS:**

### **Envejecer en un mundo cambiante:**

Vivimos en un mundo que esta envejeciendo. Si bien en los países desarrollados este hecho se ha reconocido hace tiempo, sólo recientemente se ha reconocido a nivel mundial como una característica definitoria del siglo XXI.

La percepción generalizada de que las personas de edad son enfermas o pensionadas está cambiando gradualmente. Los expertos en la materia, muchos de los cuales son personas de edad, utilizan en la actualidad varios enfoques ante el envejecimiento, incorporando aspectos no sólo de la demografía y las ciencias medicas, sino también de la psicología, las ciencias económicas, la antropología, la ergonomía, la sociología, la historia, el arte, la religión y la filosofía.

### **La revolución demográfica en el mundo:**

Para describir el enorme aumento del número de personas de edad en todo el mundo se han utilizado términos como “un terremoto demográfico” y “un nuevo orden internacional de la población”. Se espera que el porcentaje de personas de 60 años o más en todo el mundo se duplique con creces, pasando del 10% al 22% entre 2000 y 2050, año en el que igualará al de niños (de 0 a 14 años). Esta transición demográfica histórica da una pauta de elevadas tasas de natalidad y mortalidad, hará por primera vez en la historia del hombre, que los jóvenes y los viejos representen la misma proporción de la población.

En la actualidad, en las regiones desarrolladas el número de personas de edad supera al de niños, y las tasas de natalidad han descendido por debajo del nivel de reemplazo. En algunos países desarrollados, para el año 2050 el número de personas de edad duplicará con creces el de



niños <sup>(1)</sup>. En los países en vía de desarrollo para el 2050 el porcentaje del 8% actual se elevará al 21% y el de niños descenderá del 33% actual al 20%. En Argentina, se nota en la evolución de las pirámides de población un aumento significativo llegando casi a equipararse el % de niños y ancianos para el 2050.

(1) – Los datos demográficos que figuran en el presente informe se basan en publicaciones recientes de la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (ONU)

#### **ALGUNOS DATOS PARA TENER EN CUENTA SOBRE LA ARGENTINA:**

- ✓ En el año 1950 la cantidad de Adultos (de 20 a 60 años) era de 9.139.733 personas.
- ✓ La cantidad de Mayores de 60 años en 1950 era de 1.207.209 personas.
- ✓ En el año 2050 se estima que la cantidad de Adultos será de 26.936.340 personas.
- ✓ La cantidad de Mayores de 60 años en el 2050 se estima será de 9.446.684 personas.

*Así se observa que la población adulta crecerá un 294,72 % mientras que los mayores de 60 años crecerá un 782,52 %.*

#### **POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS. AÑO 2000 - 2005. ESTIMADO:**

<b>Las 5 provincias con más gente mayor:</b>	<b>%</b>
Capital Federal	16,8
Santa Fe	11,2
Córdoba	10,5
Buenos Aires	9,5
La Pampa	9,5

---

## **PREVENCION**

La población ha ido adquiriendo conocimientos a través de los diferentes medios comunicacionales respecto de las formas óptimas de cursar el envejecimiento y la vejez. Si bien las condiciones económico-sociales han ido pauperizando a nuestra sociedad se da la paradoja de que los integrantes de la misma se han ido concientizando acerca de aquello que no quieren seguir perdiendo, y en lo atinente a su salud mental saben que a pesar de las dificultades operantes en todos los niveles hay lugares a donde pueden concurrir en búsqueda de ayuda. Saben que muchas entidades intermedias son proveedoras de un espacio social que permite nuevas integraciones, que la re-socialización saca del anonimato, que la autoestima promueve la salud, que los emprendimientos comunitarios promocionan al sujeto. Las instancias organizacionales asistenciales y/o comunitarias produjeron y producen acciones de intercambio y reflexión favoreciendo la profundización de diferentes temáticas.

En esta línea de pensamiento la Red Asistencial de Salud Mental para Adultos Mayores viene produciendo acciones significativas en el campo de la promoción y la prevención de la Salud Mental.

Hoy a través de la Red Asistencial de Salud Mental se continúan realizando programas de corto, mediano y largo plazo, dichos programas sistemáticos nos han obligado en la situación crítica actual a multiplicar esfuerzos desde diferentes enfoques y con características variadas, siendo necesario el apoyo solidario entre las organizaciones.

El “viejo” ha alcanzado niveles de desprotección en todas las áreas de su ser, y de su quehacer. Esto nos ha llevado a mancomunar acciones estableciendo como absolutamente necesario el trabajo en Red.

### **PROPÓSITO**

Continuar promoviendo la acción articulada que permita integrar esfuerzos en la prevención de la calidad de vida en la vejez, dando mayor importancia a los aspectos sanos del Adulto Mayor, por ejemplo participación activa en la vida familiar y social.

### **OBJETIVO GENERAL**

Trabajar sobre los factores de riesgo a fin de prevenir la aparición de las diversas patologías que acosan a la vejez en estos momentos de crisis.

A mayor salud mental es menor la probabilidad de patologías orgánicas y psíquicas y por lo tanto menor riesgo para su autonomía.

---

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ✓ Auspiciar y valorizar los esfuerzos que en Prevención de la Salud se realizan desde las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.
- ✓ Generar un espacio donde las organizaciones de la comunidad diseñen acciones articuladas y/o integradas que tiendan a prevenir patologías psíquicas y/u orgánicas. El mantenimiento de la capacidad funcional máxima es el efecto a lograr.
- ✓ Convocar a los interesados a través de talleres de elaboración de propuestas.
- ✓ Acompañar los emprendimientos que se articulen en las diferentes etapas de elaboración, ejecución y evaluación.
- ✓ Promover la acción de Servicios de apoyo para denunciar abuso de ancianos, como así también informar a través de los diferentes medios de comunicación de los organismos ya existentes a tal efecto.

## **ASISTENCIA INTEGRAL**

La asistencia del paciente añoso exige el compromiso de disciplinas varias.

Arribar a un acertado diagnóstico de situación requiere analizar aspectos médicos, psicológicos, sociales, económicos y legales. La complementariedad de los diferentes diagnósticos encauzará las terapéuticas capaces de atender a la salud psíquica y orgánica de este grupo etéreo, tendiendo a un diagnóstico integral.

Cuando el viejo comparte su vida con su familia, ésta requiere también asesoramiento y/o asistencia. La capacidad asistencial debe abarcar a ambos a fin de generar salud.

En los casos de viejos solos la atención de la salud se complejiza, por lo tanto se deben generar recursos a fin de sostener dicha complejidad, contemplando el trabajo con sus redes de apoyo.

Por lo tanto será indispensable trabajar con la familia y con los cuidadores que deseen atender al Adulto Mayor dependiente.

