

RECOMENDACIONES PARA LA
RED INTEGRADA DE SALUD MENTAL CON BASE EN LA COMUNIDAD

ABORDAJE DE LA SALUD MENTAL EN HOSPITALES GENERALES

-2018-

Dirección Nacional de
Salud Mental y Adicciones

Secretaría de
Gobierno de Salud



Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Presidencia de la Nación



**ABORDAJE DE LA
SALUD MENTAL
EN HOSPITALES
GENERALES**

-2018-

Autoridades Nacionales

Presidente de la Nación

Ing. Mauricio Macri

Ministra de Salud y Desarrollo Social

Dra. Carolina Stanley

Secretario de Gobierno de Salud

Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

Secretario de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos

Dr. Mario Kaler

Subsecretario de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

Dr. Daniel H. Espinosa

Director Nacional de Salud Mental y Adicciones

Lic. Luciano C. Grasso

Participantes

Redacción:

Lic. Natalia Fuensalida, Lic. Agustín Pasquale, Lic. Gabriela Castro Ferro, Psiquiatra Alejandro Brain, Lic. Silvina Sosa, Psiquiatra Analia Zanatta

Colaboradores: Las presentes recomendaciones fueron elaboradas tomando los aportes surgidos en mesas de trabajo desarrolladas durante 2018 y de la cual participaron referentes y directivos de distintos servicios de atención en Salud Mental. En este sentido queremos agradecer la participación y colaboración de: Psiquiatra Cecilia Scheerle, Dirección de Salud Mental Comunitaria Municipio de Tandil, Lic. María Pía Guidetti, Secretaría de Salud Mental y Adicciones Pcia Córdoba, Lic. Claudia Simonini, Secretaría de Salud Mental y Adicciones Pcia Córdoba, Psiquiatra Susana Disalvo, Hospital Interzonal de Agudos Esp. en Pediatría Sor María Ludovica, Lic. Luis César Sanfelippo, Hospital General de Agudos Dr. T. Álvarez, Psiquiatra Mercedes Paula Gonzalez, Hospital General de Agudos Dr. J. M. Ramos Mejía, Psiquiatra Gabriel Hagman, Hospital General de Agudos Dr. J. M. Ramos Mejía, Psiquiatra Laura Scevola, Hospital General de Agudos Dr. J. M. Ramos Mejía, Dr. Alberto Trimboli, Presidente de la Federación Mundial de Salud Mental - WFMH, Coordinador del Sector de Adicciones del Hospital General de Agudos y Dr. T. Álvarez, TS Gilda Dabrowski, Equipo Regional de Intervención en Crisis - Programa de SM y Adicciones de la Región Sanitaria VI, Pcia de Buenos Aires.

Revisión:

Lic. Silvina Sosa, Lic. Daniela Bonanno, Ana Gimenez Rodriguez, Lic. Juliana Garate, Dr. Carlos Merenson.

Diseño Gráfico:

Jorge Daniel Barros.

Índice

07	Introducción
11	Fundamentación
12	Características generales
16	Prácticas, funcionamiento y enfoque de derechos
19	Guardia
21	Atención de la demanda espontánea
22	Atención ambulatoria programada
23	Interconsulta
24	Internación
29	Internación / Atención / Tratamiento de Niños y adolescentes
34	Marco legal y técnico
35	Glosario
38	Bibliografía

INTRODUCCIÓN



“No hay Salud Mental por fuera del campo de la Salud”

Salud Mental en la política de la Cobertura Universal de Salud.

Nuestro país tiene historia en cuanto a un Estado presente que garantiza el derecho a la salud. También sabemos que muchas veces el acceso a los cuidados no es el adecuado, si no se garantiza una cobertura real y oportuna, con integralidad y continuidad de los procesos de atención, con redes articuladas de salud que acompañen a las personas y garanticen el ejercicio del derecho en un sistema de salud continente y promotor de crecientes niveles de autonomía.

La Secretaría de Gobierno de Salud ejerce el rol de rectoría sanitaria en el país y en este contexto, promueve como política central la Cobertura Universal de Salud (CUS). Ésta propone la articulación e integración entre la Nación, las Provincias y los Municipios para garantizar el acceso equitativo, la cobertura efectiva, y consecuentemente, el ejercicio pleno del derecho a la salud.

La CUS posee como una de sus estrategias, la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria (ESFyC), con un fuerte componente territorial en el primer nivel de atención que propone la articulación e integración del sistema de salud, abordando diferentes problemáticas tanto desde lo biológico, psicológico, social y cultural en el ámbito comunitario y relacional de las poblaciones del país.

Esta estrategia define un Modelo de Atención en el que la población es nominalizada y georreferenciada y en el que los equipos de salud familiar y comunitaria son responsables de la producción de cuidados y de garantizar la integralidad de los procesos de atención. Con la CUS es necesario avanzar hacia un sistema de salud más equitativo, de calidad, integral y efectivo.

Salud Mental Comunitaria en la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria.

En el marco de la ESFyC, el abordaje de la salud mental es únicamente coherente en un Modelo de Salud Mental Comunitaria que promueva el abordaje integral del sufrimiento mental, tal como lo establece la normativa vigente a nivel internacional y nacional. Este marco normativo privilegia los modelos de abordaje comunitario basados en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud - APS.

En particular, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 es una norma que garantiza el derecho de todas las personas a la atención efectiva y oportuna de la salud mental, en especial se reconoce a la persona con padecimiento psíquico como un sujeto de derecho y plantea una modalidad de abordaje comunitario. En base a ello, se conceptualiza a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concepción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Este reconocimiento implica la promoción de la salud mental, la prevención y atención de padecimientos mentales, la participación comunitaria y la detección y el abordaje de los determinantes sociales de la salud. Las problemáticas relacionadas con el padecimiento psíquico constituyen eventos de relevancia en materia de salud pública, representando el 22% de la carga total de enfermedad en América Latina y el Caribe y presentan una tendencia en aumento. Estos eventos generan importante sufrimiento subjetivo y producen consecuencias en la trama económica y productiva de las personas y comunidades, con efectos invalidantes en la esfera vincular y social, contribuyendo a la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura (Organización Panamericana de la Salud, 2014; World Health Organization, 2017). Distintos documentos internacionales coinciden en que entre las problemáticas más prevalentes con mayor impacto en la salud de la población, se encuentran la depresión, las psicosis, el consumo problemático de drogas y alcohol, el suicidio y las violencias (OPS, 2014; WHO, 2017).

“Redes Integradas de Salud Mental con Base en la Comunidad”.

