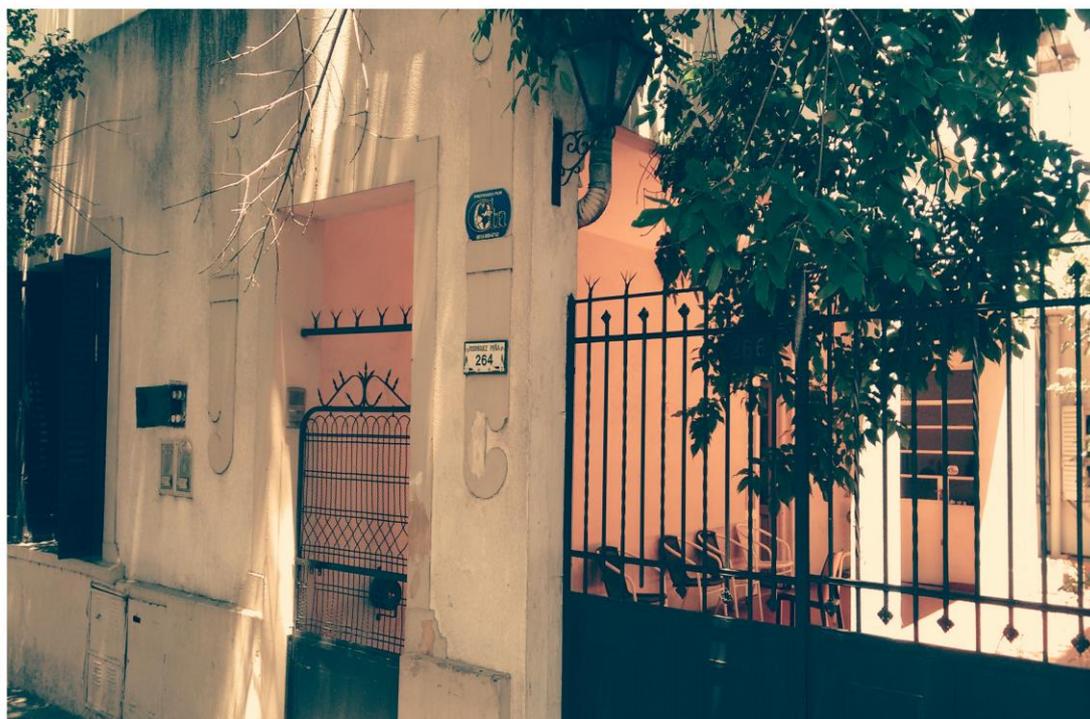


“La Casa de Ramos Mejía”

**Salud mental comunitaria en el marco de las políticas de salud mental de la
Provincia de Buenos Aires**



Diciembre 2015

Maestría en Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales
Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)
FLACSO ARGENTINA

Trabajo de Tesis: José María Cohen
Director de Tesis: Aníbal Edgardo Areco

A Poroto y Amelia

Agradecimientos:

A los usuarios y trabajadores de la Casa de Ramos.

Resumen

El objetivo de este trabajo fue caracterizar la intervención del Centro de Salud Mental Comunitaria “La Casa de Ramos Mejía” en el marco de las políticas de salud mental de la Provincia de Buenos Aires.

Se buscó identificar y caracterizar las acciones implementadas en el Centro respecto al trabajo con los usuarios con padecimiento mental. Se buscó analizar los abordajes interdisciplinarios e intersectoriales implementados y caracterizar el perfil de los usuarios del Centro.

La finalidad del trabajo fue ampliar el conocimiento sobre el Centro en tanto dispositivo comunitario, para contar con evidencia científica que sustente las decisiones políticas para el diseño e implementación de políticas públicas (nacionales, provinciales y municipales) con más y mejor impacto, que se traduzcan en cambios positivos en la salud mental de los sujetos y sus comunidades.

Se trató de un estudio de caso con metodología cualitativa de tipo exploratorio-descriptiva. La recolección de datos se llevó a cabo a través de observaciones participantes, entrevistas etnográficas a informantes claves y calificados, y notas del trabajo de campo.

Palabras clave: SALUD MENTAL – POLITICAS PÚBLICAS DE SALUD - INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Introducción

La salud de los individuos está compuesta por tres dimensiones: mental, física y social. Ellas se encuentran estrechamente relacionadas y son interdependientes, lo que significa que cambios, alteraciones o modificaciones en una dimensión repercuten en otra.

El estado de salud de los individuos está determinado por factores biológicos, psicológicos pero también sociales, constituidos a través de los determinantes sociales de la salud entendidos como las circunstancias materiales de vida y trabajo de las personas, sus conductas y estilos de vida, el sistema de salud al que acceden, y la red de socialización y contención que poseen (CDSS, 2008). En este entramado, la salud mental ocupa un rol preponderante ya que es un elemento constitutivo directo del bienestar de las personas, y por ende, también en la sociedad y el país. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001:1) define a la salud mental como "...un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad".

En nuestro país, dentro del campo de la salud mental, hay un amplio acuerdo en que la transformación de los determinantes sociales de la salud es esencial para observar cambios positivos en la salud mental de los individuos y la sociedad en su conjunto (Gerlero, Augsburger y otros, 2010 y 2011). Sin embargo, en las políticas públicas de salud en general y en las políticas públicas de salud mental en particular, han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las "causas de las causas", tales como las acciones sobre el entorno social. En consecuencia, los problemas sanitarios se han mantenido, y los resultados obtenidos con intervenciones en salud centradas en lo curativo han sido insuficientes. Las reformas en salud mental que se están llevando adelante en nuestro país en los últimos años buscan superar los procesos de segregación, estigmatización y discriminación que sufren los usuarios de los servicios de salud, planteando un desplazamiento de la atención desde el hospital psiquiátrico hacia el hospital general y mediante las estrategias de atención primaria (Faraone, Valero y otros, 2012). La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (en adelante LNSM), sancionada en 2010 y reglamentada en 2013, se inscribe en el enfoque de respeto y garantía los Derechos Humanos, poniendo énfasis en que las personas con

padecimientos mentales tienen derecho a la intimidad y autonomía personal, vivir en comunidad y mantener sus vínculos sociales, obtener atención sanitaria adecuada y recibir información sobre su estado de salud, entre otros puntos. Además, posiciona a los dispositivos con anclaje comunitario como una modalidad esencial de abordaje de los problemas de salud mental de la población y define que las acciones de promoción, prevención y tratamiento deben tender a la inclusión social de las personas con padecimiento mental y problemática de adicciones.

En este contexto, resulta indispensable ampliar el conocimiento sobre este tipo de dispositivos comunitarios para contar con evidencia científica que sustente las decisiones políticas para el diseño e implementación de políticas públicas (nacionales, provinciales y municipales) con más y mejor impacto que se traduzcan en cambios positivos en la salud mental de los sujetos y sus comunidades.

El objetivo de este trabajo fue caracterizar la intervención del Centro de Salud Mental Comunitaria “La Casa de Ramos Mejía” –en adelante, Centro- en el marco de las políticas públicas provinciales de salud mental en la actualidad.

Se buscó identificar y caracterizar las acciones implementadas en el Centro en el trabajo con los usuarios con padecimiento mental. También analizar los abordajes interdisciplinarios e intersectoriales implementados y caracterizar el perfil de los usuarios del Centro.

En el capítulo 1, se presentan los aspectos metodológicos y la delimitación teórica.

En el capítulo 2, se presenta la contextualización del caso: el contexto sanitario, el contexto histórico, los antecedentes de reformas en salud mental en el país, el marco legislativo y las políticas de salud mental en la Provincia de Buenos Aires.

En el capítulo 3, se presenta el análisis del caso a través de su conceptualización, la descripción del Centro, la caracterización del trabajo con los usuarios, el análisis de los abordajes interdisciplinarios e intersectoriales y por último, la caracterización del perfil de los usuarios.

En el capítulo 4, se presentan las conclusiones del análisis del caso.

Capítulo 1: Aspectos metodológicos y delimitación teórica

1.1. Aspectos metodológicos

Este trabajo se trata de un estudio de caso cualitativo de tipo exploratorio-descriptivo. Según Stake (1994), el estudio de caso no es una elección metodológica, sino la elección de un objeto a estudiar. Para Mertens (2005), el estudio de caso se entiende como una investigación sobre un individuo, grupo, organización, comunidad o sociedad, visto y analizado como entidad. Para Blatter (2008), el estudio de caso es una aproximación investigativa en la cual una o unas cuantas instancias de un fenómeno son estudiadas en profundidad. Por otro lado, Stake (2006) reconoce la complejidad del intento de asociación del estudio de caso con una forma específica de investigación, ya que se utiliza tanto en investigación cuantitativa como cualitativa. A fin de superar esta complejidad, estos autores definen al estudio de caso por su objeto de análisis y no por su método específico.

Según Babbie (1979), los estudios exploratorios nos permiten aproximarnos a fenómenos desconocidos con el fin de aumentar el grado de familiaridad, se caracterizan por ser más flexibles en su metodología y en muy pocas ocasiones constituyen un fin en sí mismos sino que establecen el punto de partida para investigaciones posteriores.

Por su parte, los estudios descriptivos buscan construir una imagen o representación fiel del fenómeno estudiado a partir de sus características. Describir, en este caso, es sinónimo de medir. Se miden conceptos o dimensiones con el fin de especificar las propiedades importantes de comunidades, personas, grupos o fenómenos analizados (Alonso, 2003). A través del abordaje cualitativo se puede trabajar con un universo de fenómenos que no pueden ser cuantificados (significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores, actitudes, etc.) y que, por ende, no pueden ser reducidos a una operacionalización de variables.

