

Programa “Buenos Aires libre de manicomios”

Programa de apoyo a los procesos de externación sustentable destinado a las personas institucionalizadas en los Hospitales Neuropsiquiátricos de la Provincia de Buenos Aires.

Hay que aprender a hablar de los pacientes sin hacerlo a la vez ni de camas ni de plazas. Ellos, para sorpresa de muchos, suelen vivir de pie y estar caminando.

B. Saraceno.

1. Fundamentación

Este programa se inscribe en el marco de lo previsto por la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) a la cual nuestra provincia ha adherido mediante la Ley Provincial N°14.580, y de los tratados internacionales a los que nuestro país suscribe, incluida la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. En función de las metas fijadas por la LNSM se destaca la previsión para el año 2020 de pasos decisivos que, si bien no podrán cumplirse en los tiempos previstos por la ausencia de políticas sostenidas en los últimos años, deben llevar a comprometernos para su pronto cumplimiento. Para ello es necesario la creación de herramientas capaces de impulsar, dinamizar y acompañar los procesos de cambio necesarios para lograr en la provincia de Buenos Aires un cambio en el modelo de atención de los padecimientos subjetivos.

Uno de los más sustanciales consiste en la transformación de los hospitales neuropsiquiátricos de la provincia para su sustitución definitiva por dispositivos con base en las comunidades (art. 27 de la LNSM). Para ello la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias de Género ha emitido una disposición (DISPC-2020-GDEBA-SSSMCPYVGMSALGP) el 7 de septiembre del año 2020 donde formaliza el comienzo de dicho proceso con plazos establecidos y estableciendo lineamientos de base para la reforma de los neuropsiquiátricos públicos de la provincia de Buenos Aires.

Simultáneamente se ha comenzado a construir e implementar un instrumento de relevamiento para dichos establecimientos, con el fin de monitorear el proceso y contar con información actualizada, veraz y accesible de la gestión del sistema de salud hospitalario, así como de la atención y de la situación de las personas que allí residen, al tiempo que se constituye como insumo para acompañar los procesos de adecuación institucional. De acuerdo al instrumento de relevamiento mencionado, al 31 de agosto del corriente año se encuentran 1610 personas internadas en los hospitales neuropsiquiátricos provinciales.

En este marco la creación del programa “Buenos Aires libre de manicomios” es una herramienta necesaria para dar impulso, fortalecimiento y despliegue a los procesos de externación de usuarios de forma cuidada y sustentable como parte sustancial de la transformación de los hospitales neuropsiquiátricos y de la garantía de los derechos de las personas con padecimiento subjetivo.

2. Diagnóstico, análisis del problema y cambio en el modelo de atención

El modelo tutelar y hospitalocéntrico sigue siendo el predominante a la hora de proporcionar asistencia y tratamiento a las personas con padecimientos subjetivos. A su vez, este modelo produce malos resultados no sólo en términos clínicos y sanitarios, sino también por la vulneración de Derechos Humanos que se produce en el marco de internaciones crónicas en instituciones monovalentes tal como es observado hace años por diferentes organismos de derechos humanos, órganos de revisión y constatado en numerosas causas judiciales.

Este modelo tradicional, no ha sido capaz de responder adecuadamente a las necesidades de salud mental de la población, tanto en términos de accesibilidad y calidad como en oportunidad. Sus intervenciones asistenciales son generalmente tardías en relación con el curso y procesos complejos que implican las problemáticas de salud; en la misma línea, las acciones de promoción y prevención son escasas en términos de las necesidades reales de la población general, así como la que se encuentra alojada en dichos establecimientos. En su gestión y modelo terapéutico, históricamente no se ha considerado el derecho de las personas a ser atendidas en el medio menos restrictivo de su libertad, ocasionando un mayor desarrollo de complicaciones, discapacidad psicosocial, así como también ha ocasionado daños simbólicos y materiales producto de la vida en instituciones asilares. Estos desarrollos traen como resultado personas con procesos de cronificación que sufren nuevos daños en la salud derivados principalmente de la institucionalización.