Desde la Secretaría de Gobierno de Salud se propone un Modelo de Atención que aborde efectivamente los problemas de salud mental de nuestro país, que sea acorde a los lineamientos de los organismos internacionales y a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (LNSM) y que sea respetuoso y promotor de los derechos de las personas, familias y comunidades, en pos del efectivo y real acceso a las prestaciones de salud / salud mental que su proceso de atención requiera.

Se trata de un modelo basado en la promoción de la salud y los cuidados, la prevención, atención y rehabilitación psicosocial. Un abordaje comunitario, integral, interdisciplinario

e intersectorial centrado en las personas y que entiende la complejidad de los procesos de salud – enfermedad – atención – continuidad de cuidados, en el ámbito territorial donde las personas desarrollan su vida cotidiana; así se asume que las problemáticas en salud mental son complejas y multidimensionales y se producen en el marco de un proceso de determinación social.

El desarrollo de un Modelo de Abordaje Comunitario conlleva la implementación de una Red de Salud Mental con Base en la Comunidad, integrada con los servicios de salud general y con articulación intersectorial. Este modelo se prescribe para los tres subsectores del sistema de salud e implica el desarrollo de diferentes efectores articulados en red: equipos de salud mental interdisciplinarios en los centros de salud del primer nivel de atención, servicios de salud mental en los hospitales generales, sanatorios y policlínicos (con atención ambulatoria, abordaje de las urgencias las 24 horas, interconsulta e internación), centros de día comunitarios, hospitales de día y de noche, diferentes modalidades de dispositivos para la inclusión sociolaboral y dispositivos habitacionales con diferentes niveles de apoyos, dispositivos de arte y salud mental, entre otros.

Todos los dispositivos mencionados deben estar integrados y articulados en función de cada proyecto terapéutico ampliado, como estrategia en la que la persona que padece y sus vínculos tienen un rol central.

Para ello, estas estructuras deben contar con los recursos necesarios: personal de trabajo de diferentes disciplinas y roles, psicofármacos, insumos, infraestructura adecuada, etc., implicando – necesariamente - una mayor inversión en el sector, así como la descentralización de recursos existentes desde las actuales instituciones monovalentes hacia estas estructuras de la Red. Esta Red debe sustituir de manera progresiva a las instituciones monovalentes, ya que no es complementaria de ellas.

Desde la perspectiva del Modelo de Abordaje Comunitario, la distinción de niveles no depende de las características específicas de los efectores, sino de la densidad que asume la Red Integrada de Salud Mental con Base en la Comunidad y de las dimensiones presentes en la intervención para brindar respuestas de acuerdo a la complejidad biomédica y social que presenta cada problemática. De esta manera, se concibe como máxima complejidad de abordaje a la propia comunidad y a las modalidades de articulación de la red con los diferentes sectores sociales, gubernamentales y no gubernamentales, cuyo fin es garantizar el correcto acceso a la salud en vistas a la inclusión social de las personas con padecimiento mental.

La implementación de la Red tiene como objetivo fundamental, brindar respuestas de salud a las personas usuarias de servicios de Salud Mental respetando sus lazos vinculares, garantizando el acceso a los cuidados formales necesarios y su articulación con los cuidados informales. Esta Red apunta a la integración y al sostén de las personas con padecimiento psíquico en la comunidad, entendiendo que toda persona es sujeto de derecho y valorando la diversidad.

El modelo de abordaje basado en la comunidad parte de la presunción de la capacidad de todas las personas y de su posibilidad de rehabilitación psicosocial. Se funda en el respeto y la promoción de los derechos humanos y propicia acciones del equipo de salud para acompañar el ejercicio efectivo de esos derechos. Apunta a superar la cronificación y la estigmatización, así como también a disminuir el incremento de las brechas de atención propios del modelo manicomial.

| Los Equipos de Abordaje Psicosocial en la Red.

En el marco de una ESFyC, que implica la creación de Equipos Interdisciplinarios, Núcleo y Ampliados en el territorio, se establecen Equipos de Abordaje Psicosocial (EAPS). Su función es de apoyo matricial para el abordaje de la Salud Mental. Por lo tanto, el desarrollo del trabajo de los EAPS implica un funcionamiento en red y referenciado con otros equipos de salud en el armado de proyectos terapéuticos singulares, según la población/territorio definido que implicarán acuerdos entre los actores, un diagnóstico territorial, la priorización de problemas y la explicitación de vías de comunicación. Es necesario entender la red como un espacio de mutua colaboración entre pares y no como un ámbito de derivación y recepción de casos.

Son equipos del primer nivel de atención para el abordaje de las problemáticas prevalentes en salud mental (depresión, ansiedad, consumos problemáticos de sustancias, violencias, entre otras), así como trastornos mentales severos. Los EAPS tienen el propósito de fortalecer a los Equipos de Salud Familiar (ESF), mejorar la calidad de atención, la respuesta a la demanda y la continuidad de cuidados de las personas usuarias.

| Internación en Hospitales Generales

La publicación "Atención en Hospitales Generales" forma parte de la serie "Red de Abordaje y Atención en Salud Mental Comunitaria", y tiene como objetivo acercar sugerencias y recomendaciones como herramientas de trabajo que orienten a la adecuación, la creación y el desarrollo de Servicios de Salud Mental dentro del ámbito de atención de hospitales generales. Se halla enmarcado en la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, de su decreto reglamentario N°603/2013 y el Plan Nacional, entendiendo que la atención de la Salud Mental no debe efectuarse en instituciones monovalentes, si no que promueve, cuando sea necesario y se hayan rebasado las posibilidades de atención en terreno, la internación en hospitales generales.

Estas Recomendaciones incluyen lineamientos y sugerencias para la adecuación y/o fortalecimiento de los servicios de Salud Mental en hospitales generales, los cuales deberán garantizar la atención sanitaria y social, integral y humanizada, con énfasis en la promoción de la salud, prevención e inclusión social de personas con padecimiento mental.

FUNDAMENTACIÓN



Desde el punto de vista jurídico, el acceso a prestaciones sanitarias concernientes a problemáticas de salud mental constituye un derecho amparado en la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 y en la Ley Nacional de Derechos del Paciente N°26.529, y demás normativas nacionales e internacionales tendientes a garantizar los derechos de los usuarios de los sistemas de salud / salud mental.