Las técnicas de recolección de datos utilizadas fueron:

- Observación participante
- Entrevista etnográfica

- Notas de campo

La elección de la observación participante se fundamenta en que resulta el instrumento más útil para observar y registrar lo que sucede en el entorno a la vez que posibilita la participación. Guber (2011:52) señala que la observación participante “...consiste principalmente en dos actividades: observar sistemática y controladamente lo que acontece en torno del investigador, y participar en una o varias de las actividades...” donde se participa para observar y se observa para participar (Holy, 1984).

La elección de la entrevista etnográfica se basa en que resulta una técnica flexible, dinámica y no direccionada, que permite un acercamiento exploratorio y abierto, que posibilita captar factores, dimensiones, preguntas y elementos que podrían no haber sido previstos, a la vez que permiten identificar los contextos en virtud de los cuales las respuestas cobran sentido. La entrevista es entonces “...una relación social a través de la cual se obtienen enunciados y verbalizaciones en una instancia de observación directa y de participación” (Guber, 2011:70).

Se utilizó una muestra no probabilística y se recurrió a la técnica de muestreo bola de nieve, que permite que los individuos entrevistados refieran a otros individuos para entrevistar. Se tuvo en cuenta el criterio de saturación, es decir que se realizaron entrevistas hasta que los informantes no aportaron nueva información relevante, y por ende se hizo una exploración exhaustiva del tema (Alonso, 2003).

Se trabajó con una guía de entrevistas (ver Anexo I) que fue sometida a sucesivos cambios. Elaborada inicialmente con pocas preguntas con la finalidad de realizar un primer acercamiento con los entrevistados y cuando se advirtió la aparición de nuevas preguntas que reorientaban o sugerían profundizar algún aspecto, se fueron incorporando. Se buscó retener las entrevistas en la memoria y volcarlas más tarde al papel de manera de propiciar el espacio de intercambio, donde el entrevistado fuera el protagonista, intentando que no se retraiga ni se viera inhibido por el grabador ni apelara a la formulación de frases que entiende el investigador estaba esperando escuchar. Con la finalidad de no perder la trama discursiva de las entrevistas, se anotó lo menos posible, solo unas pocas referencias para poder retomar cuando se realizara el trabajo de reconstrucción. Se entrevistó a directivos, profesionales y talleristas del Centro y referentes de gestión de la temática.

El trabajo de campo se desarrolló entre los meses de noviembre de 2014 y diciembre de 2015. Se visitó el Centro con frecuencia semanal y en algunos momentos dos veces por semana, participando también en actividades extramuros.

El proceso de recolección de datos fue documentado a través de notas de campo, donde se registró información sobre el objeto de estudio y del marco conceptual, como también se registraron los avances y obstáculos observados y los puntos emergentes, lo que más tarde en los siguientes encuentros permitió profundizar en estos temas.

La investigación estuvo atravesada en todo momento por la lectura de material teórico y de gestión sobre salud mental. Entre estos últimos, se analizaron planes y programas de salud mental vigentes en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires con la finalidad de contextualizar el objeto de estudio.

1.2. Delimitación teórica

1.2.1. Salud y determinantes sociales

Las corrientes de pensamiento de medicina social y salud colectiva han abogado por el debate sobre los determinantes sociales de la salud, siguiendo los planteos de la medicina social europea del siglo XIX, que postula que “la salud del pueblo es motivo de preocupación social, que las condiciones sociales y económicas tienen relación en la salud y la enfermedad y que esta relación debería ser motivo de investigación científica” (Rosen, 1985:81). Estas corrientes de pensamiento se desarrollaron en América Latina en los años setenta del siglo XX, siguiendo un pensamiento innovador y de base social en la salud (Cohn, 2003). Para ellas, el trabajo científico debe estar comprometido con la transformación de las condiciones de vida, trabajo y salud de las poblaciones y señalan la necesidad de estudiar la enfermedad más allá de la apariencia individual a través de la mirada en la colectividad humana (Laurell, 1982), y que la salud y la enfermedad se encuentran ligadas a los procesos sociales. Por ende, para entender el proceso salud-enfermedad es necesario ver más allá de su causalidad próxima y del ámbito de la biología, distintivas de la visión biomédica y epidemiológica convencional, que naturalizan lo social e individualizan fenómenos (Laurell, 1994).

Según De Maio (2010), una parte importante del discurso contemporáneo en salud gira alrededor de las elecciones individuales (vinculadas a los estilos de vida) y la genética, subsumiendo todo al ámbito individual y proponiendo una perspectiva a-histórica y apolítica que olvida –u omite– las cuestiones relacionadas al poder y su distribución en la sociedad y a las inequidades.

La definición de determinantes sociales de la salud que sigue este trabajo es la de entenderlos como las circunstancias materiales de vida y trabajo de las personas, sus conductas y estilos de vida, el sistema de salud al que acceden, y la red de socialización y contención que poseen (CDSS, 2008). De esta manera, los determinantes sociales de la salud refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud.

Desagregando esta definición, se entiende por circunstancias materiales de vida y trabajo a la vivienda, el empleo y la educación de las personas. La vivienda refiere a la composición, estructura, dinámica familiar y vecinal y los patrones de segregación social. El empleo refiere a la calidad del ambiente de trabajo, la seguridad física, mental y social en la actividad laboral, incluso la capacidad de control sobre las demandas y presiones de trabajo. La educación refiere al acceso a oportunidades educativas equitativas, la calidad de la educación recibida y la oportunidad de poner en práctica las habilidades aprendidas. Se entiende por conductas y estilos de vida a las creencias, valores, bagaje histórico, percepción del mundo, actitud frente al riesgo, visión de salud futura, capacidad de comunicación, capacidad de manejo del estrés. Se entiende por sistema de salud a las formas en que se organiza la atención médica y sanitaria respecto a la promoción, protección y recuperación de la salud; prevención, control y tratamiento de la enfermedad: acceso económico, geográfico y cultural a los servicios de salud, la cobertura, calidad y oportunidad de la atención de salud, el alcance de sus actividades de proyección comunitaria y la intensidad de ejercicio de las funciones esenciales de salud pública. Se entiende por cohesión y capital social a la participación de las personas en actividades sociales, clubes, integración familiar y redes de amistades.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001a:1) define a la salud como “...un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. Para algunos autores, la salud de las personas es considerada como un “bien especial” (Vega y otros, 2005) ya que resulta un elemento constitutivo

directo de su bienestar y es lo que les permite funcionar y actuar como agentes dentro de una sociedad.

Como parte de una estrategia que busca aplicar el conocimiento científico acumulado en relación con las causas últimas o estructurales de los problemas de salud (Irwin y otros, 2006), la OMS en su asamblea de 2004, lanzó la directriz de trabajar sobre los determinantes sociales y económicos de la salud. Esto otorgó mayores responsabilidades a los Estados y los gobiernos, especialmente debido a que el derecho a la salud debe ser garantizado por el Estado, siendo la garantía de los derechos sociales, económicos, culturales y ambientales una de sus funciones básicas. A la vez, esto significa que la transformación de estos determinantes requiere acciones y decisiones políticas que intenten resolver las inequidades en salud (Benach y Muntaner, 2005). El ámbito de la salud mental no está excluido de estos hechos ya que la salud mental es parte fundamental del bienestar y la calidad de vida de las personas y las sociedades. Y los determinantes sociales de la salud juegan un rol fundamental en los problemas de salud mental.

1.2.2. El rol del sistema de salud

Las formas en que el sistema de salud se organiza, en términos de promoción, protección y recuperación de la salud y de prevención, control y tratamiento de la enfermedad, son determinantes del bienestar de la población. Es por esto que, en tanto determinante social de la salud de la población, el sistema de salud puede (y debe) desempeñar una función activa para reducir las inequidades e intervenir directamente sobre las situaciones de vulnerabilidad, posibilitando la mejora del estado de salud de la población a través de la promoción del acceso equitativo al sistema de atención y de las acciones intersectoriales. Pero también, el sistema de salud debe actuar como mediador de las consecuencias de una enfermedad o discapacidad en la vida de las personas, asegurando que el problema de salud no produzca un deterioro mayor en la situación social y facilite la inclusión social de las personas enfermas o padecientes.

Para que el sistema de salud pública potencie el enfoque de determinantes sociales de la salud en sus políticas públicas, el diseño e implementación de las políticas debe basarse en los principios de universalidad del acceso, integralidad de la respuesta y equidad en salud, esta última definida como "...la ausencia de diferencias injustas y evitables o

remediables en salud entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente” (Frenz, 2005:104).

La descentralización -en general- facilita, entre otras cosas, la accesibilidad a los servicios de salud, la identificación de las necesidades propias de cada grupo social y la búsqueda de las respuestas a esas necesidades en la red de instituciones de su comunidad, apoyándose en el trabajo entre instituciones, niveles de gobierno, actores gubernamentales y de la sociedad civil.

Históricamente, la accesibilidad fue definida desde la perspectiva de la oferta como la situación más deseable de ingreso al sistema de salud, en tanto posibilidad de acceder plenamente. Esta definición considera en el otro extremo, como situaciones menos deseables, a las barreras al acceso. Estas barreras, que desde la perspectiva de la oferta es necesario eliminar, han sido caracterizadas como: geográficas, económicas, administrativas y culturales (Comes, 2003).

Las barreras geográficas son aquellas que refieren a las distancias entre el lugar de residencia de los usuarios y el dispositivo de salud, sea por la falta de estos en la proximidad de su domicilio o por la elección de un dispositivo por sobre otro. Las barreras económicas refieren tanto al costo del transporte y tiempo de viaje hasta el dispositivo de salud (relación directa con la barrera geográfica) como al precio de los medicamentos y el acceso gratuito o no a los servicios de salud. Las barreras administrativas son aquellos aspectos burocráticos tales como los horarios de atención, el tiempo de espera, la modalidad de adjudicación de turnos, etc. En último lugar, se encuentran las barreras culturales, entendidas como las distintas culturas (prácticas, actitudes y creencias) entre el personal de los servicios y los usuarios de los mismos.