Para comenzar a dar respuesta a esta problemática, se propone el armado de un programa dirigido a la externación de personas de los hospitales neuropsiquiátricos públicos dependientes de la provincia, que pueda contribuir a la transformación del sistema de salud/salud mental. El nuevo modelo tiene su centro en la construcción de una **Red Provincial de atención en Salud Mental y Consumos Problemáticos** con base en las comunidades, en consonancia con uno de los ejes centrales dispuestos en la LNSM y su adhesión provincial.

El desarrollo de un **Programa de Externación Sustentable** implica necesariamente un proceso de desinstitucionalización. El significado que ha adquirido este término en experiencias avanzadas de reformas, y a la cual nos referimos en este programa, no se identifica con la mera deshospitalización que, por sí solo no produce reforma, sino vaciamiento del sistema de salud; su mala ejecución ha producido el abandono de las personas que estaban internadas, transinstitucionalización y reactivamente más reinternaciones y procesos de cronificación.

Desinstitucionalizar implica asimismo la reorientación de las prácticas de las estructuras institucionales a través de las cuales las personas con problemas de salud mental han adquirido su forma de existencia y expresión.

De este modo, el proceso de desinstitucionalización trae aparejado la reconstrucción de la complejidad de las problemáticas de salud mental. El énfasis no se pone ya sobre el proceso de curación sino sobre el proyecto de invención de la salud y de reproducción social de las personas institucionalizadas. Se trata de utilizar la riqueza de los roles sociales posibles. Pero es preciso promover activamente esta posibilidad, a través de la movilización de todos los actores

involucrados en el proceso, incluso a las personas usuarias que pasan a ser protagonistas y parte activa del mismo.

La desinstitucionalización libera de la necesidad de la internación crónica construyendo efectores y dispositivos alternativos de base comunitaria, que respondan a las necesidades de las personas externadas, devolviendo y asegurando el acceso igualitario a todos los servicios. Esto implica que empiecen a desempeñar un rol social valorizado y activo a la vez que se logra prevenir, al menos parcialmente, la profundización de discapacidades originadas en el aislamiento, la estigmatización y la segregación social.

A modo de síntesis, podemos decir que el logro de las externaciones y sustitución definitiva de los hospitales neuropsiquiátricos por dispositivos con base en la comunidad constituye un acto de justicia social encabezada desde el sector salud que marcará uno de los grandes hitos de la reforma del sistema sanitario argentino.

Es necesario trabajar progresivamente para desencadenar los cambios. Nuestra estrategia de Salud Mental señala el camino y nos lleva hacia nuestro objetivo final de una **Buenos Aires Libre de Manicomios** con más salud y más comunidad, contribuyendo a una sociedad sensibilizada y menos estigmatizante del sufrimiento mental donde las personas con padecimientos subjetivos no tengan que sufrir la discriminación, y donde la inclusión social sea una posibilidad para todos y todas. Básicamente una sociedad de la que todos y todas podamos ser parte.

3. Objetivo general

Contribuir al impulso, desarrollo e implementación de procesos de externación de base comunitaria que contemplen los obstáculos para su viabilidad y sustentabilidad destinados a todas las personas institucionalizadas en los hospitales neuropsiquiátricos, en el marco de una política pública de salud mental basada en la restitución de derechos en la provincia de Buenos Aires desde una mirada interdisciplinaria y un enfoque intersectorial.

3.1 Objetivos específicos

1. Participar en la toma de decisiones sobre los procesos de reconversión y descentralización de recursos financieros, humanos y materiales destinados actualmente a los hospitales neuropsiquiátricos desde una mirada integrada y estratégica de la provincia, teniendo como perspectiva la ampliación y fortalecimiento de los espacios y recursos comunitarios intermedios.
2. Fomentar la creación y desarrollo diversificado y articulado de recursos comunitarios intermedios para el abordaje integral de las personas externadas con criterios de georreferenciación.
3. Instalar un mecanismo de gestión y acompañamiento intersectorial a través de acuerdos y convenios específicos, así como la conformación de dispositivos específicos para transformar prácticas.

4. Propiciar acciones que tiendan a transformar los conceptos, prácticas y representaciones en los trabajadores de salud/salud mental en torno a Salud Mental Comunitaria y Derechos Humanos.
5. Reducir el estigma asociado a las personas con problemas de salud mental, especialmente aquellas que han sufrido procesos de institucionalización.
6. Analizar el proceso de implementación del programa en términos de sustentabilidad.