Se encuentra ampliamente probado que el abordaje de la salud mental dentro del ámbito de atención en un hospital general disminuye el riesgo de segregación, cronificación, abandono y de abusos a la integridad psicofísica de los usuarios, lo cual ocurre con mayor frecuencia en las instituciones monovalentes. **Sanitariamente, la existencia de un servicio de salud mental en un hospital general favorece a un enfoque integral de los problemas de salud, permite que se realicen interconsultas y fortalece la adherencia a los tratamientos. La inclusión de la atención en salud mental en estas instituciones, garantiza un mejor abordaje de la urgencia, disminuye tiempos de internación favoreciendo la inclusión en la comunidad¹.**

¹ Cohen – Natella, La desmanicomialización: Crónica de la reforma en Río Negro, 2013.



CARACTERÍSTICAS GENERALES

Estas recomendaciones están dirigidas a las áreas cuya función es la atención de la salud mental en los hospitales generales y en los hospitales pediátricos, materno-infantiles e instituciones especializadas en el abordaje de adolescentes. Independientemente que dicho área sea institucionalmente denominada “servicio” o funcione bajo otra denominación.

El servicio de salud mental de un hospital general recibirá y brindará respuesta a todas las problemáticas de salud mental y adicciones y a toda la población objetivo que concurra al nosocomio.

➤ El criterio de atención debe seguir los lineamientos plasmados en el artículo N° 3 de la Ley 26.657 donde se indica que “se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”, por lo tanto toda problemática que implique padecimiento subjetivo en el usuario es susceptible de atención en el servicio de salud mental.

➤ El servicio de salud mental debe estar integrado a la estructura edilicia del hospital, no debe tener características relacionadas con el encierro o con la presunción de peligrosidad o incapacidad de los usuarios de dicho servicio. Deberá estar situado preferentemente en la planta baja, y el control de acceso al mismo se compartirá con el resto de las áreas, evitando el aislamiento del usuario y favoreciendo el contacto con el resto de las áreas de hospital. No obstante, deberá garantizar las medidas de protección y bio-seguridad hacia los usuarios al igual que todas las áreas del establecimiento.

➤ Es importante garantizar un servicio con criterios flexibles de abordajes acordes a la problemática de la comunidad.

➤ Deben ser contempladas las distintas alternativas de la vida cotidiana de la comunidad. Se debe planificar el horario de atención teniendo en cuenta los horarios laborales, escolares y los diferentes tipos de organización familiar que existan en la comunidad. Por este motivo, se debe contar con actividades de atención y abordaje

en horario matutino y vespertino. Es importante que la actividad de la atención clínica ambulatoria no esté concentrada en una única franja horaria.

➤ Se recomienda una guardia donde se realice una atención interdisciplinaria de las urgencias durante las 24 horas.

➤ El equipo de atención debe ser interdisciplinario y con capacitación permanente, y preferentemente compuesto por:

1. médico/a psiquiatra,
2. psicólogo/a,
3. trabajador/a social,
4. enfermera/o con capacitación en salud mental,
5. personal terapéutico,
6. También se debería contemplar la presencia de profesionales especializados en salud mental infanto-juvenil, y se debe contar con la capacidad de desarrollar abordajes territoriales².

Las prestaciones brindadas por un servicio de salud mental deberían abarcar todo el posible recorrido terapéutico – institucional del usuario:

INTERVENCIONES CLÍNICAS

Recepción y admisión.

Atención interdisciplinaria de las urgencias durante las 24 hs.

Internación³.

Atención de la demanda espontánea.

Atención ambulatoria programada.

Psicoterapia individual y grupal.

Tratamiento psicofarmacológico.

Interconsulta.

² El hecho de no disponer de la totalidad óptima de profesionales necesarios para conformar un equipo interdisciplinario acorde a lo establecido por la ley 26.657 no debe implicar la suspensión o ausencia de la atención, la cual debe sostenerse con el personal disponible durante el periodo que implique la conformación de dicho equipo.

³ Ajustada a los lineamientos establecidos por la Ley nacional de Salud Mental N° 26.657 y su decreto reglamentario 603/13.

Hospital de día.

Evaluación diagnóstica situacional e integral.

Elaboración de plan terapéutico individual para cada persona, con su participación y la de los referentes vinculares que correspondan.

Articulación con los equipos de salud con los que la personas tuvieron previamente contacto, en caso de existir, en función de posibilitar la continuidad de tratamiento en pos del trabajo conjunto, tanto durante la internación como en el tratamiento ambulatorio.

Implementación de los apoyos que correspondan a la situación de cada persona.

Cuidados de enfermería.

Desintoxicación.

Acompañamiento terapéutico.

Continuidad de cuidados y seguimiento, en articulación con los efectores de la red de servicios y las instituciones de la comunidad que correspondan a la situación de cada persona.

Atención de la urgencia en domicilio.

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

Orientación y consejería.

Articulación para la atención integral de salud de cada persona para garantizar el derecho a la salud.

Vinculación con los efectores de la red de servicios pertinentes.

Articulaciones intersectoriales correspondientes.

Promoción de la participación de los referentes vinculares de cada usuario/a de acuerdo a la singularidad de cada caso.

Promoción y preservación de la red vincular de cada persona.

Restitución de la red vincular en los casos en los que corresponda.

Apoyos para los referentes vinculares de los/as usuarios/as.

Intervenciones para la inclusión educacional: sostén en el sistema educativo o trabajo para su integración.

Intervenciones para la inclusión socio laboral: trabajo para la inclusión laboral de cada persona según sus necesidades o para el sostén de una ocupación, trabajo o empleo que ya posee.

Intervenciones para el acceso al derecho al hábitat.

Intervenciones para facilitar el acceso a la justicia en las situaciones que se requiera.

Intervenciones para la promoción, protección y restitución de derechos de niñas, niños y adolescentes.

Todas aquellas articulaciones intersectoriales necesarias para la inclusión social.

Orientación en salud mental: presencial o a distancia. Individual, familiar o grupal.

Acciones de Prevención y Promoción de la salud.

Apoyo a la organización de usuarios y familiares por los derechos en salud mental.

Articulación constante con el primer nivel de atención y el resto de los efectores de la red.

FORMACIÓN EN SERVICIO

Capacitación, supervisión y apoyo para los equipos de salud de los otros efectores de la red y actores comunitarios.

Capacitación en servicio: Sensibilización y capacitación a los/as trabajadores/as de los otros servicios del hospital general en pos de la incorporación del componente salud mental en la salud general y de la promoción de prácticas interdisciplinarias.

Capacitación permanente.



PRACTICAS, FUNCIONAMIENTO Y ENFOQUE DE DERECHOS

Todo servicio de salud mental debe regirse según lo pautado en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y en la Ley Nacional de Derechos del Paciente N° 26.529.