Stolkiner (2000) define a la accesibilidad como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios a partir de la combinación entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones sociales de los sujetos; este vínculo se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios. Rossi (2007) propone el concepto de accesibilidad ampliada, que comprende como un proceso único tanto al primer momento de acercamiento al sistema de salud como la permanencia en el mismo, proceso que a la vez se encuentra determinado por el deseo subjetivo de quien accede al sistema.

Ferrara (1985) señala que la accesibilidad a los servicios de salud no sólo se relaciona con su oferta sino también con las políticas públicas de salud y con los mecanismos y

dispositivos que regulan las relaciones entre ellos y la población. Teniendo en cuenta esto, es necesario que las políticas públicas de salud mental amplíen y garanticen el acceso equitativo a salud mental de calidad a través de programas, proyectos y acciones de prevención y de promoción de estilos de vida saludable con el fin de evitar que los problemas de salud mental aparezcan, y de asistencia, rehabilitación y reinserción e inclusión social en los casos en que la enfermedad se presente.

1.2.3. La salud mental comunitaria

El modelo de Atención Primaria de Salud (APS) propuesto en la Declaración de Alma Ata en 1978 plantea una nueva forma de organizar recursos desde una nueva filosofía de la salud comunitaria en la cual "...la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, son puestos al alcance de todos los individuos y familias (...) llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar de residencia y trabajo" (en Abella, Amaral y otros, 2011: 6).

Di Nella (2013:22) elabora cuatro principios que se desprenden del texto de esta Declaración:

- **Universalidad:** Todo individuo, familia o comunidad debe tener acceso a los servicios de salud independientemente de su condición social, género, nivel educativo, edad u origen étnico.
- **Equidad:** Proveer de distintas respuestas a distintas problemáticas. Implica asegurar oportunidades de atención diferentes en respuesta a diferente tipo de necesidades y oportunidades de atención igualitarias en caso de que no existan diferencias que justifiquen dicha discriminación.
- **Integralidad:** El objetivo final de la estrategia no es la erradicación de las enfermedades sino la mejora del estado de salud de los individuos y las poblaciones. Por lo tanto, las acciones deben integrarse, incluyendo la prevención primordial (promoción y protección de la Salud), la prevención primaria (protección específica y diagnóstico precoz de la enfermedad)

secundaria (asistencia y tratamiento oportuno) y la prevención terciaria (rehabilitación).

- Continuidad: Son objetivos a largo plazo y por eso requieren continuidad, tanto en la iniciativa como en las políticas.

Siguiendo este camino, la llamada Carta de Ottawa, documento elaborado como toma de posición en la Iª Conferencia Internacional de Promoción de Salud (1986), insta a favorecer la movilización de la población para aumentar el control sobre su salud con el fin de mejorarla, en procuración de alcanzar un estado óptimo de bienestar físico, mental y social.

La Declaración de Caracas (1990), elaborada en la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud convocada por OMS/OPS, insta a los gobiernos, organizaciones de la sociedad civil, ámbitos académicos y organizaciones profesionales a promover los modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales.

Los Principios de Brasilia (2005), elaborados en la Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas, organizada por OPS/OMS, asegura que si bien han sido importantes los avances tras la Declaración de Caracas, sigue siendo excesiva la cantidad de camas en los hospitales psiquiátricos en relación a los dispositivos en la comunidad.

El Consenso de Panamá (2010), elaborado en la Conferencia Regional de Salud Mental, organizada por OPS/OMS, insta a los gobiernos a incorporar a la salud mental como prioridad en las agendas de salud y a promover el desarrollo de acciones tendientes a garantizar el acceso universal y equitativo a la atención en salud mental para la población, basando las intervenciones en las estrategias de atención primaria y las redes integradas de servicios, profundizando las acciones en pos de la desaparición de los hospitales psiquiátricos y su suplantación por dispositivos alternativos en la comunidad y la atención en hospitales generales.

Según Galende (2007), la salud mental comunitaria implica un posicionamiento específico respecto de los conceptos básicos de salud, enfermedad y tratamiento, constituyendo un territorio de disputa de sentidos que permiten operativizar lógicas trascendentes del discurso médico hegemónico. Levav (1992:15) caracteriza al comunitario como un modelo que “...integra, incluye y amplifica la perspectiva clínica, extiende el campo de acción de los trabajadores de salud mental, incorpora nuevos niveles, recursos, componentes, modelos y estrategias de atención”.

Este posicionamiento, corriéndose del consultorio y de la posición médico-paciente, cede espacio al acompañamiento y posibilita un abordaje desde la territorialidad, introduciendo la dimensión cultural propia de la comunidad e incluyendo la participación activa de usuarios de los servicios, sus familias y la comunidad. Así, se pasa, además, de un enfoque basado en la enfermedad y la peligrosidad a un enfoque basado en el sujeto en tanto portador de derechos y un Estado que garantiza su acceso y el goce pleno de los mismos (Saraceno, 2006; Galende, 2007). Cuando nos referimos a la atención basada en la comunidad estamos hablando de estructuras que posibiliten que los usuarios puedan acceder a servicios de salud mental, sea una consulta en un centro de atención primaria o una internación breve en un servicio de salud mental de un hospital general, cerca de su casa, familia y/o grupo de pertenencia sin sufrir desarraigo (Chiarveti, 2008).

Capítulo 2: Contextualización del caso

2.1. Contexto sanitario

El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires divide al territorio bonaerense en doce (12) Regiones Sanitarias de acuerdo a las diferentes características sanitarias y demográficas. Dentro de esta división, el municipio de La Matanza es la denominada Región Sanitaria XII (RS XII).

En esta figura (Figura N°1) se puede ver al municipio de La Matanza en el marco de la regionalización del Conurbano Bonaerense.

Figura N°1: Regiones Sanitarias del Conurbano Bonaerense



Según datos del último Censo Nacional de Población (INDEC, 2010), La Matanza posee una población de 1.775.816 habitantes con un 39% de variación con respecto al Censo Nacional de Población anterior (INDEC, 2001). De los 484.909 hogares que habitan el municipio, el 73% cuenta con provisión de agua por red pública y el 46% cuenta con desagüe cloacal. Ramos Mejía es una de las 15 localidades que conforman el municipio y cuenta con una población de 140.006 habitantes.

En el área geográfica de la RS XII, hay ubicados cuatro hospitales provinciales:

- Hospital Zonal General de Agudos González Catán Km. 32 “Simplemente Evita” – Localidad de González Catán
- Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Paroissien” – Localidad de Isidro Casanova
- Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Alberto Edgardo Balestrini” – Localidad de Ciudad Evita
- Unidad de Pronta Atención - UPA 24- Localidad de González Catán

En la siguiente tabla (Tabla N°1) se detallan los efectores provinciales localizados en la RS XII que brindan prestaciones en salud mental y adicciones.

Tabla N°1: Efectores provinciales que brindan prestaciones de salud mental y adicciones en el área de la Región Sanitaria XII – Municipio de la Matanza

Tipo de efector y prestación					
Servicios de Salud				Centro Provincial	Unidades
Servicios de Salud Mental en Hospital General	Mental en Hospital General con internación psiquiátrica	Hospitales Psiquiátricos Monovalentes	Centro de Salud Mental Comunitaria	de Atención a las Adicciones (CPA)	Pronta Atención (UPA)
1	1	-	1	8	1

Fuente: Elaboración propia en base a Guía de Establecimientos Asistenciales. Actualización Año 2014. Subsector Oficial. Dirección de Información Sistematizada. Dirección Provincial de Planificación de la Salud. Subsecretaría de Planificación de la Salud. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

La información sobre los CPA fue relevada de la página web Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones. Actualización año 2015.

Como esta descripto en la Tabla N°1, la RS XII cuenta con un hospital general con servicio de salud mental, también un hospital general con servicio de salud mental que dispone de 12 camas (6 para hombres y 6 para mujeres) para internación psiquiátrica y no hay hospitales psiquiátricos monovalentes.

En la RS XII hay ocho Centros Provinciales de Atención en Adicciones (CPA) distribuidos en distintas localidades, uno de estos se encuentra en Ramos Mejía. Los CPA dependen de la Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones -en adelante, SSMYA- del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Son dispositivos destinados a recibir, asesorar, atender y/o derivar a personas con consumos problemáticos de alcohol y otras drogas, o personas que requieren asesoramiento en relación a la temática. En su gran mayoría cuentan con equipos interdisciplinarios conformados por psicólogos, trabajadores sociales y operadores terapéuticos y comunitarios y funcionan en casi todos los distritos de la Provincia.

En la RS XII también hay instalada una Unidad de Pronta Atención (UPA). Las UPA tienen el mismo funcionamiento –y equipamiento- que las guardias de los hospitales de alta complejidad. Su finalidad es descomprimir la atención de las emergencias en establecimientos de mayor complejidad y dar respuestas rápidas en zonas de alta concentración poblacional.

El Municipio de La Matanza también cuenta con 74 efectores municipales entre hospitales, centros especializados -como el Centro de Salud Mental “Dr. Mario Tisminetzky”-, unidades sanitarias, unidades de salud y demás dependencias.