## **PREVENCION EN LAS INSTITUCIONES ASISTENCIALES**

Se promoverá acciones en las áreas críticas de asistencia sanitaria, definiendo junto a los miembros de estos equipos las actividades conjuntas a realizar.

## **ASISTENCIA**

Esta Red tiene su origen en la comisión de 1984 de Asistencia en Salud Mental para Adultos Mayores, los participantes de la misma ya contaban con experiencia clínica respecto del trabajo con este grupo etáreo. Con la coordinación del Dr. Boto y la Dra. Méndez en el año 1989 se sistematiza la Red con los originarios profesionales convocados desde 1984. Los miembros de la Red asistieron a jornadas y congresos presentando trabajos originados en su experiencia clínica hospitalaria. Los momentos de admisión del paciente, el diagnóstico, evaluación o no de situaciones de riesgo, abordaje familiar con asistencia u orientación al mismo, diagnósticos diferenciales se fueron perfeccionando. Se implementaron así terapéuticas integrales que se focalizaban tanto en el plano psíquico como orgánico, realizando las derivaciones intra y extrahospitalarias con seguimiento de cada caso en particular. Se promovieron los lazos sociales derivando a instituciones recreativas zonales y en algunos hospitales se crearon acciones integradas con otras disciplinas: danzaterapia, musicoterapia, terapia ocupacional. A partir de 1990 se realizaron presentaciones intra y extrahospitalarias de estas actividades.

### **ASISTENCIA ESPECIALIZADA**

- ✓ Se sostendrán las acciones de asistencia en Salud Mental existentes en todos los Hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, acentuando el crecimiento de estas acciones en particular en aquellos equipos de Salud Mental que aún no cuenten con esta prestación.
- ✓ Se continuarán realizando acciones que promuevan el trabajo interdisciplinario, enfatizando la tendencia creciente en este campo.
- ✓ Los grupos de trabajo en Salud Mental contemplarán las tareas de admisión y de evaluación diagnóstica – diagnósticos diferenciales, situacionales, de interacción familiar – interconsulta intra y extrahospitalaria. En caso de ser necesario se solicitará asistencia jurídica como así la del Servicio Social.  
A posteriori se decidirán las acciones a seguir, tanto atención psicofarmacológica y/o asistencial de tipo individual, grupal, familiar o su orientación. Se decidirán las derivaciones pertinentes – talleres comunitarios, talleres de estimulación, o derivación a otros equipos (familia, pareja, según problemáticas y edades). Se propiciará el trabajo interdisciplinario con musicoterapia, danzaterapia, terapia ocupacional y actividades de estimulación (memoria, narración, creatividad, creación actoral, etc.)
- ✓ El Plantel profesional incluirá; Médico, Psiquiatra, Lic. en Psicología, Asistente Social, Terapeuta Ocupacional, Musicoterapeuta, con la totalidad de la carga horaria afectada en forma exclusiva en la temática.
- ✓ Los equipos recibirán de los Servicios de Justicia los requerimientos por éstos formulados, comunicando a posteriori diagnóstico, evaluación de riesgo, pronóstico y tratamiento propuesto.

- 
- ✓ La metodología de trabajo de cada equipo será consensuada entre los integrantes del mismo, teniendo en cuenta las diferentes propuestas emergentes atento a la variabilidad de la demanda y a lo producido por la experiencia asistencial propia.

### **DOCENCIA**

Los avances del conocimiento científico actual requiere la actualización permanente de los profesionales afectados a esta tarea, cuyo objetivo final es abordar desde múltiples facetas la problemática del envejecimiento y la vejez, intentando así cubrir la creciente y variada demanda actual.

La Red Asistencial de Salud Mental para Adultos Mayores estimula el intercambio de experiencias entre los componentes de la misma, como así también con otros referentes institucionales nacionales o extranjeros con funciones afines. Se optimizará la producción teórica y clínica, promoviendo la publicación y la difusión de trabajos referidos al tema como producto de las acciones desarrolladas.

### **INVESTIGACIÓN**

A fin de evaluar el proceso y resultados de las diferentes modalidades de trabajo presentadas se desarrollarán investigaciones que promuevan nuevos conocimientos y recomendaciones partiendo de los datos significativos resultantes.

### **PROYECTOS PRIORITARIOS**

1. Se continuará promoviendo la constitución de equipos especializados en Salud Mental que atiendan a este grupo etáreo.
2. Se otorgará prioridad a la Promoción y Prevención, tanto en el área comunitaria como hospitalaria.
3. Se reforzará la planificación y programación de cursos destinados a profesionales del área de la salud. Ésta modalidad de intercambio de conocimientos con las diferentes instituciones dedicadas al abordaje de esta problemática lo viene realizando esta Red Asistencial de Salud Mental para Adultos Mayores, apuntando a la formación y actualización con rotación de residentes y concurrentes por los centros integrantes de la Red Asistencial de Salud Mental para Adultos Mayores.

---

## RECURSOS HUMANOS

- ✓ El Recurso Humano necesario pertenece a la Secretaria de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- ✓ Los integrantes actuales de la Red continuarán con sus acciones y a cargo de las tareas de capacitación y actualización.
- ✓ Gastos en Recurso Humano: con asignaciones presupuestadas.
- ✓ El Recurso Humano de mínima para conformar un equipo interdisciplinario especializado en Adultos Mayores será: psiquiatras, psicólogos, trabajador social, musicoterapeuta, terapeuta ocupacional y recreadores especializado en diferentes áreas.

### ACTIVIDADES DE LA RED REALIZADAS

#### Participación – Conferencias y mesas redondas realizadas:

- ✓ “Hacia el programa de Salud Mental para el Área Metropolitana”.  
Dirección de Salud Mental. M.C.B.A., Jornada 1990. Dto. De Salud Mental. Secretaría de Calidad de Vida.
- ✓ III Congreso Multidisciplinario Tercera Edad. Asoc. Multidisciplinaria Tercera Edad. AMTEBA. Secretaria de Calidad de Vida. M.C.B.A. 1990.
- ✓ Ateneos Htal. Pirovano. 1991.
- ✓ VI Congreso Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria. 1991.
- ✓ Encuentro para una mejor Conciencia Gerontológica. Asociación Interdisciplinaria Tercera Edad. AITE. 1991.
- ✓ II Jornadas de la Tercera Edad y sus abordajes. Instituto Previsión Social. M.C.B.A.
- ✓ VII Foro Internacional de Salud. Federación Internacional Seguridad Hospitalaria. Mar del Plata 1992.
- ✓ Primer Seminario Taller Educación y Tercera Edad. Obra Social para la Actividad Docente – OSPLAD- 1992.
- ✓ Jornadas Municipales Salud Mental. Dirección Salud Mental. M.C.B.A. 1992.
- ✓ XXII Jornadas Científicas Htal. Pirovano. 1992.
- ✓ Congreso Municipal de la Vivienda en la Tercera Edad. Sistema Integrado de Salud. H.C.D. Ombudsman de la Tercera Edad. Ciudad de Bs. Aires. 1993