4. Población a la que se dirige

El programa se dirige a todas las personas que se encuentran institucionalizadas en los hospitales neuropsiquiátricos de la provincia de Buenos Aires.

5. Estrategia (E) y Acciones (A)

El desafío del programa consiste en un equilibrio entre el cumplimiento de los objetivos y la estrategia de adaptabilidad del sistema de salud/salud mental para lograrlos.

El énfasis estará puesto de manera continua en las necesidades de la población objeto de este programa. Externar a las personas que no tengan criterios clínicos para permanecer dentro de un hospital neuropsiquiátrico para que vivan en la comunidad implica una serie de sistemas apoyos que deben ajustarse respetando el máximo nivel de autonomía de cada persona. (art. 12 y 19 Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad).

Los desafíos en términos de sustentabilidad que significa la implementación de un programa destinado a la desinstitucionalización abarcan múltiples estrategias y acciones; así como fuentes de financiamiento propias de la provincia como municipales.

E1: Reconversión y descentralización de los recursos hospitalarios a la comunidad

A1: reconversión y posterior baja de las camas de salud mental, a excepción de los servicios para atención de crisis.

A2: descentralización de recursos humanos y materiales con criterios de georreferenciación, incluyendo el suministro de psicofármacos y otros servicios que permitan promover la externación en los servicios comunitarios.

E2. Financiamiento y fortalecimiento del Sistema de Salud/Salud Mental

Efectores dependientes de la Subsecretaría:

A1: inversión en recursos humanos, materiales, infraestructura, instalación de sistemas de registro, de información, y la implementación de instrumentos normativos (consentimiento informado e historia clínica) .

A2: reconversión y/o ampliación de los dispositivos y las prestaciones (Centros de Día, Centros Comunitarios, CPA, Unidades Residenciales, Equipos móviles de salud mental y de enlace comunitario) y diversificación de prestaciones.

A3: inclusión y fortalecimiento de Centros de Salud Mental Comunitaria, Centros de Día abiertos a la comunidad y Hospitales de Día con vista a la conformación de una Red Provincial de Salud Mental y Consumos Problemáticos .

Sistema de Salud/Salud Mental:

A3: inversión en recursos humanos e infraestructura en el sistema salud/salud mental que apunten a su mejoramiento y a profundizar un modelo de salud mental comunitaria:

- Promover la inclusión del componente salud mental en el primer nivel de atención de dependencia municipal.
- Creación de nuevos centros comunitarios y centros de días desde una mirada estratégica e integrada de las regiones sanitarias y sus necesidades priorizando un criterio de equidad, prioridad y solidaridad; sean estos centros de carácter municipal, provincial o de co-gestión municipal/provincial.
- Fortalecimiento e inclusión de servicios de salud mental, equipos y camas destinadas a internaciones de crisis en hospitales generales provinciales y municipales.

E3. Articulación Interministerial e intersectorial para el desarrollo y fortalecimiento de dispositivos intermedios y diversificación de las propuestas de inclusión social.

A1: búsqueda de diversas fuentes de financiamiento para la ampliación del número de viviendas destinadas a las personas externadas con diferentes niveles de apoyo.

A2: fortalecimiento y diversificación de subsidios para la externación.

A3: fomento de la inclusión laboral y educativa para las personas externadas.

A4: articulación e impulso para la generación de fondos de ayuda financiera para el impulso y fortalecimiento de emprendimientos sociolaborales.

A5: promoción de actividades artísticas, culturales, sociales, recreativas.

A6: fortalecimiento, fomento y articulación con organizaciones de usuarios y familiares de servicios de salud mental.

A7: instalación de un dispositivo específico intersectorial que facilite el acceso a la justicia, la revisión de las sentencias que imponen restricciones a la capacidad jurídica, las inscripciones de nacimiento fuera término y, en general, todos los aspectos vinculados con procesos judiciales que atañen a la población objetivo.

A8: impulso de acciones que garanticen la perspectiva de género y los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos y el derecho a ejercer la maternidad.

A9: establecimiento de acuerdos con medios de comunicación, que permitan articular espacios periódicos de formación e intercambios sobre ejemplos de inclusión comunitaria de personas con problemas de salud mental.

E4: Gestión de Equipos de Salud/Salud Mental de los Hospitales Neuropsiquiátricos.