2.2. Contexto histórico

Cuando hablamos de reforma en materia de salud mental, seguimos a Chiarveti (2008) quien la define como la transformación organizativa que a través del desarrollo de programas y estructuras alternativas basadas en la salud mental comunitaria reemplazan –desplazan- a los manicomios y a la vieja psiquiatría asilar. Según Galende (2008), todo programa de reforma debe trabajar de manera conjunta en dos grandes ejes: la desinstitutionalización de pacientes o el cierre de hospitales psiquiátricos y el desarrollo de un sistema alternativo de atención, dentro de lo posible en el primer nivel con apoyo del segundo nivel y trabajando mancomunadamente con los dispositivos de reinserción social. Por esto, la coexistencia de un sistema -manicomial- y otro –comunitario- no resulta posible si el objetivo es la viabilidad, eficacia y sustentabilidad de un programa de reforma en salud mental.

Entre las experiencias que fueron marcando el camino para las transformaciones en nuestro país, se encuentra la de Inglaterra con el desarrollo de las comunidades terapéuticas, la de Estados Unidos la psiquiatría comunitaria y la de Italia, de la mano de Franco Basaglia y a través de la psiquiatría democrática, proceso que tiene como hito la sanción de la Ley de Salud Mental (Ley N° 180 del año 1978).

En nuestro país, en el Municipio de Luján (Provincia de Buenos Aires), en un predio de 600 hectáreas se encuentra emplazado el Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico “Dr. Domingo Cabred” que lleva el nombre su primer director y artífice de lo que inicialmente se llamó Colonia Nacional de Alienados.

Con antecedentes en un sistema escocés, el sistema de hospitalización y asistencia médica de colonias/asilos a puertas abiertas denominados “Open Door”, apoyado sobre la base del respeto de la libertad, la promoción del trabajo y el bienestar físico y moral proponía dejar atrás las ataduras mecánicas -reemplazándolas por sedantes- de los pacientes y promovía la laborterapia a través de distintas tareas y trabajos: tambo, huertas, cría de chanchos y aves, panadería, hojalatería, carpintería, fundición y confección de ropa para el uso de los internos, etc.

Los primeros pacientes fueron internados en el año 1901, llegado el año 1918 la Colonia contaba con una población de 1.250 pacientes internados, alcanzando en las décadas del 40 y del 50 poblaciones de entre 3.500 y 4.000 pacientes internados.

La interrupción del proyecto del Dr. Domingo Cabred se debió a una multiplicidad factores e intereses económicos, políticos, gremiales, etc. lo que progresivamente devino en el cierre de los talleres terapéuticos, el cese del trabajo en los campos por parte de los pacientes, el cese de las estrategias terapéuticas de asistencia y educación, convirtiendo la idea original en un espacio netamente asilar y manicomial, de violación de subjetividades, individualidades y derechos de los pacientes (Frankel, 2007).

El proceso denominado Reforma Cabred (Frankel, 2007) se inicia hacia fines del año 2004 y es la resultante del trabajo colectivo de un grupo de trabajadores del Hospital que desde una perspectiva de respeto, garantía y ampliación de los Derechos Humanos, se propuso cambiar las concepciones clásicas de atención y gestión en salud mental, buscando limitar el rol hegemónico del hospital psiquiátrico y su modelo de encierro, abandono, maltrato y vulneración de derechos, favoreciendo las prácticas comunitarias de salud mental, a través de la mejora de la accesibilidad y la calidad de la atención y el

fuerte trabajo en y para la reinserción social de los pacientes con padecimientos mentales, proponiéndose también reducir la estigmatización, de la que no es solo objeto el enfermo y la enfermedad mental, sino todo el dispositivo manicomial y quienes se desempeñan en ese marco (Galende, 2008).

La Reforma Cabred se propuso mediante la realización de una serie de cambios – internos y externos- disminuir y limitar el número de pacientes internados a través de internaciones breves, asistencia ambulatoria y descentralización en hostales, casas de convivencia, servicios locales y redes barriales y comunitarias de contención y atención. Esto quedó plasmado en lo que se denominó el “Plan de Descentralización y Reforma del Modelo de Atención-Gestión” presentado en el año 2006.

En lo interno, el foco estuvo puesto en la predominancia de las áreas de atención en crisis, las internaciones breves y la rehabilitación y reinserción social. En lo externo, el foco estuvo puesto en promover la habilitación de camas en hospitales generales y de atención en crisis, la creación de centros de día y casas de convivencia y la promoción de micro-emprendimientos productivos. Con el fin de evitar internaciones y re internaciones, acortar los tiempos de internación –siempre y cuando fueran imprescindibles-, evitar la cronicidad y procurar la inclusión social de las personas afectadas por padecimientos mentales, se propuso trabajar a través de la firma de convenios con distintos municipios para el establecimiento de centros de día, logrando realizarlo con el Municipio de La Matanza y los municipios de Morón y Moreno. El objetivo de estos dispositivos extra hospitalarios -insertos en la comunidad- fue contribuir a disminuir o terminar con la discapacidad social de los usuarios, propiciando que al mismo tiempo que recibían un tratamiento especializado y continuo, pudieran desarrollar potencialidades creativas, artísticas, educativas y socio laborales, trabajando con asociaciones comunitarias y de familiares.

2.3. Antecedentes de reformas en salud mental en el país¹

2.3.1. La experiencia de la Provincia de Río Negro

¹ Resultó deliberada la omisión de la valiosa experiencia llevada adelante en la década del 50´ por Mauricio Goldemberg en el Hospital General “Evita” de Lanús (Provincia de Buenos Aires), se fundamenta en que esta experiencia no tuvo como punto de partida un hospital monovalente, como si tuvieron las otras experiencias desarrolladas.

En el año 1983, se inicia en la Provincia de Río Negro un proceso de transformación en salud mental, denominado de desinstitucionalización o desmanicomialización y que tuvo como grandes hitos la creación del Programa Provincial de Salud Mental en 1985, el cierre del hospital psiquiátrico de la provincia (situado en la ciudad de Allén) en el año 1988 y la sanción de ley provincial N° 2440 de “Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental” en el año 1991 que terminó de consolidar el proceso.

Según Cohen y Natella (2013), algunos principios rectores de este proceso fueron:

- Jerarquización e integración de la salud mental dentro del sistema de salud
- Descentralización de la atención (especialistas, conocimientos científico-técnicos) del hospital psiquiátrico a los demás efectores de salud (hospitales generales, centros de atención primaria, etc.)
- Revalorización de los recursos individuales y comunitarios de cuidado de la salud
- Promoción del trabajo interdisciplinario e intersectorial

Se trabajaron las situaciones de emergencia y la atención ambulatoria en hospitales generales y se incorporaron los centros de APS a la red asistencial. Además, se instrumentaron visitas e internaciones domiciliarias y se desarrollaron los equipos móviles de intervención a distancia (EMID o patrullas) con la finalidad de transferir capacidades y conocimientos de manera de reforzar el rol activo y la organización de los usuarios, sus familias y su comunidad. En paralelo, se fueron desarrollando nuevos dispositivos y estrategias de intervención y la externación de los pacientes que estuvieron internados en el hospital psiquiátrico durante largos periodos.

2.3.2. La experiencia de la Provincia de San Luis

En el año 1993, la Provincia de San Luis comienza un proceso de reforma y reconversión de su hospital psiquiátrico, con un punto de partida en entre 100 y 120 camas con un 100% de ocupación y un tiempo promedio de internación de 7 años y medio (Label, 2003). Llegado el año 1997, y a partir de múltiples cambios edilicios y en el sistema de atención, el hospital psiquiátrico se transformó en hospital polivalente,

incorporando distintas disciplinas médicas (pediatría, clínica médica, odontología) además de enfermería y análisis clínicos y comenzó a trabajar en las demandas de salud la población general. En el año 1998 ese número inicial se vio reducido a 11 camas (5 para hombres, 5 para mujeres y 1 para situaciones de crisis), con un porcentaje de ocupación del 65% y un tiempo promedio de internación de 8 días.

El eje de la transformación fue la apertura de la institución a la comunidad apoyado sobre la base de la creación de alternativas al encierro y aislamiento, el trabajo de sensibilización en y con la comunidad, el desarrollo y/o fortalecimiento de redes comunitarias, la creación de un equipo interdisciplinario para el trabajo en los procesos terapéuticos y de externación. También se comenzó a trabajar en la implementación de modificaciones en las prácticas institucionales puertas adentro, destinadas a evaluar y realizar la intervención más conveniente en el caso por caso, rescatando la historia y la subjetividad de cada uno de los pacientes.

Tanto esta experiencia de reforma -como la de la Provincia de Río Negro- transitaron un camino lleno de obstáculos y con constantes tensiones debido a que se encontraban en pugna con un modelo hegemónico de larga data y que se resistió a los cambios, que concentraba el presupuesto de salud mental, que oficiaba de “depósito” de personas con padecimientos subjetivos, que fortalecía y reproducía jerarquías en los equipos médicos, que se basaba en el encierro y en la sobre medicación; y que excluía a las familias de los usuarios.

2.4. Marco legislativo

2.4.1. Legislación Nacional

En el año 2006 la Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad de la Asamblea General de las Naciones Unidas insta a los Estados a respetar la autonomía, dignidad, libertad de las personas con discapacidad. Además, compromete a los Estados a garantizar el derecho a vivir en comunidad, a acceder a servicios de salud en función a sus necesidades, trabajar, participar en la vida política y cultural, en resumidas cuentas, a gozar del estatus de ciudadano en un marco de inclusión. A través de la Ley Nacional

Nº 26.378 (promulgada en junio de 2008) la República Argentina aprueba dicha Convención y su protocolo facultativo.