- 
- ✓ III Jornadas Tercera Edad y sus Abordajes. Secretaría de Promoción Social. Programa Acción Comunitaria. M.C.B.A. 1993.
  - ✓ Seminarios Htal. Pirovano. Área Adultos Mayores 1993.
  - ✓ V Jornada Multidisciplinaria Tercera Edad. Amteba y Escuela de Salud Pública. 1993.
  - ✓ Jornadas Municipales Capacitación Gerontológico. M.C.B.A. Secretaría de Salud. 1994. Dirección Epidemiológica.
  - ✓ Coordinación Grupos de Reflexión en dicho curso.
  - ✓ Jornada Centro de Salud Mental N° 12 y Htal. Pirovano. M.C.B.A. Exposición de trabajos. Coordinación de taller comunitario. Centro N° 12.
  - ✓ Jornadas sobre Práctica Hospitalaria. “Gerontología en Hospitales”. Htal. Manuel Belgrano. San Martín Pcia. Bs. Aires. 1995.-
  - ✓ III Congreso Regional Latinoamericano y VII Congreso Soc. Arg. Gerontología y Geriatria. 1995. Presentación de temas libres.- Coordinación Workshop. Talleres. Relatores. Mesas redondas.-
  - ✓ Presentación del SITE. Sistema Integrado para la Tercera Edad. Ombudsman y Parlamento de la Tercera Edad. 1993.-
  - ✓ Jornada Salud y Creatividad. Equipo Técnico Asesor de Políticas Sociales y Ombudsman Ciudad de Bs. Aires. 1995.-
  - ✓ I Congreso Argentino de Organismos Gubernamentales y no Gubernamentales por los Derechos de la Tercera Edad. Controladuría Gral. Comunal. 1996. M.C.B.A.-
  - ✓ Ciclo de Conferencias con debate. FOETRA. Sindicato de Bs. Aires. Y Centro de Jubilados y Pensionados Telefónicos “Don Jesús Fernández Días”. De Cap. Fed. Y Gran Bs. Aires.- 1996.-
  - ✓ “Los Talleres de la Ciudad”. Dirección de Salud Mental. Secretaría de Salud. Gobierno de la Ciudad de Bs. Aires. Taller: “Salud Mental y Vejez”. Coordinadora de Área. Bs. Aires. 5 de octubre de 1997.-
  - ✓ I Congreso Argentino Organismos Gubernamentales y No Gubernamentales por los Derechos de la Tercera Edad. Oficina del Ombudsman de la Ciudad de Bs. Aires. Bs. Aires, 1 y 2 de abril de 1996.-
  - ✓ II Congreso Salud Mental. Secretaría de Salud. Gobierno Ciudad de Bs. Aires. Presentación de póster “Prevención y atención primaria de la salud en Adultos Mayores”. Bs. Aires. Setiembre 1999.-

- 
- ✓ Encuentro Internacional “Psiquiatría, psicología y psicoanálisis frente a la problemática del siglo XXI”. Disertación tema: “Relaciones intergeneracionales”. Bs. Aires. Año 1999.-
  - ✓ Presidencia de la Nación. Seminario Tercera Edad. Cultura de una nueva organización. Año 1999.-

**Participación por invitación Organizado por Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria.**

**AÑO 2001: Participación por invitación:**

- Reuniones preliminares de preparación para la 2º Asamblea Mundial del Envejecimiento (Madrid-Abril 2002). Sociedad Argentina Gerontología y Geriatria. Asociación Gerontológico de Bs. Aires (AGEBA).
- IX Congreso Argentino Sociedad Argentina Gerontología y Geriatria. Bs. Aires, 8 al 11 de noviembre. Representación Foro Preparación Asamblea Mundial del Envejecimiento. Madrid – 2002.-

**AÑO 2002: Participación por Invitación:**

- 9º Congreso Internacional de Psiquiatría. Asociación Argentina de Psiquiatría. Octubre 2002. Coordinación mesa redonda “Abordaje psicoterapéutico del Adulto Mayor e situación de crisis”.

**AÑO 2003:**

- III Congreso Panamericano de Gerontología. 30\04 al 03\05. Mar del Plata. Presentación y Coordinación de dos mesas redondas “Diversidad y Singularidad. La Salud Mental ante la problemática de la diversidad” y “Propuestas en Salud Mental: La Creación en la Vejez”.
- Congreso Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP). Octubre 2003. Bs. Aires. Coordinación dos mesas redondas: “la creación actoral en la vejez” y “la sexualidad y el cuidador de ancianos”.
- Participación grupo de trabajo Curso Promotores Voluntarios en Salud. Secretaria de Salud. Gobierno C. de Bs. As. Año 2003. Dictado de clases en diversos hospitales. Curso Promotores en Salud Año 2003.
- 10º Congreso Internacional de Psiquiatría. Asociación Argentina de Psiquiatras. Coordinación y Participación en dos mesas redondas “Monólogos y Escenas. La creación actoral en un Programa de Prevención para el Adulto Mayor”. 21 al 24 de octubre 2003. Bs. As.
- A.P.S.A. – Congreso Psiquiatria. – Abril 2003 – Mesa Redonda – Coordinación – Mar del Plata.

**ASISTENCIA:**

- Liga Argentina Israelita Argentina. Jornada de Psicogeriatria. Servicio Psicopatología. Junio 2003.



---

### **ACTIVIDADES DOCENCIA:**

- ✓ Cursos de Post-grado Actualización en Geriatria dictados en el ámbito del Gobierno de la Ciudad de Bs. Aires. 1991-2003: Curso Htal. Durand – Htal. Ramos Mejía – Htal. Santojanni – Htal. Tornú – Htal. Penna – Htal. Pirovano – Curso Geriatria Hogar San Martín – Curso Actualización en Psicogerontología. G.C.B.A.
- ✓ Círculo Esteban Echeverría,- Colegio Médico de Morón.- Curso Superior Médicos Legistas.- (1990-1991).-
- ✓ Universidad de Belgrano.- Ftad. Humanidades.- Carrera Técnico en Geriatria y Gerontología. (1992).-
- ✓ Universidad de Belgrano.- Ftad. Humanidades.- Carrera Psicología.-
- ✓ Dirección Ejecutiva Servicios Sociales. M.C.B.A.- Área Prevención y Educación para la Salud.- H.C.D.- (1994).- Curso Formadores de Agentes de Salud.-
- ✓ Colegio Psicólogos Lomas de Zamora.- (1995-1996).-
- ✓ IV Curso Educación Médica Continua 2002. Sociedad Argentina Neurogeriatria. Dictado de clases.
- ✓ Curso Dpto. Prestaciones Sociales. Delegación Regional VI. IMSSJP/94.