En cuanto a la incumbencia de las intervenciones realizadas por el Servicio, la vulnerabilidad psico-social, las adicciones, el consumo problemático, la violencia y demás problemáticas sin discriminación diagnóstica deben ser entendidas como padecimientos y se deben contar con los medios necesarios para dar respuestas terapéuticas ante estas demandas. En el caso en que se requiera una derivación se debe acompañar al usuario hasta garantizar su asistencia en otro establecimiento. Mientras no sea posible realizar una derivación, el servicio deberá continuar con una estrategia terapéutica. Las derivaciones deben realizarse en consonancia con lo establecido en el artículo 30 de la LNSM, notificando las mismas a las instituciones pertinentes cuando sea necesario.

La evaluación situacional se llevará a cabo siguiendo criterios clínicos objetivos. No debe realizarse un diagnóstico basándose en los recursos con los que se cuenten para realizar la atención. El análisis de recursos de los que el servicio puede disponer solo debe incluirse dentro de la estrategia de intervención.

Es importante estructurar la dinámica de funcionamiento del servicio partiendo de la premisa de que todo usuario de dicho servicio es, ante todo, un sujeto de derechos. Como tal, lo asiste el derecho a recibir atención y orientación sea cual fuere el motivo de consulta. En caso de padecer algún tipo de problemática de salud mental, el usuario deberá recibir atención sanitaria apropiada para su problemática, basada en fundamentos científicos y ajustada a principios éticos. Se debe respetar el derecho del usuario a conocer la identidad del personal que lo asiste, a conocer su diagnóstico y sus fundamentos clínicos, a tener acceso a toda la información sanitaria que lo involucre (Ley 26.529. art. 2. Inciso F), así como a la documentación respaldatoria de la misma. El usuario es el único titular de su historia clínica y debe tener acceso a ella en cualquier momento que así lo disponga y por cualquier motivo que indique.

Es importante que se promueva que los usuarios puedan contar con toda la autonomía sanitaria posible (Ley 26.529. art. 2. Inciso E y G), basada en la información sobre su diagnóstico, su tratamiento y las alternativas de continuidad del mismo, que le permita la continuidad del mismo en el lugar que escoja y con el profesional que prefiera. Debe evitarse que ante cualquier eventual cambio situacional y/o de contexto, el paciente deba empezar de cero por no conocer las alternativas de su cuadro clínico.

Tal cual lo marca el Decreto Reglamentario de la Ley Nacional de Salud Mental en su art.7 Inciso J, debe haber en el servicio señalética que informe sobre la ley que ampara a los usuarios, enumerando los derechos garantizados y el teléfono del Órgano de Revisión Nacional.

Para todas las intervenciones rige el Consentimiento Informado, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la Ley Nacional de Salud Mental. En el mismo, el usuario da conformidad antes de comenzar cualquier proceso terapéutico, conociendo todas las alternativas del mismo y toda la información correspondiente. En el caso en que el usuario no se encuentre en condiciones clínicas para poder prestar su consentimiento, deberá ser el referente más cercano quien lo haga, o en caso de no contar con familiares y/o referentes se deberá recurrir a representación legal, en cuyo caso la internación es involuntaria. Es recomendable que el consentimiento no sea un formulario pre impreso, sino que sea elaborado específicamente para cada caso. Debe procurar la comprensión tanto en la escritura como en la redacción con un lenguaje "llano y comprensible", sin menoscabo de criterios científicos.

El consentimiento informado es la declaración de voluntad efectuada por el paciente, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

- > Su estado de salud.
- > El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos
- > Los beneficios esperados del procedimiento.
- > Los riesgos, dificultades y efectos adversos previsibles.
- > La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto.
- > Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.
- > Excepciones establecidas en el Art. 9 de la Ley 26.529.

El consentimiento brindado por el paciente, en todos los casos, debe ser agregado a la historia clínica.

Se recomienda que las prácticas terapéuticas sean complementarias al tipo de población y demanda comunitaria que el servicio reciba, tratando de maximizar la capacidad de atención y adecuando el tipo de práctica al contexto y no viceversa.

En los casos en que se implemente un plan de medicación, acorde a la necesidad, es vital tener en cuenta las posibilidades de acceso y continuidad del mismo en la comunidad.

Es de suma importancia que se cuente en el hospital con una amplia variedad de psicofármacos que responda a las distintas problemáticas en salud mental. Su prescripción, tal como lo indica el art. 12 de la Ley Nacional de Salud Mental, sólo debe responder a las necesidades de la persona y se administra exclusivamente con fines terapéuticos. Nunca como castigo, conveniencia de terceros o para suplir el acompañamiento terapéutico o cuidados especiales.

Es fundamental que se realice una articulación para la atención integral de salud de cada persona.

El enfoque terapéutico del servicio debe apuntar a la promoción y preservación de la red vincular de cada persona por medio del apoyo para los referentes vinculares de los/as usuarios/as.

GUARDIA - ATENCIÓN INTERDISCIPLINARIA DE LAS URGENCIAS DURANTE LAS 24 HORAS



Se recomienda una guardia interdisciplinaria de 24 horas de lunes a domingo, que reciba tanto la demanda espontánea como derivaciones e interconsultas.

La intervención en las urgencias de Salud Mental resulta decisiva para definir la evolución de las personas con problemática de salud mental. En efecto, un abordaje adecuado de la urgencia que incluya aspectos de cuidado y de promoción de la salud de las personas, puede facilitar que la crisis resulte una oportunidad para favorecer el bienestar mental y las condiciones de vida preexistentes.

Las urgencias en salud mental son todas las situaciones transitorias que irrumpen y alteran las funciones psíquicas, el desempeño habitual y que supone un alto nivel de padecimiento, de tal manera que la persona, el entorno y/o el personal sanitario, consideran que requiere atención inmediata. Implica una crisis que puede tener causas orgánicas, psíquicas y/o sociales y constituye una ruptura del equilibrio vital.

Las urgencias son un emergente del estado de malestar. No son acontecimientos aislados sino parte del proceso de salud-enfermedad, en las que la persona debe ser asistida de manera integral (bio-psico-social) en el ámbito socio-sanitario y requiere de un seguimiento para evitar la recurrencia (Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental, DNSMyA, 2013).

La función de la guardia es dar una respuesta sanitaria a las urgencias. Apunta a brindar una atención digna y atenderlas prontamente para disminuir y/o evitar el sufrimiento de la persona en crisis. Se debe garantizar condiciones de cuidado adecuadas, accesos a información apropiada y la continuidad terapéutica del caso.