A1: capacitaciones, generación de encuentros, supervisiones, seminarios y publicaciones que promuevan cambios de perspectiva en relación a los equipos de salud y la forma de trabajar con las personas usuarias.

A2: conformación de equipos mixtos e interdisciplinarios (que incluyan trabajadores transferidos de los hospitales neuropsiquiátricos).

A3: armado y/o reorientación de equipos y dispositivos de salud mental específicos e interdisciplinarios de carácter territorial destinados a personas externadas que requieren mayores niveles de apoyo.

A4: incorporación de operadores, agentes comunitarios y acompañantes terapéuticos en los equipos de salud mental.

E5: Reducción del estigma asociado a las personas con problemas de salud mental, particularmente aquellas que sufrieron procesos de institucionalización.

A1: interacción y contactos sociales de las personas externadas a través de la integración a los servicios sanitarios y sociales en sus respectivos contextos, el desarrollo de funciones o roles sociales activos y protagonistas, así como la participación en actividades de formación. Integración barrial.

A2: participación de las personas externadas en actividades comunitarias, utilización de recursos comunitarios, etc.

A3: diseño de una estrategia comunicacional que contenga imágenes positivas de personas con problemas de salud mental en piezas de información en canales habituales (redes sociales y otros).

E6: Producción de información sanitaria.

A1: producción de un sistema de registro e información periódica para evaluar el proceso global de transformación de las instituciones neuropsiquiátricas públicas de la provincia de carácter obligatorio

A2: Sistema de análisis, registro y monitoreo del proceso de implementación y sustentabilidad del programa.

5.2. Responsable del programa: Dra. Analía Zanatta

6. Sistema de información y registro

La observación continua del cumplimiento de las actividades del programa comprende:

- las actividades del equipo
- la medición de la cantidad como de la calidad de las diversas actividades programadas;
- el uso de indicadores que midan el proceso de la desinstitucionalización.
- evaluación de resultados

Complementariamente se puede medir la aceptabilidad y accesibilidad de los efectores y dispositivos comunitarios por parte de las propias personas usuarias y la comunidad en general.

Fuentes de información primarias y secundarias:

- Instrumentos de rutina: Historias clínicas, consentimientos informados, prescripciones de medicamentos.
- Fichas para el relevamiento periódico de los procesos asistenciales y externaciones en los hospitales neuropsiquiátricos.
- Mapas y monitoreo de acciones (base de datos).

Se podrán agregar instrumentos ad-hoc que permitan recoger información no rutinaria o dispersa en diferentes documentos, Por ejemplo: fichas de recolección de información sobre los recursos de los servicios, la población atendida, o la organización del trabajo en los servicios de salud mental.

Glosario

Desinstitucionalización: se define generalmente como un cambio en el lugar de la salud mental de los hospitales a la comunidad. Implica un proceso social complejo que moviliza a los actores sociales involucrados modificando las relaciones de poder entre las personas internadas y la institución, al mismo tiempo que se dispone de estructuras, dispositivos y reconversión de recursos de salud mental que sustituyen la internación en el hospital neuropsiquiátrico.

Estigma: identificación que un grupo social crea sobre una persona, o grupo de personas, a partir de algún rasgo físico, conductual o social que se percibe como divergente del grupo y de la subsiguiente descalificación por el hecho de ser miembro del grupo en cuestión. Puede considerarse como una marca (atributo) que vincula a la persona con características indeseables (estereotipos). En tanto proceso social implica a las etiquetas diagnósticas, separación, segregación, pérdida de status y discriminación en una situación de desigualdad de poder que lo permite.

Sustentabilidad: priorización de recursos en base principalmente a las necesidades de la población y la inversión de recursos para superar barreras claves en salud mental: acceso, calidad de atención y prevención de problemas de salud mental con beneficios y cambios en el mediano y largo plazo en la salud mental de la población.

Personas externadas que requieren mayores niveles de apoyo: son aquellas que presentan reinternaciones frecuentes, dificultades en la continuidad terapéutica, cambios frecuentes de profesionales y que reúnen al menos una de las siguientes características (que no sean simplemente secundarias a una crisis): riesgo significativo y persistente de daño personal, falta de autocuidado o aislamiento social. Concomitancia con consumo problemático de sustancias. Retraso madurativo orgánico leve o deterioro cognitivo leve. Falta de entorno social continente, dificultades en el establecimiento de lazos sociales, agotamiento familiar. Alto nivel de discapacidad entendida como incapacidad para mantener responsabilidades laborales, académicas o sociales acordes a edad y contexto sociocultural.