### **CURSOS (ORGANIZADOS RED ASISTENCIAL DE SALUD MENTAL PARA ADULTOS MAYORES):**

- ✓ Pasantías Supervisadas de alumnos en Htales, centro de Salud y Hogares de día. Red de Asistencia en Adultos Mayores
- ✓ Año 2002: IV Curso de Posgrado. “Salud Mental y Vejez”. Abordajes en Instituciones Públicas. En Centro de Salud N° 3. Curso de 100 hs. Bs. Aires. Del 3 de abril al 18 de octubre de 2002. Alumnos cursantes: 35.
- ✓ III Curso de Posgrado. “ Encuentro Interinstitucional en Psicogerontología”. Asociaciones de Psiquiatras Arg. (APSA), Asoc. Arg. De Psicología y Psicoterapias de Grupo, Soc. Arg. De Gerontología y Geriatria y Facultad de Psicología (U.B.A.) Bs. Aires. Mayo a julio de 2001.
- ✓ II Curso de Actualización en Psicogerontología Centro de Salud N° 3. Bs. Aires. Agosto a diciembre de 1994.
- ✓ I Curso de Actualización en Psicogerontología. Centro de Salud N° 3, Bs. Aires, Agosto a noviembre de 1993.
- ✓

---

## **JORNADAS ORGANIZADAS:**

### **Jornadas Municipales: “Envejecimiento y Vejez” Organizadas por La Red Asistencial de Salud Mental para Adultos Mayores:**

- ✓ VI Jornadas. Encuentro con Centros de Jubilados y O.N.G. En el Centro de Salud N° 3, Bs. Aires, 13 de agosto de 1999. “Líderes”.
- ✓ V Jornadas En Colegio de Agrimensores, Bs. Aires, Setiembre 1997.
- ✓ IV Jornadas En Htal. Dr. Juan A. Fernández, Bs. Aires, Setiembre 1992.
- ✓ III Jornadas En Htal. Dr. Enrique Tornú, Bs. Aires, Año 1992.
- ✓ II Jornadas En Htal. Dr. I. Pirovano, Bs. Aires, 11 a 13 de diciembre de 1991.
- ✓ I Jornadas En Centro Salud Mental N° 11, 11 de diciembre de 1990.
- ✓ Supervisión Muestra Creación Actoral. Centro Cultural Recoleta. (2001-2002).
- ✓ II Jornadas: “Vejez: diferentes abordajes”. Conjuntamente con Universidad del Salvador. Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Bs. Aires. 20 de octubre de 2001.
- ✓ I Jornada “Vejez”. Conjuntamente Universidad Salvador (USAL). Año 2000.
- ✓ Jornada: “¡Atención! ... Mayores Creando.” Centro Cultural Recoleta, Bs. Aires, 2 de agosto 1998. Muestra sobre Actividades.
- ✓ I Encuentro 1997. “Muerte Digna”. Conjuntamente Hospital B. Rivadavia. Bs. Aires, Abril 1997.

### **Intercambios Institucionales**

- Presidencia de la Nación
- PAMI
- Sociedad Argentina Gerontología y Geriatria (SAGG)
- Asociación Gerontológica de Bs. Aires.
- Asociación Argentina de Grupo.
- Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP).
- Escuela de Psicoterapia para Graduados.
- Asociación Psiquiatras Argentinos (APSA)
- Liga Israelita.
- Dirección Sistemas Alternativos del Gobierno C. de Bs. As.

- 
- Hogares de internación – Gobierno C. de Bs. As.
  - Círculo Freudiano.
  - Asociación Arg. Terapia Ocupacional.
  - OSPLAD.
  - CISS (Conferencia Interamericana Seguridad Social).
  - CADAM (Comisión Americana Adultos Mayores).
  - Asociación Psicoanalítica Argentina (APA).
  - Relación con la comunidad :
  - Participación Arquidiócesis Ciudad de Bs. Aires.- Jornada Adultos Mayores – Pastoral Social de Adultos Mayores.
  - Participación Reuniones Centros de Jubilados. – Clubes – Centro Jubilados - OSBA
  - Intercambio con comités de ética de distintos hospitales.
  - Asesoramiento científico a alumnos cursantes del IV Curso de Salud Mental y Vejez.

## **CRONOGRAMA**

### **PRIMERA ETAPA: (6 a 12 meses)**

- Consensuar la implementación de una ficha clínica epidemiológica única.
- Fortalecimiento de los equipos de asistencia especializada existentes.
- Continuación de las actividades de Promoción y Prevención en Salud Mental (talleres de reflexión, estimulación cognitiva, actividades con familiares, encuentros intergeneracionales, etc).
- Continuación tareas de capacitación intra y extrared actualizando sus contenidos. Continuación curso “Salud Mental y Vejez” anual. IV Curso dictado a la fecha.
- **Sensibilizar a las autoridades competentes acerca de la imperiosa necesidad de la legislación que ampare a las cuestiones que se marcan en este Programa como atinentes al Adulto Mayor.**

### **SEGUNDA ETAPA: (12 a 36 meses)**

- Continuación Programas Asistenciales Comunitarios según datos epidemiológicos actuales y densidad poblacional geográfica.

- 
- Concientizar a las autoridades acerca de la promoción de actividades interdisciplinarias tendientes a ampliar las perspectivas que hacen a esta problemática cada vez más compleja.

**TERCERA ETAPA: (36 meses y más)**

- Promoción de asignación de recursos para implementar asistencia domiciliaria.
- Evaluación de los resultados de las actividades de la Red de Psicogerontología.
- Fijar nuevas metas en base al estudio precedente.
- Promoción de campaña de difusión en Medios de Comunicación acerca de pautas que hacen a la Salud Mental.