En esta instancia se deben establecer factores determinantes para el abordaje sanitario de cada caso:

- Establecer identidad e identificar referentes vinculares o institucionales.
- Evaluar aspecto general y presentación de la persona (cómo llega, con quién, en qué condiciones, recorrido sanitario previo, etc).
- Examen físico general: Signos vitales, embarazo, signos de abuso sexual/ maltrato, signos de autolesión/intento de suicidio, signos físicos de consumo de sustancias psicoactivas (alcohol y otras drogas).
- Estado psíquico global. Síntomas actuales y detección de otros síntomas.
- Antecedentes sanitarios y desencadenantes de la crisis/motivo de consulta.
- Evaluar y considerar los posibles determinantes psico-sociales y contextuales de salud y enfermedad que puedan operar en el caso.
- Evaluar riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.
- Diagnóstico presuntivo.

ATENCIÓN DE LA DEMANDA ESPONTÁNEA



Es importante que las vías de ingreso de los usuarios al servicio no sean únicamente institucionales. El área de demanda espontánea permite un contacto directo entre el servicio y la comunidad. De este modo se habilita el acceso al sistema sanitario basado en las necesidades sentidas de las personas. Se pone, así, a la salud mental en el plano de las problemáticas que afectan el funcionamiento cotidiano de una comunidad.

El horario de los consultorios externos debe abarcar la mayor parte del día, permitiendo el acceso de todo el espectro comunitario a las prestaciones que brinda el hospital. Esto permite mayor articulación con otros servicios del hospital, y otras instituciones del sistema de salud. En este espacio puede darse inicio a un tratamiento ambulatorio, a una internación, a una derivación o a una articulación intersectorial según sea necesario.

En todos los casos en que se realice una prestación por demanda espontánea, esta debe ser consignada en la historia clínica, cumpliendo todos los requisitos indicados en la Ley 26.529.



ATENCIÓN AMBULATORIA PROGRAMADA (CONSULTORIOS EXTERNOS)

La mayoría de los tratamientos de salud mental que atraviesan un servicio hospitalario deben tratarse por esta modalidad, siendo la internación un recurso terapéutico excepcional como la Ley Nacional de Salud Mental lo indica. Es importante que el servicio cuente con la estructura necesaria para poder llevar adelante estrategias terapéuticas ambulatorias que incluyan el tratamiento de los usuarios y el seguimiento territorial. Del mismo modo, este espacio tiene que propiciar la vinculación y el abordaje de los grupos familiares o de apoyo teniendo un encuadre terapéutico integral y comunitario.

En esta modalidad de atención, también es fundamental que se abarque el mayor rango horario posible (matutino y vespertino). Es recomendable que puedan llevarse a cabo tanto tratamientos individuales y grupales, así como asambleas de usuarios y encuentros familiares.

La atención ambulatoria es vital en el proceso de promoción de la autonomía sanitaria de las personas que utilizan el servicio.

INTERCONSULTA



En todo servicio hospitalario debe existir la capacidad de dar respuesta a interconsultas provenientes de otros servicios, tanto en el de salud mental como movilizándose hacia las demás áreas que soliciten la interconsulta.

En consecuencia, se contribuye a una atención integral de la persona o de los grupos y rompe con prácticas de modalidad monovalentes de atención. En este sentido, no se recomienda la implementación de un “equipo de interconsulta” específicamente dedicado a la temática sino que la capacidad de articulación sanitaria esté presente en todos los miembros del equipo de atención.

El proceso de interconsulta permite elaborar un diagnóstico integral y clínico de la persona con la que se trabaje y permite además una comprensión más completa del recorrido sanitario del usuario, integrando las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales que intervienen en el cuadro.

En el servicio de salud mental de un hospital general el proceso de interconsulta tiene una importancia vital, ya que todo diagnóstico y tratamiento debe incluir la multiplicidad de variables que influyen sobre el bienestar psíquico y subjetivo de una persona. Un abordaje aislado sin articulación alguna con efectores que se encuentren por fuera del servicio será insuficiente.



INTERNACIÓN

En caso de contar con sala propia, el servicio recomendablemente deberá tener un número de camas destinadas a la internación que no exceda el 10% de las camas totales del efector.

Conforme al Capítulo VII de la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental, **la internación tanto voluntaria como involuntaria:**

- > Es considerada como el último recurso dentro de la estrategia terapéutica.
- > Es de carácter transitorio, lo más breve posible, con el fin de cuidar a la persona y facilitar la reorganización de los aspectos de su vida que se hayan visto gravemente alterados en la crisis.
- > Será indicada cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social y cuando brinde cuidados y atención que no estén garantizados por fuera de la institución al momento de la evaluación.
- > El criterio clínico para la internación es la existencia de riesgo cierto e inminente⁴ para el propio usuario o para terceros.
- > Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica.
- > No se deberá prescribir ni prolongar para resolver problemáticas sociales o de vivienda.
- > Durante la estancia de internación la persona tiene derecho a mantener los vínculos y la comunicación con familiares, allegados y el entorno laboral y social.

⁴ Se debe entender por riesgo cierto a la existencia de circunstancias graves que amenacen o causen perjuicio a la vida, la integridad física de sí mismo o de otras personas, de bienes propios o ajenos, en totalidad o en parte. Se entiende por inminente a aquellas situaciones y/o conductas negativas con altas probabilidades de suceder en un plazo perentorio.

Pasos a seguir en el proceso de internación:

- Atención por parte de personal administrativo con conocimientos adecuados para la orientación institucional del usuario y/o sus allegados.
- Recepción por parte del equipo interdisciplinario del servicio salud mental.
- Cumplimiento del protocolo de consentimiento informado.
- Evaluación diagnóstica interdisciplinaria integral que implique motivos que justifiquen la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra. El diagnóstico interdisciplinario e integral deberá responder a una articulación entre las diferentes disciplinas que intervienen. La evaluación deberá incorporarse a la historia clínica.
- Deberán consignarse en la historia clínica, los datos referidos al grupo familiar y/o de pertenencia, o en su defecto, las acciones realizadas para su identificación.
- Planificación terapéutica del tratamiento por parte del equipo tratante interdisciplinario.
- Se deberá garantizar el acompañamiento constante como medida de protección y cuidado.
- En los casos en que la persona no estuviese acompañada por familiares o referentes afectivos y se desconociese su identidad, la institución deberá solicitar la colaboración de organismos públicos y realizar los pasos que se mencionan en el capítulo VII de la Ley Nacional de Salud Mental.
- Los informes periódicos consignados en la historia clínica deberán ser interdisciplinarios e incluir información acerca de la estrategia de atención, las distintas medidas implementadas por el equipo y las respuestas obtenidas. Se debe fundamentar adecuadamente la necesidad del mantenimiento de la medida de internación.
- El alta hospitalaria se dará cuando haya remitido la situación de riesgo cierto e inminente. El egreso será parte de la estrategia terapéutica y se realizará garantizando la continuidad de cuidados ambulatorios, que la situación de cada persona requiera por medio de un plan terapéutico de egreso.