Reconversión: se refiere a la redistribución efectiva y transferencia gradual de sus recursos de los hospitales neuropsiquiátricos acompañado del desarrollo de servicios con base en las comunidades

Referencias bibliográficas

- Agrest M, Marcayano F. et. al. Leyes de Salud Mental y reformas psiquiátricas en América Latina: múltiples caminos en su implementación. *Rev. Arg. de Psiquiat.* 2018; (39): 334-345.
- Cáceres M, Druetta I, Hartfield M, Riva Roure M. El PREA, una experiencia alternativa a las lógicas manicomiales. *Rev. Arg. de Psiquiat.* 2009; (20): 299-307.
- “CELS (2014), Cruzar el Muro: desafíos y propuestas para la externación del manicomio”.
- Chiarveti S. La reforma de Salud Mental en Argentina: una asignatura pendiente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica.* 2008 (2): 173-182.
- Collins P, et al. Grand Challenges in Global Mental Health: Integration in Reserch, Policy, and Practice. *PLOS Medicine.* 2013; 10: 1-6.
- Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, Ley 26.378/2008.
- Criterios y sugerencias para la adecuación y el desarrollo de la red de servicios de salud mental. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2014.
- Faraone S, Valero, A, Bianchi E. et. El proceso de desinstitucionalización en salud mental. Aportes conceptuales para el análisis de las experiencias en Argentina desarrolladas a partir de la apertura democrática (1983). XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, 2009. Buenos Aires.
- Faraone S, Valero A, Torricelli F. et.al. Accesibilidad y Derechos Humanos: Análisis de los procesos alternativos al modelo asilar en Santa Fé y Tierra del Fuego. *Rev Argent Salud Pública.* 2012; 3(12):28-33.
- Goffman, I. (1968) *La identidad deteriorada* Editorial Amorrurtu: Buenos Aires.
- Keena C, Rossetto J. et.al. Dispositivos residenciales comunitarios asociados a la Colonia Nacional “Dr. Manuel A. Montes de Oca” de la provincia de Buenos Aires, Argentina. *Rev. Arg. de Psiquiat.* 2017; (28): 11-22.
- Ley 26.378/2008. Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Ley 26.529/2009. Derechos del Paciente.
- Ley Nacional de Salud Mental 26.657/2010 y su decreto reglamentario 603/2013.
- Ley 14.580/2014 de adhesión de la Provincia de Buenos Aires a la Ley 26.657.
- Link, B. & Phelan, J. (2001) Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Política, planes y programas de salud mental (versión revisada). Ginebra. OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (1990). Declaración de Caracas. Washington: OPS. Organización Panamericana de la Salud. (2005). Principios de Brasilia. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2010). Consenso de Panamá. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2007). La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington: OPS.
- Programa de Rehabilitación y Externación Asistida 1999-2008. Hospital José A. Esteves. Dirección de Salud Mental. Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires.
- Resolución 3250/2019. Recomendaciones para la sustitución definitiva de las instituciones con internación monovalente. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.
- Rotelli F, De Leonardis O, Mari D. Desinstitucionalización: otra vía. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría.* 1987; 8 (2): 165-187.
- Taylor Salisbury T, Thornicroft G. Deinstitutionalisation does not increase imprisonment or homelessness. *The British Journal of Psychiatry.* 2016; (208): 412-413.

- Vainer A. Prácticas Comunitarias en Salud Mental. Entre la reforma psiquiátrica y la desmanicomialización. Disponible en: <https://www.topia.com.ar/articulos/pr%C3%A1cticas-comunitarias-salud-mental-reforma-psiqui%C3%A1trica-y-desmanicomializaci%C3%B3n>
- Vigod et. al. Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review. The British Journal of Psychiatry. 2013; (202): 187-194.



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
2020 - Año del Bicentenario de la Provincia de Buenos Aires

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: Programa “Buenos Aires libre de manicomios”

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 9 pagina/s.