**RED ASISTENCIAL DE SALUD MENTAL PARA ADULTOS MAYORES**

**GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. SECRETARIA DE SALUD. DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL.**

**REPRESENTANTES:**

- |                             |                                                                |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------|
| ○ Director                  | Dr. Ricardo Soriano                                            |
| ○ Coordinadoras             | Dra. Marta Leonor Méndez                                       |
| ○ Htal. Penna               | Lic. Liliana de Feldman                                        |
| ○ Htal. Durand              | Lic. Telma Amestoy                                             |
| ○ Htal. Ramos Mejía         | Dr. Leonardo Dugatkin                                          |
| ○ Htal. Santojanni          | Dra. Alicia Kabanchik                                          |
| ○ Htal. Pirovano            | Dra. Marta L. Méndez                                           |
| ○ Htal. Velez Sarfield      | Dra. Haydee Marinaro                                           |
| ○ Htal. Álvarez             | Lic. Héctor Casal                                              |
| ○ Centro Salud Mental N° 12 | Dra.. Marta L. Méndez (colab.)<br>Lic. Noemí González (colab.) |

---

**PRINCIPIOS DE NACIONES UNIDAS A FAVOR DE LAS PERSONAS DE EDAD,  
RESOLUCIÓN 46/91.**

- ✓ INDEPENDENCIA.**
- ✓ PARTICIPACIÓN.**
- ✓ CUIDADOS.**
- ✓ AUTOREALIZACIÓN.**
- ✓ DIGNIDAD.**

---

(11)

**PROGRAMA DE INVESTIGACION  
Y  
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA  
EN SALUD MENTAL**

**AUTORES**

**Dirección de Salud Mental:**

**Dr. Ricardo Soriano  
Lic. Ana Roca**

**Hospital Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear:**

**Dr. Oscar Taber  
Lic. Roberto Cerra  
Lic. Carlos Urtubey**

---

## FUNDAMENTACIÓN:

Tal como se expresa en el Plan de Salud Mental 2002-2006, no se dispone de datos actualizados sobre los trastornos mentales y del comportamiento en la población de la Ciudad de Buenos Aires que permitan conocer la magnitud y distribución de los mismos.

El último estudio a nivel poblacional fue el realizado por el CONICET, hace ya más de 20 años, a través de su Programa de Epidemiología Psiquiátrica, entre los años 1979 y 1982. Las conclusiones indicaban que un 26 % de la población presentaba síntomas, de moderados a graves, que requerían de asistencia psicológica y/o psiquiátrica.

El Banco Mundial estima que el 8% de los años de vida perdidos, ajustados en función de la discapacidad, son atribuibles a las enfermedades mentales, proporción mayor que la asignada al cáncer (5,2%) o a las enfermedades cardiovasculares (2,6%). Por otra parte, según la Organización Panamericana de la Salud, se prevé un aumento en el siglo XXI de este tipo de patologías por lo que el capítulo de los llamados trastornos mentales ha pasado a ser una prioridad sanitaria.

En el primer estudio que permite comparar datos internacionales, realizado por la OMS utilizando la Entrevista Diagnóstica Internacional (*Composite International Diagnostic Interview - CIDI*), se concluye que: los trastornos mentales son los más onerosos en cuanto a morbilidad, debido a su alta prevalencia, cronicidad, inicio a edades tempranas, y deterioro en la calidad de vida. Se presentan diversos datos acerca de la prevalencia de los trastornos mentales y factores relacionados que proceden de estudios de la población general realizados en 7 países participantes en el Consorcio Internacional de la OMS en Epidemiología Psiquiátrica: América del Norte (Canadá y Estados Unidos), América Latina (Brasil y México) y Europa (Alemania, Países Bajos y Turquía).

Los trastornos incluidos en las entrevistas fueron: trastornos de ansiedad (trastorno de angustia, agorafobia, fobia simple, trastorno de ansiedad generalizada), trastornos del estado de ánimo (depresión mayor, distimia, manía), y trastornos asociados al consumo de sustancias (abuso y dependencia de alcohol y drogas). Se cree que los trastornos de ansiedad serían los de mayor prevalencia en Brasil, Canadá, Países Bajos y Turquía; mientras que aquellos por abuso de sustancias manifestaron mayor prevalencia en Alemania, México y Estados Unidos.

Las estimaciones de prevalencia de trastornos mentales variaron ampliamente de un estudio a otro, desde valores máximos de más del 40% para la prevalencia de todos los trastornos mentales a lo largo de la vida en los países Bajos y Estados Unidos, hasta valores mínimos del 12% en Turquía y 20% en México. La comparación de la prevalencia de los trastornos mentales a lo largo de la vida con la de aquellos de inicio reciente sugiere que los trastornos mentales tienen un carácter generalmente crónico. A su vez, los trastornos de ansiedad serían los de mayor cronicidad.

Se observaron diferencias por sexo en los tres tipos de trastornos, con mayores prevalencias para los de ansiedad y del estado de ánimo en las mujeres, y de consumo de sustancias para los hombres. También se estableció que los trastornos psiquiátricos aparecen normalmente a edades tempranas; con un promedio de edad de inicio de 15 años para los trastornos de ansiedad, de 26 años para los del estado de ánimo y de 21 años para los relacionados con abuso de sustancias.

Asimismo, los tres tipos de trastornos mentales incluidos en el estudio de la OMS se relacionaron positivamente con variables socioeconómicas. Es decir, se demostró una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos entre personas solteras, con menor nivel educativo, menores ingresos y desempleadas.

Hace tiempo se vienen realizando esfuerzos importantes por incluir en los estudios sobre prevalencia de trastornos mentales aquellos factores sociales, culturales y demográficos, que influyen en la prevención y asistencia de dichos trastornos. El reconocimiento paulatino acerca de la importancia de los factores sociales en la configuración de patrones epidemiológicos de salud mental, ha puesto de manifiesto la necesidad de encarar estudios interdisciplinarios capaces de abarcar la complejidad de los problemas planteados en el área. Dado que estos trastornos afectan a los sectores más desprotegidos y desfavorecidos de la sociedad, una de las prioridades es la implementación de intervenciones adecuadas que atiendan las manifestaciones en edades tempranas de los trastornos mentales y del comportamiento asegurando la calidad de los tratamientos.

---

La importancia que tienen las llamadas drogas sociales, alcohol y tabaco, es que son consideradas en la población adolescente como puerta de entrada al consumo de otras drogas (ilegales). La primera Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media, (SEDRONAR, 2002) dirigida a jóvenes escolarizados de 12 a 17 años, sobre una muestra representativa a nivel nacional y provincial del 85.3% del total de estudiantes registrados en el Censo Educativo Nacional del año 1999, arrojó los siguientes resultados: el consumo de alcohol alcanza al 75.1% de los estudiantes, el de tabaco el 46.7%, psicofármacos sin prescripción médica (estimulantes y tranquilizantes) el 9.5% y drogas ilegales (principalmente marihuana y otras) el 6.7%. A medida que aumenta la edad, la prevalencia del consumo es mayor (12 a 14 años: 35.2%, 15 a 16 años: 63.8% y 17 a 18 años: 73%). Lo mismo ocurre con el consumo de las otras sustancias psicoactivas (tabaco, psicofármacos y drogas ilegales). El 90% de los alumnos que tienen consumo actual de drogas ilegales, psicofármacos y tabaco, también consumen alcohol. La edad de inicio del consumo de drogas ilegales y psicofármacos es mayor que la edad de inicio del consumo del alcohol, por lo tanto, ésta sería la droga de inicio.