Además, se deberán considerar de manera especial las siguientes situaciones:

- Para ser considerada una internación voluntaria el consentimiento deberá ser indefectiblemente personal.
- Una de las circunstancias particulares, específicas y excepcionales para realizar un tratamiento sin consentimiento es cuando se determine, habiendo fracasado el resto de las intervenciones comunitarias posibles, y luego de la evaluación adecuada, que dicho tratamiento es urgente y necesario para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a otras personas y donde no es posible por la situación obtener el consentimiento por parte del paciente.
- En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de sesenta días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al Órgano de Revisión Local y al juzgado correspondiente. El juez debe evaluar, en un plazo no mayor de cinco días de ser notificado, si la internación continúa teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria, con los requisitos y garantías establecidas para esta última situación.
- La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediere situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.
- La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de diez horas al juez competente y al Órgano de Revisión Local.
- Aún en el marco de una internación involuntaria, deberá procurarse que la persona participe de la decisión que se tome en relación a su tratamiento.
- En las internaciones involuntarias se deberá realizar un Dictamen profesional del servicio asistencial que realiza la internación.
- Cuando una internación involuntaria se transforma en voluntaria, se le comunicará al juez esta novedad remitiéndole un informe con copia del consentimiento debidamente firmado.
- El juez sólo puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria cuando, cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 20, el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla.
- El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592

Aspectos principales desarrollados sobre Internación en salud mental

	Internación
Características generales.	<p>Último recurso. Carácter transitorio. Lo más breve posible.</p>
Criterio de Internación.	<p>Cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que otras intervenciones.</p> <p>Existencia de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.</p>
Pasos a seguir.	<p>Atención por parte del personal administrativo. Recepción del equipo interdisciplinario. Protocolo de consentimiento informado. Evaluación diagnóstica interdisciplinaria integral. Registro en la historia clínica. Planificación terapéutica del tratamiento. Diagnóstico interdisciplinario e integral.</p>
Profesionales Firmantes.	<p>De distintas disciplinas académicas autorizadas legalmente a integrar el equipo asistencial y uno de los cuales deberá ser necesariamente médico psiquiatra o psicólogo.</p>
Criterio de Alta hospitalaria.	<p>Se dará cuando haya remitido la situación de riesgo cierto e inminente. Esta facultad es del equipo tratante.</p>

	Internación voluntaria	Internación Involuntaria
Consentimiento informado.	Debe ser indefectiblemente personal.	Circunstancia excepcional para realizar un tratamiento sin consentimiento es cuando se determine, luego de la evaluación adecuada, que dicho tratamiento es urgente y necesario para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a otras personas.
Comunicación al ORL (Órgano de Revisión Local).	Más de 60 días corridos.	Plazo Max de 10 hs. ⁵
Comunicación al Juez competente.		Plazo Max de 10 hs y también cuando una internación involuntaria pasó a ser voluntaria.
Requerimiento.		Dictamen profesional del servicio asistencial que realiza la internación.
Abandono de la internación.	En cualquier momento.	Mientras existen los criterios de internación involuntaria evaluados por el equipo de salud (riesgo cierto e inminente) la persona debe continuar internada y únicamente con ese criterio. El cual deberá ser actualizado constantemente.

Cuadro "Características Generales de la Internación según la Ley Nacional de Salud Mental".

⁵ Quien controlará periódicamente junto al Juez la legalidad y condiciones de la medida. Pasos a seguir desarrollados en el Capítulo VII de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 y su decreto reglamentario.

INTERNACIÓN/ ATENCIÓN/ TRATAMIENTO DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES



La Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) establece en su Artículo 26 que: “En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los artículos 20, 21, 22, 23, 24 y 25 de la presente ley (Presupuestos de la internación involuntaria). En el caso de niños, niñas y adolescentes, además se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos.”

A su vez, el Decreto 603/13, reglamenta: “En las internaciones de personas declaradas incapaces o menores de edad se deberá: a) Ofrecer alternativas terapéuticas de manera comprensible, b) Recabar su opinión, c) Dejar constancia de ello en la historia clínica, d) Poner a su disposición la suscripción del consentimiento informado. En caso de existir impedimentos para el cumplimiento de estos requisitos deberá dejarse constancia de ello con informe fundado. Asimismo deberá dejarse constancia de la opinión de los padres o representantes legales según el caso. Para las internaciones de personas menores de edad el abogado defensor previsto en el artículo 22 de la Ley N° 26.657 deberá estar preferentemente especializado en los términos del artículo 27 inciso c) de la Ley N° 26.061.”

En el año 2015 se sancionó el Código Civil y Comercial de la Nación (CCC), que dispone en su artículo 26: “A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo.”

Ley de Derechos del Paciente N° 26.529, inc E “establece que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley 26.061, a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.”

La interpretación armónica de las normas que regulan el consentimiento informado en mayores de 16 años, nos lleva a concluir que la LNSM no restringe sus derechos en lo que hace a sus tratamientos de salud, consagrados por el CCCN. Por el contrario, establece un sistema de tutela, de cuidado de estos menores, que coincide con la regulación internacional en cuanto a menores de 16 años, conforme compromisos que ha asumido el Estado Nacional.

La discusión jurídica que supone esta cuestión aún no se encuentra respondida desde el poder judicial con una interpretación unívoca y pacífica, por lo que las recomendaciones que deberían hacerse a los equipos de salud en caso de internación de una persona de entre 16 y 18 años son:

- Proceder acorde a lo establecido en la LNSM Art 26, considerando a la misma como involuntaria.

- Dar cumplimiento al Art 20: “La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar: a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra; b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento; c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.

- Dar cumplimiento al Artículo 21: La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de DIEZ (10) horas al juez competente (con competencia en Menores) y al órgano de revisión, debiendo agregarse a las CUARENTA Y OCHO (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20.