La LNSM, sancionada en diciembre de 2010, se inscribe en el enfoque de respeto y garantía los Derechos Humanos, poniendo énfasis en que las personas con padecimientos mentales tienen derecho a la intimidad y autonomía personal, a vivir en comunidad y a mantener sus vínculos sociales, a obtener atención sanitaria adecuada y a recibir información sobre su estado de salud, entre otros puntos. Además, propone a los dispositivos basados en la comunidad como la modalidad esencial de abordaje de los problemas de salud mental de la población y define que las acciones de promoción, prevención y tratamiento deben tender a la inclusión social de las personas con padecimiento mental y problemática de adicciones.

Esta Ley incorpora las dimensiones sociales, culturales, políticas y económicas en la construcción del campo de salud mental ya que lo reconoce 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” (DNSMyA, 2013: 7).

El Decreto Reglamentario de la LNSM (Nº 603 del año 2013) propone entender por padecimiento mental a “todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples componentes, de conformidad con lo establecido en el artículo 3º de la LNSM” (pág. 57).

2.4.2. Legislación Provincial

En enero de 2014 y por medio de la promulgación de la Ley 14.580, la Provincia de Buenos Aires adhiere² a la LNSM y su reglamentación. Esta Ley establece al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires como autoridad de aplicación (a través de su Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones) y en el Artículo Nº 4 lo insta a formular un

² La LNSM no requería adhesión por ser de orden público y se encontraba vigente en todo el país por tratarse de una Ley de DDHH.

plan provincial de salud mental de carácter participativo, interdisciplinario e intersectorial en consonancia con los fundamentos de la LNSM.

En el texto de fundamentación de esta Ley hay un pasaje que -por clarificadores- resulta importante resaltar, cuando señala que “...es histórica la definición del sistema de salud argentino como fragmentario y heterogéneo. Fragmentario por la incoordinación de los diferentes subsectores -y aún dentro del mismo subsector - para el cuidado integral de la salud; y heterogéneo en lo referente a las desigualdades e inequidades para el acceso a los servicios así como en la determinación social que explica que los colectivos sociales tengan impactos diferentes sobre su salud de acuerdo a sus condiciones de vida así como por el espacio social en el que habitan y desarrollan su cotidiano. En ese aspecto, adherir a un marco normativo nacional tiende a reparar, aunque parcialmente, esa fragmentación y heterogeneidad” (SSMyA, 2014: 2).

2.5. Políticas de Salud Mental en la Provincia de Buenos Aires

Este trabajo sigue la definición de políticas públicas de salud mental propuesta por OMS (2005:97) quien las entiende como la posición básica o curso de acción seleccionado por un gobierno para orientar las decisiones respecto a las necesidades de salud mental de la población. Éstas se implementan a través de los planes, programas y proyectos de salud mental. Desde un enfoque de políticas públicas, las redes son entendidas como patrones de relaciones sociales (más o menos estables) entre actores interdependientes que toman forma alrededor de los problemas y/ o de los programas de políticas. Estas redes de políticas públicas forman el contexto en donde tiene lugar el proceso político (Klijn, 1998) y las instituciones y personas que se vinculan procuran aprovechar el valor de la heterogeneidad y la diversidad para el beneficio conjunto (Perrone y Dabas, 1999), en este caso, buscando mejorar las respuestas para las personas con padecimientos mentales y/o problemática de adicciones.

En este apartado, y con la finalidad de comprender mejor la situación actual, se propone realizar una contextualización de las políticas públicas de salud mental que se vienen implementando en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires y que inciden sobre la cotidianeidad del Centro de Salud Mental Comunitaria “La Casa de Ramos Mejía”.

En octubre de 2012, se constituyó una mesa de trabajo intersectorial y con la participación los tres Poderes (Ejecutivo, Legislativo y Judicial) del Estado provincial. Participaron el Ministerio de Salud, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, la Suprema Corte de Justicia, la Procuración General, Curaduría General de Alienados, la Subsecretaría de Derechos Humanos de la Corte, la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, la Secretaría de Niñez y Adolescencia, la Obra Social de los empleados públicos del Estado Provincia (IOMA), la Defensoría del Pueblo de la Provincia y los directores de los cuatro hospitales monovalentes provinciales. El objetivo de la mesa de trabajo fue comenzar a trabajar en un plan gradual para adecuar las políticas de salud mental y adicciones a la LNSM; se hizo especial hincapié en la necesidad de terminar con las internaciones crónicas por problemas de salud mental y adicciones. La importancia de esta instancia radica en que se constituyó como un paso previo que sirvió para delinear lo que fue la reunión realizada dos meses más tarde en la localidad de Ensenada.

2.5.1. Consenso de la Provincia de Buenos Aires

En diciembre de 2012, se llevó a cabo en el Hospital Zonal Especializado en Crónicos “El Dique” de la localidad de Ensenada, una jornada de trabajo sobre la aplicación de la LNSM en la Provincia de Buenos Aires. Participaron funcionarios del Ministerio de Salud, directores de regiones sanitarias, directores y jefes de servicios de hospitales generales, monovalentes y especializados, así como también responsables de centros de salud mental comunitaria y hospitales de día.

El resultado de la jornada fue la redacción de un documento denominado Consenso de la Provincia de Buenos Aires (SSMyA, 2013) donde se analizó y caracterizó el estado de situación de la salud mental en el territorio bonaerense. Aquí se transcriben algunos de los nudos observados:

- Brecha entre las necesidades de atención de las personas y la disponibilidad y calidad de los servicios de salud mental y adicciones
- Presencia hegemónica de un modelo de salud manicomial, asistencialista y tutelar

- Dificultades para profundización de un proceso de reforma en salud mental en tanto y en cuanto no se trabaje en/con resistencia ideológica para la transformación institucional mediante la creación de dispositivos adecuados a la legislación vigente
- Baja receptividad de los hospitales generales en la inclusión de personas con problemas de salud mental y adicciones

También se discutió y llegó a acuerdos sobre cuál debería ser el camino a seguir. Se transcriben algunas de las propuestas más relevantes para este trabajo:

- Generar políticas sanitarias proactivas para evitar la enfermedad y promover una vida saludable
- Integrar la salud mental a la salud general favoreciendo abordajes integrales y articulados
- Integrar recursos formales y no formales en los procesos de salud/enfermedad/atención
- Establecer un programa para el cierre progresivo y definitivo de las instituciones monovalentes y la reasignación progresiva de las partidas presupuestarias, personal e insumos destinados a estos a un sistema de salud con base comunitaria
- Establecer acuerdos con los servicios de los hospitales generales con el objetivo de ir configurando las modalidades de internación en los mismos
- Construir el Plan de Salud Mental y Adicciones con Planificación Participativa con todos los actores involucrados, incluyendo gremios, colegios e interministerialidad

2.5.2. Plan Estratégico Integral de Salud Mental y Adicciones

Hacia fines del año 2013 se presenta el Plan Estratégico Integral de Salud Mental y Adicciones de la Provincia de Buenos Aires, fruto de los intercambios, discusiones y la construcción colectiva en el marco del Consenso de la Provincia de Buenos Aires.

Este Plan promueve la sustitución del modelo –marcadamente manicomial- vigente a través del fortalecimiento -articulación de los existentes y creación de nuevos- de los

dispositivos comunitarios y desde un enfoque de APS basado en la intersectorialidad que garantice la accesibilidad. Entre las acciones propuestas para conseguirlo, se encuentran diseñar e implementar un sistema de vigilancia epidemiológica, trabajar con universidades para la formación de los trabajadores de la salud en el nuevo paradigma, orientar las internaciones breves hacia los hospitales generales, articular recursos existentes de atención en salud mental comunitaria y crear nuevos en función a las necesidades y orientar recursos humanos y presupuestarios hacia estos con el objetivo de reemplazar en el mediano plazo a los hospitales monovalentes.

Los principios rectores del Plan son:

- Enfoque de Derechos Humanos
- Equidad en el tratamiento de las personas con padecimiento mental, y/o uso problemático de sustancias, y sus familias
- Accesibilidad universal, geográfica, económica y social al sistema de salud mental
- Reconocimiento de la diversidad cultural y perspectiva de género en el tratamiento del problema
- Participación comunitaria

El objetivo general que se plantea el Plan es implementar una política pública de salud mental y adicciones basada en la promoción, prevención, tratamiento y recuperación, con la participación de la comunidad en pos de una mayor inclusión y equidad.

En cuanto a los específicos, algunos refieren a la estructura organizacional de la SSMyA, otros referidos a adicciones, y los referidos a salud mental son:

- *Avance en el proceso de desmanicomialización*, orientado a la asistencia a la plena inclusión comunitaria y se operacionaliza a través de las siguientes acciones:

- Censar la población internada en monovalentes
- Orientar las internaciones a Hospitales Generales

- Desarrollar una red de servicios comunitarios de salud mental y adicciones, con la articulación de lo existente y la creación de nuevos servicios de base comunitaria, trabajando en red con el primer y segundo nivel de atención.
- Sustituir los hospitales monovalentes, con la red de servicios generales y comunitarios.

- *Desarrollo una red de servicios comunitarios de salud mental y adicciones*, con la articulación de lo existente, que se operacionaliza a través de las siguientes acciones:

- Transformar las comunidades terapéuticas en dispositivos de hospitales de día, centros de rehabilitación psicosocial diurnos y nocturnos de acuerdo a la reglamentación de la Ley 26.657
- Crear programas con la participación de personas con padecimientos mentales/adicciones, familiares y organizaciones comunitarias

- *Formación de los trabajadores de la salud en el nuevo paradigma*, que se operacionaliza a través de las siguientes acciones:

- Capacitar a los trabajadores/as de la salud en el modelo de salud mental 50 comunitaria
- Formular programas de capacitación y asistencia técnica para organismos públicos y privados
- Diseñar protocolos de atención
- Generar estudios e investigaciones sobre nuevos abordajes en salud mental y adicciones
- Implementar un sistema de vigilancia epidemiológica de salud mental y adicciones
- Desarrollar estrategias comunicacionales para la promoción de la salud mental

El Plan también se propone metas para el periodo 2013-2016:

- 100% de los pacientes internados en monovalentes censados
- 50% de aumento de atención en servicios integrados
- 50 % de aumento de dispositivos de integración e inclusión.