Otro estudio de prevalencia sobre el uso de sustancias psicoactivas (SEDRONAR, 1999) realizado en base a instrumentos epidemiológicos validados para Argentina y aplicada a una muestra probabilística en diferentes ciudades del país, obtuvo los primeros resultados nacionales en esta materia. En los últimos 30 días anteriores a la encuesta, el 72,5% de la población de 16 a 64 años, usó sustancias como alcohol o tabaco, el 2,9% drogas ilegales y el 1,2% medicamentos psicoactivos fuera de prescripción médica.

En lo que se refiere a la situación en la Ciudad de Buenos Aires, no obstante la falta de estudios poblacionales actuales sobre la prevalencia de los trastornos mentales y del comportamiento, se cuenta con los resultados de algunos estudios puntuales que permiten una aproximación al perfil epidemiológico de las personas que consultan y son atendidos en los efectores dependientes del Gobierno de la Ciudad.

En el trabajo “Epidemiología de los trastornos mentales” (Buenos Aires, 1999) realizado sobre una muestra de población adulta atendida en los consultorios externos de los Hospitales Fernandez, Piñero y Tornú, se concluye que: predomina el sexo femenino y el grupo etáreo entre los 18 y 50 años, el perfil socioeconómico corresponde a sectores medios empobrecidos, más del 50% tiene educación secundaria y/o universitaria, estando el 25 % desocupado en el momento de la consulta.

La frecuencia de los trastornos mentales y del comportamiento es la siguiente: neurosis (54%), depresiones (14%), psicosis (10%), trastornos de la personalidad (7%) y problemas con el ambiente social (6%).

Por otra parte, pese a carecer de información a nivel poblacional, hay datos que permiten inferir el aumento de los trastornos mentales y del comportamiento a lo largo de las últimas 2 décadas, especialmente en lo que se refiere a los trastornos de la ansiedad y las depresiones así como a las llamadas nuevas patologías, como los trastornos de la alimentación, la violencia en todas sus formas - familiar, social, abuso de menores - y las adicciones a drogas y alcohol, cada vez de comienzo más temprano, sin dejar de mencionar los accidentes y el suicidio.



---

## **ANTECEDENTES DEL PROGRAMA**

Durante los últimos años hubo varios intentos de la Dirección de Salud Mental para llevar a cabo estudios poblacionales en la Ciudad de Buenos Aires que, por diferentes razones, no se concretaron; fundamentalmente por la falta de financiamiento para un proyecto de esa magnitud.

Los registros de cada hospital y de la Secretaría de Salud proporcionan datos cuantitativos sobre el número de consultas realizadas y, en el mejor de los casos, sobre edad y sexo de los consultantes, pero no sobre los motivos de consulta y los diagnósticos psicopatológicos ni tampoco sobre otras características sociodemográficas que permitan construir un perfil de la población que concurre a dichos establecimientos.

Una de las dificultades para la construcción del perfil mencionado ha sido, históricamente, la falta de registros confiables y estandarizados que permitieran una sencilla y ágil recolección de los datos necesarios y su posterior sistematización.

La Dirección de Salud Mental, ha intentado a lo largo de los años implementar diferentes registros para ser utilizados en todos los efectores de Salud Mental, que permitan conocer, no solamente la cantidad de pacientes que consultan y el tipo de atención recibida sino las problemáticas prevalentes y las características socio-culturales y demográficas de la población, para así poder adecuar la oferta de servicios a la demanda existente.

Estos distintos registros, que incluyeron desde fichas de admisión hasta modelos de Historia Clínica, no tuvieron continuidad en el tiempo ya fuera por su extensión, inadecuado diseño, falta de tiempo de los profesionales para su confección e incluso por carencia de los elementos materiales necesarios (papel impreso, lugares para su archivo, infraestructura informática para el volcado de datos, etc.

Otro factor a considerar ha sido la falta de acuerdo por parte de los profesionales con respecto al modelo de Historia Clínica a utilizar y la información necesaria a recabar para permitir la realización de estudios epidemiológicos en forma sistemática y la comparación de los resultados a través del tiempo. Por otra parte, la multiplicidad de escuelas y líneas teóricas imperante en el campo de la psicopatología y la salud mental, hacen muy difícil la utilización de una clasificación diagnóstica única. A pesar de la existencia de una Clasificación Internacional de Enfermedades, propuesta por la Organización Mundial de la Salud, es muy difícil arribar a un consenso con todos los profesionales del área para su utilización.

Algunos estudios puntuales, realizados por la Dirección de Salud Mental, con la finalidad de rastrear determinada información en las Historias Clínicas existentes en los Servicios de Salud Mental, indicaron que es muy alto el porcentaje de registros que carecen de datos, tanto sociodemográficos como clínicos, incluido el diagnóstico, lo cual hace sumamente lento y trabajoso cualquier intento de relevar información por esta vía.

Todas las razones mencionadas han determinado que los pocos estudios realizados se hayan basado en encuestas o formularios especialmente contruidos al efecto, con las limitaciones y el costo que esto implica. La implementación de un modelo de Ficha epidemiológica, de adecuado diseño, en todos los consultorios externos de Salud Mental permitiría recabar fácil y rápidamente, los datos necesarios para construir un perfil de la población que consulta.

La Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires (448) asigna a la autoridad de aplicación, entre otras funciones, la de desarrollar un Sistema de información y vigilancia epidemiológica. Dado que en la actualidad, la Dirección de Salud Mental no cuenta con los recursos necesarios para garantizar el desarrollo de un proyecto de esta dimensión, surgió la idea de formalizar un acuerdo con el Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear para hacer posible la implementación y desarrollo del presente Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica.

Es necesario señalar que el acuerdo surge a raíz de las presentaciones realizadas por el Hospital Alvear en diferentes ámbitos del quehacer científico, en relación a un Programa de Calidad de la Atención en el cual se desarrollaba, entre otros, un Estudio Epidemiológico y Prestacional en el Servicio de Consultorios Externos de Adultos. Dicho estudio se inicia a fines del año 2000, instrumentándose con posterioridad el uso de una Planilla de Orientación-Admisión en el Servicio, a mediados de 2002, que dio origen a la presentación de informes periódicos y a la conformación de una base de datos de

---

aproximadamente 2000 entrevistas de orientación-admisión realizadas por el equipo de profesionales de Consultorios Externos del mencionado hospital.

A partir de abril de 2003, con la firma del Acuerdo de Cooperación e Integración entre la Dirección de Salud Mental y el Hospital Alvear, se reformula y se implementa una nueva Ficha de Relevamiento Epidemiológico haciendo extensivo el Programa a otros efectores del sistema con distintos perfiles como son los Hospitales de Agudos, Hospitales Monovalentes y Centros de Salud Mental.