- No obstante ello, se debe tener especial atención en “Ofrecer alternativas terapéuticas de manera comprensible, b) Recabar su opinión, c) Dejar constancia de ello en la historia clínica. (Art 26 Decreto 603/13).

- Se debe poner a su disposición la suscripción del consentimiento informado. Alegando que en virtud del interés superior del niño y la tutela efectiva de los derechos del niño, la internación es considerada como involuntaria en pos del mayor cumplimiento de las garantías.

> Asimismo deberá dejarse constancia de la opinión de los padres o representantes legales según el caso, teniendo en consideración que el diagnóstico en salud mental no debe ser fundado en demandas familiares (Art 3 inc b).

En lo que hace al consentimiento informado, libre y pleno, acorde a la legislación especial (Ley 26.529 - Principios para la atención de los enfermos mentales ONU Principio 11, Ley 26657 Art 7 inc j m Art 10 Art 16 inc e 17 18 19), el menor desde los 16 años está en condiciones de firmarlo, conforme lo establecido en el Artículo 26 del Código Civil y Comercial de la Nación: "Ejercicio de los derechos por la persona menor de edad. La persona menor de edad ejerce sus derechos a través de sus representantes legales".

No obstante, la que cuenta con edad y grado de madurez suficiente puede ejercer por sí los actos que le son permitidos por el ordenamiento jurídico. En situaciones de conflicto de intereses con sus representantes legales, puede intervenir con asistencia letrada.

La persona menor de edad tiene derecho a ser oída en todo proceso judicial que le concierne así como a participar en las decisiones sobre su persona.

Se presume que el adolescente entre trece y dieciséis años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física.

Si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico.

A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo."

En el caso de los menores de hasta 18 años, considerar a la internación como involuntaria no es contradictorio de los principios de autonomía del menor, sino que las cuestiones aquí referenciadas tienen que ver con una especial y efectiva tutela que el Estado debe ofrecer a los menores, conforme compromisos asumidos internacionalmente: así, la internación tomada como involuntaria debe tener en vistas el asegurar los derechos y las garantías del menor en el proceso de internación, evaluando en todo momento si persiste la situación de riesgo cierto e inminente, y cumpliendo con las comunicaciones que demanda la internación pediátrica por motivos de salud mental.

El marco establecido en el Art 26, respecto a los menores, además supone que se dé cumplimiento a los Artículos:

Art. 23 "El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una

internación involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 18 ó 26 de la presente ley. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente. Queda exceptuado de lo dispuesto en el presente artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal.”

Aquí se debe valorar que cesada la situación de riesgo cierto e inminente y acorde a un plan de externación se debe proceder al alta del menor, asegurando la continuidad de cuidados e informando a las autoridades competentes.

Art 24. “Habiendo autorizado la internación involuntaria, el juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a TREINTA (30) días corridos a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación.

Si transcurridos los primeros NOVENTA (90) días y luego del tercer informe continuase la internación involuntaria, el juez deberá pedir al órgano de revisión que designe un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento, y en lo posible independiente del servicio asistencial interviniente, a fin de obtener una nueva evaluación. En caso de diferencia de criterio, optará siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada.”

El Art 25 “Transcurridos los primeros SIETE (7) días en el caso de internaciones involuntarias, el juez, dará parte al órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.”

En caso de existir conflictos entre la intención del menor, su equipo tratante o sus representantes legales, resulta competente para entender el Comité de Ética de la institución donde se encuentra internado. (Ley N° 26.529 – Decreto 1089/12 Art 2 inc e “Autonomía de la Voluntad. El paciente es soberano para aceptar o rechazar las terapias o procedimientos médicos o biológicos que se le propongan en relación a su persona, para lo cual tiene derecho a tener la información necesaria y suficiente para la toma de su decisión, a entenderla claramente e incluso a negarse a participar en la enseñanza e investigación científica en el arte de curar. En uno u otro caso, puede revocar y dejar sin efecto su manifestación de voluntad. En todos los casos, deberá registrarse en la historia clínica la decisión del paciente y también su eventual revocación.

Los profesionales de la salud deben tener en cuenta la voluntad de los niños, niñas y adolescentes sobre esas terapias o procedimientos, según la competencia y discernimiento de los menores. En los casos en que de la voluntad expresada por el menor se genere un conflicto con el o los representantes legales, o entre ellos, el profesional deberá elevar, cuando correspondiere, el caso al Comité de Ética de la institución asistencial o de otra institución si fuera necesario, para que emita opinión, en un todo de acuerdo con la Ley N° 26.061. Para los casos presentados por la vía de

protección de personas, conforme lo establecido en los artículos 234 a 237 del Código Procesal Civil y Comercial, deberá prevalecer en idéntico sentido el mejor interés del paciente, procurándose adoptar el procedimiento más expedito y eficaz posible que atienda su competencia y capacidad.)

En estos casos el deber de tutela del Estado es reforzado⁶ siendo que estamos en presencia de un ser doblemente vulnerable por su edad y por su estado respecto a su salud mental, la internación considerada involuntaria así permitirá un control de legalidad⁷ más amplio, todo lo cual debe ser en pos del interés superior del niño. Desde esta perspectiva se busca garantizar el debido proceso, la asistencia letrada, respuesta judicial oportuna, el contacto con el menor de edad y el ejercicio de su derecho a ser escuchado.-

⁶ La Corte Suprema, con voto de los ministros Ricardo Lorenzetti, Elena Highton de Nolasco y Juan Carlos Maqueda, reiteró en autos "A. N. c/ S., R. si filiación", que los jueces tienen "un deber de tutela reforzado" cuando se trate de resolver casos en los que estén involucradas personas vulnerables.

⁷ C. 121.160, "C., A. R.- Insania curatela" la SC Bs. As "Asimismo, la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha expresado que "el respeto de la regla del debido proceso debe ser observado con mayor razón en el caso de quienes padecen un sufrimiento mental debido al estado de vulnerabilidad, fragilidad, impotencia y abandono en el que se encuentran frecuentemente estas personas, lo que reafirma el principio constitucional de una tutela judicial efectiva" (CSJN, "Terull", sent. de 22-XII-2015)



MARCO LEGAL Y TÉCNICO

- Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental y su Decreto Reglamentario 603/2013.
- Ley Nacional N° 26.529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado y su Decreto Reglamentario N° 1089/2012.
- Ley Nacional N° 26.061 de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes y su Decreto Reglamentario N° 415/2006.
- Ley Nacional N° 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales y su Decreto Reglamentario N° 1011/2010.
- Ley 25.649 de Especialidades Médicas y Medicamentos Genéricos.
- Consenso de Panamá. O.P.S. 2010.
- Principios de Brasilia. 2005.
- Declaración de Caracas. O.P.S. 1990.
- Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. Adoptados por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos – OEA - en su resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991 (incorporados a la LNSM en su Art 2)

GLOSARIO



AI SLAM IEN I O: Alteración de la conducta por la cual la persona deja de relacionarse normalmente con su entorno habitual. Muestra indiferencia afectiva y desinterés hacia lo que lo rodea, y disminuyen o desaparecen las relaciones sociales.