- 20% de aumento de trabajadores capacitados por año
- 80 % de internaciones geo-referenciadas
- 20% de aumento de servicios de atención de la salud mental integral para niños, niñas y adolescentes
- Incorporación del 10% del personal destinado a monovalentes al trabajo en servicios con base comunitaria
- Implementación en todas las regiones sanitarias de un PRIEC (Programa Regional Interdisciplinario de Enlace Comunitario)
- Incremento del 20% de convenios con empresas para favorecer la inclusión laboral
- Aumento del 50% de Universidades que se comprometan a modificar planes de estudios
- Desarrollo en cinco años del sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental

En 2014 y en ocasión de la reciente sanción de la Ley Provincial N° 14.580 por la cual la Provincia de Buenos Aires adhiere a la LNSM, la SSMYA organizó una Jornada de Intercambio con la Secretaría Ejecutiva de Órgano de Revisión Nacional de la LNSM con la finalidad de compartir experiencias e identificar nudos críticos a ser abordados en el territorio bonaerense en el marco del proceso de modificación del modelo asistencial para adecuarlo en consonancia con el nuevo paradigma.

En años 2014 y 2015, los esfuerzos de la SSMYA se han concentrado en la adecuación del sistema provincial a los lineamientos propuestos por la legislación vigente, desde un abordaje articulado y complementario de las redes.

2.5.3. Programas de salud mental de la SSMYA

Siguiendo la definición de OMS (2005: 97), entendemos por programas de salud mental a un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades, servicios o procesos expresados en un conjunto de proyectos de salud mental, relacionados y coordinados entre sí.

Con la finalidad de enmarcar las intervenciones del Centro, se presenta a continuación una breve descripción de los programas de salud mental -en implementación- de la SSMyA con los que el Centro articula.

El Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) fue creado en el año 1999 y tiene como finalidad la externación y reinserción social de pacientes internados en hospitales monovalentes provinciales, a través de la promoción e instauración de dispositivos alternativos de atención en la comunidad. Los pacientes externados conviven en casas que alquila el Hospital, en grupos de tres a cinco personas, o con familias que deseen alquilar habitaciones para una o dos personas. Los pacientes son visitados en sus domicilios semanalmente por personal del equipo del programa, integrado por personal de enfermería y acompañantes comunitarios. Los acompañantes comunitarios asisten a los pacientes externados en la realización trámites legales, asistencia a centros de salud, concurrencia a juzgados, visitas sociales, etc. Este acompañamiento también comprende la visita de profesionales de salud mental.

El Programa "Vuelta a Casa" tiene como finalidad facilitar la externación y reinserción social de pacientes internados en hospitales monovalentes provinciales, a través de un sostén económico. Entrega una beca de \$280 mensuales de ayuda al paciente externado o a su familia o responsable. Pueden acceder a este programa pacientes con internaciones de mediano y largo plazo que se encuentren estabilizados (sin sintomatología activa), que no padezcan inhabilidades extremas que impidan su autovalimiento básico y que sean carentes de recursos económicos. El programa funciona por medio de un convenio entre el Ministerio de Desarrollo Humano de la Provincia de Buenos Aires, quien financia las becas, y el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, quien selecciona a los beneficiarios y sostiene a través de sus equipos el proceso terapéutico.

El Programa de Uso Racional de Psicofármacos tiene como finalidad prevenir el uso indebido de estos a través de la capacitación a profesionales y equipos de salud de los efectores del 1° y 2° nivel y la regulación y el control de la prescripción de psicofármacos. Además, provee los psicofármacos a los hospitales monovalentes y – mediante articulaciones- a municipios para fortalecer sus estrategias en atención primaria de la salud.

2.5.4. Un nuevo rumbo

En octubre de 2015, la Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires publica el documento “Salud Mental y Adicciones: un nuevo rumbo”, que buscó registrar las principales ideas de gestión y algunas acciones del proceso en marcha. Cuando se refiere al proceso en marcha, grafica la situación actual de la siguiente manera: “...un examen crítico... revela una serie de problemas a resolver, relacionados a la persistencia de establecimientos de internaciones crónicas, inadecuadas desde el punto de vista sanitario y de los Derechos Humanos... además de la persistencia de un sistema de información imperfecto, el arraigo de prácticas que no responden al enfoque de Atención Primaria, la inestabilidad de las redes asistenciales y de soporte social y la escasez de proyectos de recambio curricular y de formación, que garanticen los conocimientos pertinentes a la nueva estrategia” (SSMyA, 2015:48).

Como muestra la Tabla N°2, según los últimos datos disponibles –previos a la publicación de este trabajo- se desprende que en la Provincia de Buenos Aires entre los meses de mayo de 2010 y diciembre de 2011, hubo un aumento de las camas disponibles destinadas a la atención de padecimientos mentales en dispositivos comunitarios.

Tabla N°2: Tendencia de la cantidad de camas disponibles destinadas a la atención de padecimientos mentales en Dispositivos Comunitarios del sector público. Provincia de Buenos Aires - Mayo 2010 / Diciembre 2011.

	Camas disponibles en Dispositivos Comunitarios		Diferencia entre períodos
	may-10	dic-11	
Provincia de Buenos Aires	100	162	+62

Fuente: Elaboración propia en base a Boletín del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud de la Nación. Diciembre de 2011

La Provincia de Buenos Aires cuenta con nueve servicios de salud mental con internación en hospitales generales, cuatro de estos ubicados en el área del Conurbano Bonaerense (Regiones Sanitarias V, VI, VII y XII). Según muestra la Tabla N°3, en el período mayo 2010- diciembre 2011, hubo un aumento de las camas disponibles en hospitales generales destinadas a la atención de padecimientos mentales.

Tabla N°3: Tendencia de la cantidad de camas disponibles destinadas a la atención de padecimientos mentales en Hospitales Generales del sector público. Provincia de Buenos Aires - Mayo 2010 / Diciembre 2011.

	Camas disponibles en Hospitales		
	Generales		Diferencia entre períodos
	may-10	dic-11	
Provincia de Buenos Aires	219	230	+11

Fuente: Elaboración propia en base a Boletín del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud de la Nación. Diciembre de 2011

Estos son cambios importantes, sin embargo todavía resultan una respuesta insuficiente en relación a la población internada en hospitales monovalentes. Según datos de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, durante el año 2011 se produjeron 2.359 egresos de internaciones por atención de padecimientos mentales en hospitales monovalentes y 1.234 egresos de internaciones por atención de padecimientos mentales en hospitales generales. Y si bien las camas ocupadas destinadas a la atención de trastornos crónicos y agudos en los hospitales monovalentes en el periodo mayo 2010- diciembre 2011 han disminuido (ver Tabla N°4), aún queda un largo camino por recorrer.

Tabla N°4: Tendencia de la cantidad de camas ocupadas destinadas a la atención de padecimientos mentales -crónicos y agudos- en Hospitales Monovalentes del sector público. Provincia de Buenos Aires - Mayo 2010 / Diciembre 2011

	Camas ocupadas en Hospitales		Diferencia entre períodos
	Monovalentes		
	may-10	dic-11	
Provincia de Buenos Aires	4000	3180	-820

Fuente: Elaboración propia en base a Boletín del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud de la Nación. Diciembre de 2011

Estas situaciones, pueden interpretarse a través de Di Nella (2013) refiriéndose a las políticas de Salud Mental. Señala que los distintos modelos de Estado (Conservador, Benefactor, Neoliberal, Jus-Humanista) no fueron sucediéndose –superándose- sino que el paso de un modelo a otro se caracterizó por los enlaces y superposiciones, o lo que el autor llama *tramas de mestizaje y superposición funcional*. De esta forma es que –actualmente- podemos ver cómo los resabios de viejos modelos de Estados conviven a través de conceptos o modelos de abordaje propios de distintos momentos históricos, sociales y políticos del país.

Capítulo 3: Análisis del caso

3.1. Conceptualización del caso

Siguiendo a Foucault (1985:138), entendemos al dispositivo como "...un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; en resumen: los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no dicho".

La intervención social, entendida como dispositivo, permite tener en cuenta la conformación de diferentes relaciones, estables e inestables, entre sus componentes; pero también, al ser una construcción moderna, puede verse desde allí su perspectiva emancipadora, no solo punitiva (Carballeda, 2011).

Siguiendo el glosario del Plan Nacional de Salud Mental y Adicciones de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, por interdisciplina, en tanto abordaje propuesto por el Centro, entendemos a los procesos de integración de las teorías, métodos, 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. Siguiendo el mismo glosario, por inclusión social entendemos el acceso a oportunidades para el desarrollo de una mejor calidad de vida y el ejercicio pleno de derechos individuales y sociales. Comprende aspectos tales como el acceso a información y/o servicios, el logro de un adecuado proceso de vinculación con familiares, referentes afectivos, grupos primarios y/o redes vinculares, la inclusión habitacional, educativa, laboral, la participación cívica y/o el reconocimiento y expresión de valores asociados a la diversidad cultural. Lo mismo con el concepto de intersectorialidad, entendido como 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 (DNSMyA, 2013a: 56 y 57).

3.2. Descripción del Centro

El Centro de Salud Mental Comunitaria “La Casa de Ramos Mejía” fue creado en el año 2007, en el marco del proceso denominado la Reforma Cabred. La dependencia institucional y de los profesionales del equipo de salud mental es del Hospital Interzonal Especializado “Dr. Domingo Cabred” aunque en términos programáticos su dependencia es de la SSMYA y de la Región Sanitaria XII.