Asimismo, cabe mencionar que en el marco de dicho Acuerdo, la Asociación de Psicólogos Municipales colabora con el equipamiento informático y la logística necesaria para la implementación del presente Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica.

#### **PROPOSITO:**

- Adecuar la oferta de los servicios de salud mental al perfil y a las necesidades de la población demandante
- Obtener información actualizada para la toma de decisiones de política sanitaria a partir de las problemáticas prioritarias detectadas en el área
- Crear un espacio de formación académica que permita orientar a profesionales e investigadores del área sobre la identificación de nuevos problemas de Salud Mental y aportar datos para profundizar en ulteriores investigaciones.

#### **OBJETIVO GENERAL**

Realizar un diagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento entre la población atendida en forma ambulatoria a partir de un relevamiento en Centros y Servicios de Salud Mental hospitalarios, con el objetivo de brindar elementos para la toma de decisiones y el diseño de líneas estratégicas de acción para la promoción, prevención y atención de la salud mental en la Ciudad de Buenos Aires.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Determinar la incidencia y prevalencia de los diferentes trastornos mentales y del comportamiento en la población de todos los grupos étnicos que consulta en forma ambulatoria en los efectores públicos de salud mental de la Ciudad
2. Elaborar el perfil sociodemográfico y epidemiológico de la población que consulta en forma ambulatoria en los Hospitales Monovalentes, Servicios de Salud Mental de Hospitales de Agudos y Centros de Salud Mental y Acción Comunitaria
3. Realizar el seguimiento y/o vigilancia de los trastornos mentales y del comportamiento a través del tiempo estableciendo comparaciones entre los distintos grupos étnicos
4. Examinar asociaciones entre problemáticas de salud mental y perfil demográfico, socioeconómico y cultural de la población que consulta
5. Contribuir al conocimiento de los problemas de salud mental de la población de la Ciudad de Buenos Aires y del área metropolitana
6. Instalar una Ficha Epidemiológica de rápido llenado para ser utilizada en forma continua en todos los efectores de salud mental de la Ciudad

- 
7. Relevar los diagnósticos, sexo, edad, procedencia, tratamiento indicado, administración de medicamentos, tipo de cobertura, nivel educacional y laboral de los consultantes
  8. Contar con una base de datos estimada, de acuerdo a las estadísticas elaboradas en la Dirección de Salud Mental, en 90.000 pacientes nuevos que consultan en los 30 efectores de Salud Mental por año.
  9. Proporcionar información a:
    - Los funcionarios y responsables de la gestión de las áreas vinculadas a la Salud Mental
    - Los profesionales de la Salud Mental insertos en los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires.
    - Los investigadores y las instituciones de formación de grado y postgrado, que podrán contar con datos actualizados sobre la situación de salud mental de la población que consulta en los Hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, permitiendo la concreción de otros tipos de estudio.

## ACCIONES

- Formalización de un acuerdo con el Hospital de Emergencias Psiquiátricas Alvear para la implementación en forma conjunta del Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica de la población atendida en forma ambulatoria en los hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
- Creación de una Comisión Mixta, integrada por la Dirección de Salud Mental y el Hospital de Emergencias Psiquiátricas Alvear, para el desarrollo del Programa mencionado cuyas funciones son: la elaboración, ejecución, coordinación y evaluación del proyecto de investigación y vigilancia epidemiológica
- Implementación de un estudio exploratorio para reexaminar criterios nosográficos, ajustar marcos conceptuales, relevar instrumentos existentes, a fin de modificar y/o diseñar los apropiados para el desarrollo del Programa
- Diseño del instrumento de recolección de datos: una Ficha Epidemiológica para ser completada por los profesionales que realizan la primera entrevista o Admisión de todos los pacientes que consultan en los Servicios y Centros de Salud Mental .
- Selección de los efectores que participarán del programa en la primera etapa y de los que se irán incorporando en forma progresiva hasta completar el total de los Servicios y Centros de Salud Mental. Los efectores se irán incorporando en la medida en que se pueda garantizar desde la Dirección de Salud Mental la provisión del material (ficha epidemiológica impresa) para aquellos que no dispongan de medios y el Servicio se haga responsable de entregar la información en tiempo y forma.
- Entrenamiento de los profesionales para la utilización de la Ficha y de las Clasificaciones Diagnósticas Internacionales, en caso de ser necesario.
- Las fichas serán distribuidas y recolectadas por el profesional responsable en cada efector y serán entregadas a la Coordinación General del Programa

- 
- La información será volcada a la base de datos que funciona en el Hospital Alvear por personal asignado especialmente a esta tarea, garantizando el resguardo de la identidad de los consultantes
  - Los Coordinadores Operativos del Programa elaborarán el informe correspondiente a cada Hospital y lo entregarán a la Coordinadora General del Programa (DSM) y al servicio o Centro de Salud Mental correspondiente

## **METODOLOGÍA**

- Se tomará como objeto de estudio a la totalidad de las personas que solicitan atención ambulatoria en todos los Servicios de Salud Mental de los Hospitales de la Ciudad, Centros de Salud Mental y Hospitales monovalentes. En una etapa posterior, se evaluará la posibilidad y conveniencia de extender el programa a las personas atendidas por los equipos de salud mental de los Centros de Salud y Acción Comunitaria (Cesac).
- La ficha epidemiológica será completada en la primera entrevista realizada con la persona que consulta, por los profesionales encargados de la Admisión
- Las variables incluídas serán las siguientes: sexo, edad, estado civil, nacionalidad, procedencia o residencia habitual, cobertura de salud, educación, condición laboral, tipo de consulta, tratamientos anteriores, uso de psicofármacos, diagnóstico e indicación terapéutica.  
Diagnóstico: se utilizará la Clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) y/o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), Capítulo V (Trastornos Mentales y del comportamiento) y Capítulo XXI (Factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los Servicios de Salud)
- Se realizará el procesamiento informático de la información recolectada y el cruce de las variables seleccionadas
- Se elaborarán los informes y las conclusiones
- Se formularán las recomendaciones pertinentes

## **FUNCIONES DE CADA INSTANCIA**

La Comisión Mixta tendrá las siguientes funciones:

- Elaboración, ejecución, coordinación y evaluación del proyecto de investigación y vigilancia epidemiológica

La Dirección de Salud Mental tendrá las siguientes funciones:

- Elaborar con la Comisión Mixta el proyecto de investigación y vigilancia epidemiológica estableciendo propósitos y objetivos, determinando las variables a incluir en el estudio y el diseño de los instrumentos de recolección de datos.
- Seleccionar los efectores del sistema que participarán del proyecto
- Recepcionar los datos de los efectores correspondientes
- Solicitar la designación de un responsable (Coordinador hospitalario) en cada uno de los efectores participantes
- Capacitar al personal hospitalario participante en la utilización de la ficha epidemiológica

---

El Hospital Alvear tendrá las siguientes funciones:

- Elaborar la base de datos en la cual se volcará la información recolectada
- Ingresar los datos de todos los efectores participantes.
- Confeccionar los informes y remitirlos, con periodicidad a establecer, a la Dirección de Salud Mental

Funciones de los responsables hospitalarios:

- Participar de las reuniones preparatorias y de evaluación con la Coordinadora General del programa y los Coordinadores operativos
- Distribuir las Fichas epidemiológicas a todos los profesionales encargados de la Admisión de pacientes en Consultorios Externos y recolectarlas diariamente
- Verificar que las Fichas tengan los datos completos
- Entregar las Fichas a la Coordinación General con la periodicidad que se establezca
- Recibir los informes elaborados para conocimiento del Servicio

### **INTEGRACIÓN DE LA COMISIÓN MIXTA:**

- Dr. Ricardo Soriano ( Director de Salud Mental)
  - Dr. Oscar Táber (Director del H.E.P.T.A )
  - Lic. Ana Roca (Psicóloga de Planta de la Dirección de Salud Mental)
  - Lic. Roberto Cerra (Psicólogo de Planta del Hospital Alvear)
  - Lic. Carlos Urtubey (Psicólogo de Planta del Hospital Alvear)
- quienes desempeñarán las siguientes funciones:
- Directores Ejecutivos del Proyecto: Dr. R. Soriano y Dr. O. Taber
  - Coordinadora General del Proyecto: Lic. Ana Roca
  - Coordinadores Operativos del Proyecto: Lic. Roberto Cerra y Lic. Carlos Urtubey

### **EFFECTORES PARTICIPANTES**

Los efectores seleccionados para participar en la primera etapa son los siguientes:

<b>HOSPITAL</b>	<b>RESPONSABLE</b>
Alvear	Lic. Roberto Cerra
Argerich	Dra. Odilia Menotti
Fernandez	Lic. Laura Milano
Elizalde	Dr. Juan Carrega
Tornú	Lic. Mariano Calla
Zubizarreta	Dr. César Bendersky
Tobar García	Lic. Estela Montes

### **RECURSOS MATERIALES**

Equipo de computación y sistema operativo facilitado por la Asociación de Psicólogos Municipales para este Programa)

Software necesario para procesar la información (creado por el Hospital Alvear)

Papel para impresión de las fichas epidemiológicas (será provisto por la Secretaría de Salud)

---

## RECURSOS HUMANOS

Personal necesario para ingresar la información a la base de datos (asignado por el Hospital Alvear)

## METAS Y CRONOGRAMA

Enero a Junio de 2003

- Análisis e interpretación de Informes de relevamiento epidemiológico del servicio de Consultorios Externos de Adultos, producidos y presentados por el Hospital Alvear en congresos internacionales ( durante los años 2002-2003)
- Conocimiento integral del software implementado
- Formalización del Acuerdo de Cooperación e Integración Científico-Técnica entre la Dirección de Salud Mental y el Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear
- Elaboración del Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica
- Diseño del nuevo instrumento de recolección de datos y readecuación del software
- Revisión y adecuación de las clasificaciones diagnósticas internacionales Julio a Diciembre de 2003
- Presentación del Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica
- Incorporación de los primeros 6 hospitales
- Reuniones periódicas con los responsables hospitalarios
- Evaluación de los resultados
- Elaboración de informes y conclusiones

Enero a Junio de 2004

- Incorporación de los siguientes 6 hospitales
- Reuniones periódicas con los responsables hospitalarios
- Elaboración de informes

Julio a Diciembre de 2004

- Incorporación de los siguientes 6 hospitales
- Reuniones periódicas con los responsables hospitalarios
- Evaluación de los resultados
- Elaboración de informes y conclusiones

Enero a Junio de 2005

- Incorporación de los siguientes 6 hospitales
- Reuniones periódicas con los responsables hospitalarios
- Elaboración de informes

Julio a Diciembre de 2005

- Incorporación de los siguientes 6 hospitales
- Reuniones periódicas con los responsables hospitalarios
- Evaluación de los resultados
- Fijación de nuevos objetivos y metas

---

## BIBLIOGRAFIA

- Plan de Salud Mental 2002-2006 para la Ciudad de Buenos Aires; Dirección de Salud Mental, Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), “La Salud de las Américas”. Tomo I (1998)
- Casullo, M.; Prevalencia de patologías mentales en la Argentina, Revista Medicina y Sociedad, Buenos Aires, Año 9, N° 3 (1986)
- “Comparaciones transnacionales en cuanto a la prevalencia de trastornos mentales y factores relacionados: estudio ICPE de la OMS”; Consorcio Internacional en Epidemiología Psiquiátrica de la OMS, Boston, 2001.
- Míguez, Hugo; Resumen de la Encuesta Epidemiológica sobre Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en Argentina; 1999.
- Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media, SEDRONAR, 2001.
- Gola Carmen, Milano Laura y Roca Ana; “Epidemiología de los Trastornos Mentales”; Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires; Año 4, N° 1 (1999)
- Milano Laura y Roca Ana; “Epidemiología e Historia Clínica. Estudio comparativo de dos instituciones públicas”, Jornadas del Hospital Fernández, Buenos Aires, 2001.
- Taber Oscar, Cerra Roberto y Urtubey Carlos; “Atención. Calidad e Interdisciplina”, presentado en el 9° Congreso Internacional de Psiquiatría y XVI Jornadas de Emergencias Psiquiátricas, Buenos Aires, octubre de 2002.
- Taber Oscar, Cerra, Roberto y Urtubey, Carlos; “Estudio epidemiológico-prestacional de la demanda en Consultorios Externos de un Hospital de Emergencias Psiquiátricas”, presentado en el XIX Congreso Argentino de Psiquiatría y IV Congreso Internacional de Salud Mental, Mar del Plata, abril de 2003.
- Cerra R., Movoszowicz N., Roca A., Soriano R., Taber O. y Urtubey C., “Estudio de la demanda en el Servicio de Consultorios Externos“, presentado en las Jornadas XX aniversario del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear, Buenos Aires, agosto de 2003
- Estudio de la Demanda y Calidad de Prestación, Universidad de Belgrano, Cátedra de Habilitación Profesional, Buenos Aires, años 2002 y 2003. Autores: Dr. Oscar Taber. Lic. Roberto Cerra y Lic. Carlos Urtubey.