ATENCIÓN INTEGRAL: Se trata de un conjunto de organizaciones que brinda servicios de salud de manera coordinada, integral y equitativa a una población definida, dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos, financieros y por el estado de salud de la población.

ATENCIÓN PRIMARIA: La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país.

AUTONOMÍA: Capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales sobre cómo vivir diariamente, conforme a las propias reglas y preferencias.

COMUNIDAD: Es la unidad básica de trabajo de la salud comunitaria. Y hace referencia a un conjunto de personas que tienen una historia en común, que comparten una identidad que las define y las enlaza. La comunidad es el espacio común de los intercambios donde las personas se desarrollan. En Salud Mental Comunitaria, preservar y promocionar los vínculos comunitarios, familiares y sociales de quienes han sido internados/as por motivos de padecimiento mental, es una intervención prioritaria. Como también toda estrategia de rehabilitación que esté orientada a la integración social de la persona afectada

DISCAPACIDAD: Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. (CDPD, 2006).

EQUIPOS DE SALUD: Según la OMS, es definido como una asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, y con un objetivo común que es el de proveer en cualquier ámbito a los/as usuarios/as y familias atención integral de salud.

ESTIGMATIZACIÓN: Marca distintiva que establece una demarcación entre una persona y otra, atribuyéndole características negativas a una de ellas. La estigmatización asociada con las enfermedades mentales a menudo conduce a la exclusión y la discriminación social y crea una carga más para la persona afectada.

INCLUSIÓN SOCIAL: Es posibilitar que personas en riesgo de pobreza o de exclusión social tengan la oportunidad de participar de manera plena en la vida social, y así puedan disfrutar de un nivel de vida adecuado.

INTERDISCIPLINARIEDAD: Comprende los procesos de integración de las teorías, métodos e instrumentos, saberes y/o procedimientos fundamentados en distintos saberes profesionales, técnicos, de otros agentes formales de salud y/o recursos no convencionales, debidamente capacitados, cuyo objetivo sea garantizar la calidad e integralidad de las prácticas en el ámbito de las instituciones de salud.

INTERSECTORIALIDAD: Designa la coordinación de objetivos, acciones y/o recursos entre los distintos sectores del Estado y de la sociedad civil que actúen, entre otras, en las áreas de: desarrollo social, trabajo, niñez, educación, planificación federal, cultura, arte y deporte con el objetivo de promover y desarrollar acciones tendientes al logro de la inclusión social.

MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN: Se caracteriza por la apertura e integración de las prácticas institucionales a las redes de servicios sociosanitarios con base territorial. A través de su aplicación se logra promover y sostener canales legítimos de participación comunitaria y se facilita la integración a otros sectores sociales con el objetivo de promover y garantizar el proceso de inclusión social. Comprende el desarrollo y/o fortalecimiento de dispositivos comunitarios sustitutos del modelo asilar, la coordinación de recursos humanos no convencionales durante el proceso de atención e inclusión social y la adopción de prácticas de salud acordes con el respeto y garantía de los derechos humanos

POLÍTICAS PÚBLICAS: Conjunto de acciones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado, en relación a una cuestión que concita atención, interés y movilización de otros actores de la sociedad.

PRESTACIONES: Acción y efecto de dar un servicio.

RED DE SERVICIOS CON BASE EN LA COMUNIDAD: Conjunto de servicios coordinados e integrados cuyo objetivo es asegurar el proceso integral de atención e inclusión social.

SERVICIO DE SALUD: “En un sentido no restrictivo, refiere a toda propuesta o alternativa de abordaje tendiente a la promoción de la salud mental, prevención del padecimiento, intervención temprana, tratamiento, rehabilitación, y/o inclusión social, reducción de daños evitables o cualquier otro objetivo de apoyo o acompañamiento

que se desarrolle en los ámbitos públicos o privados". Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 y su Decreto Reglamentario Nº 603/2013 (Cap. I, art. 4).

SISTEMA DE APOYO: Combinación de estrategias, metodologías y recursos provistos por instituciones especializadas y/o miembros de la red social más próxima cuyo objetivo es promover el desarrollo, la educación, la participación, el bienestar, la realización de aspiraciones y el desempeño con mayor grado de autonomía en entornos cotidianos, garantizando un sistema que efectivamente respete la voluntad y la toma de decisiones de los usuarios de los servicios de salud mental acorde a la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 y a la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

TRASTORNOS MENTALES: Problemática de salud mental que implica la consideración de diferentes dimensiones: la prevalencia, la duración prolongada y un grado variable de discapacidad. Las personas con trastornos mentales severos son consideradas como población priorizada para el abordaje en el modelo comunitario de atención.

VULNERABILIDAD SOCIAL: Término usado para evaluar la incidencia de las transformaciones económicas, políticas y sociales en determinados sectores de la población.



BIBLIOGRAFÍA

- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Decreto reglamentario N° 603/13
- Ley Nacional de Derechos del Paciente N° 26.529. Decreto reglamentario N° 1089/12
- Dirección Nacional de Salud Mental, 2014. Guía básica - Criterios y Sugerencias para la adecuación y el desarrollo de la Red de Servicios de Salud Mental.
- Dirección Nacional de Salud Mental, 2013. Lineamientos para la atención de la urgencia en salud mental
- Montero, M. 2004. Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos.
- Cohen, H. – Natella, G. 2013. La desmanicomialización: Crónica de la reforma en Rio Negro.
- Gonzales García, G – Tobar F., 2004. Salud para los argentinos: economía, política y reforma del sistema de salud en Argentina.
- Yalour R.. 2005.. Satisfacción de los usuarios y efectores con los sistemas de salud.
- Guerrero L, León A. 2008. Aproximación al concepto de salud: revisión histórica.
- Organización Mundial de la Salud. 2002. Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos.
- Organización Panamericana de la Salud. 2000. Funciones esenciales de salud pública.

Material realizado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones
Secretaría de Gobierno de Salud
Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación
República Argentina
(011) 4379.9162
saludmentalnacion@gmail.com
Agosto, 2018