El Centro se encuentra ubicado la calle Rodríguez Peña N° 264, en la zona de mayor actividad socioeconómica de la localidad de Ramos Mejía, en un barrio signado por calles arboladas y casas bajas, a 6 cuadras de la estación de trenes Ramos Mejía del Ramal Sarmiento que une el Municipio de Moreno con la Estación de Once en capital federal.

Se trata de una casa de dos plantas construida hace aproximadamente 50 años (ver foto N°1, Anexo II). En la planta baja (ver plano N°1, Anexo III), hay una galería techada y un patio descubierto con un cantero con plantas y una gran pared con un mural realizado por los usuarios (ver foto N°2, Anexo II). Cuando se accede a la casa, uno se encuentra con un amplio comedor y cocina, allí se encuentra una gran pizarra donde se publica información sobre la vida del Centro y sobre actividades próximas, un espacio al que se accede desde el comedor cocina, en donde se guardan las historias clínicas, hay una computadora y los teléfonos del centro y dos baños, uno para los usuarios y otro para el equipo de salud mental (ver fotos N°3, N°4 y N°5, Anexo II).

La planta baja tiene también con un espacio amplio (ver foto N°6, Anexo II) con una ventana que da a la calle y dos puertas que dan a la galería cubierta, cuenta con tres grandes mesas blancas y muchas sillas donde se realizan los talleres que no se realizan en los espacios al aire libre y es también utilizado como espacio de socialización, donde escuchar música, tomar mate, etc.

En el patio se encuentra una escalera (ver foto N°7, Anexo II) por la que se accede a la planta alta (ver plano N°2, Anexo III), donde mediada por una pequeña terraza, se ingresa a la construcción donde se ubica una pequeña cocina que oficia de taller de gastronomía (ver foto N°8, Anexo II) y dos espacios/consultorios (ver fotos N°9 y N°10, Anexo II) donde se llevan adelante las terapias individuales, las admisiones y todas las intervenciones terapéuticas con los usuarios y en los casos en que sea pertinente, con sus familiares. También cuenta con un baño y el espacio donde se realiza el taller de

radio (ver foto N°11, Anexo II). Un detalle importante es que todos los espacios de la casa se encuentran libres al acceso de los usuarios y el equipo de salud mental.

En los meses de junio y julio de 2015 se realizaron arreglos integrales en el centro, albañilería en techos y paredes para reparar filtraciones y daños producidos por humedad y también pintura de los espacios interiores y exteriores, todo financiado por el Ministerio de Salud de la Nación a través de gestiones ante la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

El Centro, en tanto dispositivo de salud mental comunitaria, propone una instancia terapéutica integral, con actividades de prevención, atención y rehabilitación psicosocial, que potencia capacidades en los usuarios para generar mayores grados de autonomía en las actividades significativas para sus vidas con la finalidad de evitar internaciones y re internaciones innecesarias y fortalecer y propiciar el proceso de inclusión social de las personas afectadas por padecimientos mentales. A través de la promoción de la participación activa de los usuarios, sus familiares y los vecinos se propone superar la segregación, estigmatización y discriminación que sufren los usuarios. Se posiciona desde una estrategia de atención primaria de la salud cimentada en el trabajo en red e intersectorial procurando aprovechar el valor de la heterogeneidad y la diversidad de recursos para el beneficio conjunto. El Centro sustenta su intervención en una estrategia de articulación interinstitucional con distintas áreas del Municipio de la Matanza, la Universidad Nacional de la Matanza, la Red de Salud Mental de La Matanza, la Residencia de Psiquiatría y Psicología de la Región Sanitaria XII y la Red de Salud Mental por la Inclusión y el Lazo Social.

Hacia el año 2008, en un contexto de cambio de gestión política en la Provincia de Buenos Aires (de la gobernación de Felipe Solá a la de Daniel Scioli) y con cambios en el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, cesa el proceso de la Reforma Cabred tal como fue planificado y venía desarrollándose según el Plan de Descentralización y Reforma del Modelo de Atención-Gestión.

Estos cambios implicaron la intervención del Hospital y la remoción sus directores. Muchos de los profesionales que trabajaron en el diseño y la ejecución del Plan de Reforma decidieron seguir su camino de transformación extramuros y en distintas

instituciones. Actualmente, muchos de ellos trabajan en el Centro de Salud Mental “La Casa de Ramos Mejía”.

3.3. El trabajo con los usuarios

El término “usuario” es la abreviatura de usuarios de servicio de salud mental y se refiere a la persona que se encuentra haciendo uso de un servicio de salud mental. Nominarlos como usuarios contribuye a pensarlos más como personas que como pacientes, lo que alienta su rol activo y protagónico en el destino de su vida en general y en su tratamiento en particular (Agest, 2010).

En el Centro, en tanto efector del sistema de salud, los usuarios son protagonistas de su proceso de atención y participan en la toma de decisiones relacionadas con las instancias terapéuticas, son concebidos como sujetos de derechos, en situación de vulnerabilidad psicosocial, con necesidades especiales de protección y garantías. Aquí, la importancia del rol de los usuarios se inscribe en lo que Agrest y Druetta denominan participación de los usuarios, entendiéndolo como un punto indispensable en su proceso de recuperación comparable a la importancia de los tratamientos farmacológicos y psicológicos. Definen al proceso de recuperación como la posibilidad de una persona de incluirse socialmente y va más allá de la erradicación de los síntomas o el compromiso orgánico que lo haya llevado a la situación de padecimiento mental ya que apunta a la capacidad de la persona padeciente de tomar el control y decidir sobre el destino de su propia vida. Según los autores, recuperarse es algo “...que puede hacer alguien a partir de una enfermedad o de un padecimiento y, por lo tanto, no es algo que pueda ser provisto o producido por otro” (Agest y Druetta, 2011:59).

El Centro funciona de lunes a viernes entre las 9 y las 14 hs., y su equipo de salud mental está conformado por 4 psicólogos, 3 psiquiatras, 2 trabajadoras sociales, y una terapeuta ocupacional. También concurren algunos talleristas y voluntarios que participan y colaboran en algunas actividades. En el Centro, además de los espacios de socialización y terapia, cada día se llevan adelante distintas actividades educativas, expresivas, artísticas, recreativas y/o deportivas.

Tanto en los espacios de terapia individual como en los espacios grupales y como en los talleres, se fomenta el cuidado y la higiene personal, el cuidado del hogar, la

alimentación, administración del dinero y gestión de asuntos personales, habilidades sociales y relaciones interpersonales. Hubo un tiempo donde se realizaron reuniones con los familiares, donde se los escuchaba y se los asesoraba sobre sus inquietudes, pero esta actividad que se discontinuó con el tiempo.

Los días lunes se realiza un grupo de apertura; la finalidad del espacio es compartir, reflexionar y problematizar con los demás usuarios sobre las vivencias del fin de semana. Aquí los usuarios cuentan cómo se sintieron, a qué se dedicaron, con quién y dónde estuvieron, etc. Además, ese día tiene lugar el taller de teatro, cuya finalidad es fortalecer las capacidades creativas y de comunicación de los usuarios.

Los días martes tienen lugar en el Centro los talleres folclore, literatura e inglés. También los días martes y miércoles funcionan los talleres y emprendimientos socio-laborales de costura y gastronomía -actualmente ambos en un impasse- que se proponen modificar las representaciones que los usuarios tienen sobre sí mismos, promueven el establecimiento de lazos con la comunidad y apuntan a generar ingresos estables para la continuidad del emprendimiento.

Los días miércoles también se lleva a cabo el taller de radio. Comenzó a funcionar a mediados del año 2012; se realiza el programa denominado “Hablemos todos”, que pretende ser un programa que, más allá de ser producido y realizado por usuarios, sea un programa interesante de ser escuchado y además aporte a la integración de los usuarios a través de la toma de la palabra expresando sus opiniones sobre cuestiones de la actualidad, política, deporte, espectáculo, etc. Este espacio busca estimular las capacidades de los usuarios de crear, pensar, sentir y hacer, y de esa manera trabajar en un espacio fundamental de su inclusión.

Los días jueves y viernes se realizan actividades recreativas y deportivas, una caminata por el barrio y una excursión al parque más cercano donde los usuarios juegan al fútbol. Los días viernes se realiza un grupo de cierre, donde los usuarios realizan un relato de lo que se proponen hacer el fin de semana, y los miembros del equipo de salud mental los asisten en la planificación de las actividades propuestas.

Es importante mencionar que por la escasez de recursos muchas veces suelen discontinuarse actividades artísticas y de capacitación ya que –generalmente- resulta difícil contar con talleristas o profesores que puedan desempeñarse ad-honorem. Esta situación propició que en algunos casos las actividades sean llevadas adelante por

talleristas o profesores con el apoyo de los integrantes del equipo de salud mental y en otros casos, sean llevadas adelante solamente por estos últimos.

En un tiempo –la última fue en el año 2013- y con la finalidad de fortalecer el lazo de los usuarios y sus familias con el Centro y de todos estos con la comunidad, se realizaban anualmente peñas folclóricas donde se presentaban los trabajos realizados en los talleres artísticos. También otros artistas exponían sus trabajos y al mismo tiempo que se compartía la música y el baile, se podían comer cosas elaboradas en el marco del taller gastronómico.

Las prácticas e intervenciones terapéuticas llevadas adelante en el Centro se ubican en un entrecruzamiento y complementariedad de los modelos de externación, de re-inserción, de re-integración y de re-inclusión, desarrollados por Di Nella (2013).

3.4. Los abordajes interdisciplinarios

Uno de los propósitos de este trabajo fue analizar los abordajes interdisciplinarios del Centro. Algunos autores (Elichiry, 1987; Stolkiner, 1999) refieren que no todo proceso de intercambio o cooperación ocasional es interdisciplina, y que esta requiere de un trabajo constante y recurrente, en espacios de tiempo estipulados y formales; de esta manera lo asistemático y aislado en el tiempo quedaría por fuera de esta consideración. Otros autores como Carballada (2001) sostienen que la interdisciplina puede también construirse en forma cotidiana, que se trata de una entidad esencialmente dinámica que se plasma en la acción, que lo distintivo y su mayor potencial y valor es la interacción y reciprocidad simétrica que convergen en la complementariedad.

Respecto al equipo de salud mental del Centro, la interdisciplina se produce de manera más bien informal, ya que en el Centro no está preestablecido un espacio de reuniones de equipo de salud mental en tanto actividad periódica y pautada, para reflexionar, diagramar, planificar y evaluar estrategias de organización e intervención en cuanto a las prácticas. En cambio, se producen distintos espacios de encuentro espontáneos o ad-hoc, donde se reúnen los profesionales, muchas veces con participación de los talleristas. En estos espacios se intercambian impresiones sobre cómo van observando a los usuarios y en función de sus estrategias terapéuticas y su desempeño en los talleres, de manera realizar modificaciones en caso de creerlo necesario, de contactar a las

familias o de establecer un nuevo plan de medicación. La interdisciplina se ve apuntalada por una actitud de atención constante por parte del equipo de salud mental sobre la situación de cada uno de los usuarios, sustentada en la conciencia de la importancia de la cooperación y flexibilidad en el equipo y conciencia de la relatividad de cada disciplina para la construcción colectiva del problema, teniendo como objetivo abordar su complejidad por sobre su totalidad (Heller, 2013).

Se observa que los abordajes interdisciplinarios cobran suma importancia en el espacio de la entrevista de admisión que se hace con el usuario y su familia cuando se acercan al Centro. Se intenta que los plazos para las admisiones sean lo más cortos posibles; usualmente conlleva una semana y como máximo 15 días, y participan de la/s entrevista/s de admisión varios integrantes del equipo de salud mental: psicólogo, psiquiatra y trabajador social. Este momento resulta clave y además del usuario participa su familia, con la finalidad de realizar un análisis de la situación presente del usuario y realizar un recorrido por su historia de vida y trayectoria en el sistema de salud hasta llegar al día de la entrevista, componiendo la foto en conjunto. Cada integrante del equipo aporta desde sus propias referencias, con la finalidad de profundizar y complejizar el análisis de la situación y para diseñar abordajes integrales sobre una problemática multicausal, cambiante y compleja.

La interdisciplina también cobra especial importancia en los talleres, donde se incorporan recursos terapéuticos no convencionales, partiendo del supuesto de que todas las personas cuentan con recursos de salud para desarrollar y promover. Esto, además, implícitamente reconoce que cada práctica profesional tiene límites y que no puede abordar los temas por sí sola. Si bien los talleristas no participan en las entrevistas de admisión, su rol en ese proceso es muy importante, ya que se les pide a los usuarios que concurran a todos los talleres y que elijan en cuál o cuáles les gustaría participar, y es en el intercambio con el equipo de salud mental que los talleristas aportan su perspectiva sobre cómo ven a los usuarios en esos espacios en función de sus características y potencialidades.

Respecto a las estrategias terapéuticas, no existe un protocolo para su definición; estas se van delineando desde que comienza el proceso de admisión y varían caso por caso y en función de la necesidad y características del momento de los usuarios.

En cuanto a las actividades de formación del equipo de salud mental (espacios de lectura, grupos de estudio, capacitación o supervisiones) si bien hubo un momento en

que se llevaron adelante, ya hace algún tiempo que se no se están llevando a cabo. No se cuenta con recursos económicos en la institución para propiciar la participación de los profesionales en cursos, seminarios y/o congresos; quedando en cada profesional la gestión de los recursos para hacerlo.

3.5. La intersectorialidad

Como se expuso anteriormente, este trabajo entiende por intersectorialidad a la coordinación de objetivos, acciones y/o recursos entre los distintos sectores del Estado - y de la sociedad civil- con el objetivo de promover y desarrollar acciones tendientes al logro de la inclusión social.

Los miembros del equipo de salud mental del Centro tienen conocimiento sobre distintos recursos (tanto del Estado como de la sociedad civil) que ponen “sobre la mesa” y a consideración cada vez que se trabaja en el diseño de una estrategia terapéutica, proponiéndose facilitar el acceso a los usuarios y sus familias a todo el abanico de recursos disponibles. Habitualmente se tramitan pensiones y jubilaciones ante la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) y prestaciones de salud ante el Programa de Atención Médica Integral (PAMI) y el Programa Federal Incluir Salud (PROFE) del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. También se tramitan los subsidios para la externación del Programa “Vuelta a casa”, tema que urge ser revisado dado que resultan insuficientes tanto en cantidad (no se dispone de suficientes cupos) como en el monto que asigna (280 pesos x mes x usuario). Además, se articula con la Universidad Nacional de la Matanza (UNLaM), para que estudiantes de las carreras de psicología y medicina realicen sus prácticas en el Centro, concurriendo y participando en las distintas actividades. También existe una incipiente relación con la radio de la UNLaM, con quien actualmente está trabajando para que el taller de radio del Centro pueda aportarle micros, segmentos o separadores, que aborden distintos temas para ser difundidos en el marco de su programación.

Desde el año 2013, el taller de radio del Centro cuenta con el acompañamiento de la Autoridad Federal de Servicios de Comunicación Audiovisual (AFSCA), a través de la asistencia técnica de dos talleristas, lo que permitió transformar el espacio del taller y que el programa comenzara a grabarse. Hoy el programa de radio es grabado, editado y

subido semanalmente en la página de facebook (<https://www.facebook.com/Hablemos-todos-908437399175569/?fref=ts>) que se creó para difundir el registro audiovisual de la experiencia.

En el mes de mayo de 2015 se presentó el proyecto “El taller de radio y su aporte a la inclusión social desde la perspectiva de los usuarios de los trabajadores del Centro de Salud Comunitaria La Casa de Ramos Mejía”; en el marco de la Convocatoria 2015-2016 de las Becas de Investigación “Lic. Ernesto Cotello” del Hospital Nacional Especializado en Red “Lic. Laura Bonaparte”, Especializado en Salud Mental y Adicciones. Ex CENARESO. Este proyecto fue seleccionado y se encuentra en curso, entre los beneficios de la beca se encuentra el aporte económico de 15.000 pesos, que fueron utilizados para el fortalecimiento de las capacidades del taller por medio de la compra de un grabador portátil, auriculares, micrófonos con pies y respectivos cables, antes de esto los equipos eran proporcionados por los talleristas.

Los resultados del proyecto de investigación serán presentados en una jornada organizada por CENARESO y publicados en un libro que compile los trabajos seleccionados.

Por medio de la gestión ante la Fundación Equidad (www.equidad.org), dedicada –entre otras cosas- al reacondicionamiento de equipos informáticos en desuso, se consiguió la donación de tres computadoras que son utilizadas para el trabajo de producción y de realización del programa en el marco del taller de radio y para otras actividades formativas o de entretenimiento en el marco de los otros talleres.

En un tiempo pasado, se intentó articular con varios clubes barriales para que los usuarios pudieran concurrir según sus intereses a practicar distintas disciplinas deportivas; esto no pudo concretarse, en gran medida, por resistencias por parte de los clubes.

En cuanto a las articulaciones dentro del sector salud, mayormente se dan con el segundo nivel, tanto con hospitales psiquiátricos de la provincia como con hospitales generales de la RS XII y regiones vecinas. También se realizan articulaciones con efectores del ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La medicación para los tratamientos de la gran mayoría de los usuarios –los externados del Hospital Cabred-

arriban desde el Ministerio de Salud al Hospital y mensualmente algún integrante del equipo de salud mental realiza un viaje hasta allí para retirarlos.

3.6. Perfil de los usuarios del centro

En sus inicios y debido a la función que se le asignó en el marco del Plan de Descentralización y Reforma del Modelo de Atención-Gestión, la población del Centro estaba conformada exclusivamente por pacientes hombres externados del Hospital Cabred. Con los años y debido a su inserción en la comunidad local, el tipo de prestaciones que brinda, el reconocimiento a su trabajo y las derivaciones por parte de los equipos de profesionales de distintos efectores del primer y del segundo nivel de atención de la RS XII –y de RS vecinas-, el perfil de los usuarios fue cambiando.

Hoy en día asisten al Centro aproximadamente 80 usuarios, tanto hombres como mujeres -8 de cada 10 son hombres- todos mayores de 18 años -2 de cada 10 tienen entre 18 y 30 años, 6 de cada 10 tienen entre 30 y 45 años y 2 de cada 10 tienen más de 45 años- afectados por padecimientos mentales, algunos de ellos han atravesado internaciones psiquiátricas en hospitales generales o en hospitales psiquiátricos, unos durante pocos meses y otros durante varios años.

La patología más recurrente que presentan es la psicosis, algunos con situaciones de consumo problemático de alcohol y otras drogas. Todos los usuarios se encuentran estables y en tratamiento psicológico y psiquiátrico, ya sea en el Centro o en otros centros más cercanos a sus domicilios.

Estas circunstancias favorecen que los usuarios tengan dificultades para la construcción de vínculos saludables con sus referentes, familiares o en la comunidad donde viven y en las instituciones por las que transitan. En la mayoría de los casos, los usuarios cuentan con cierto grado de contención social por parte de algún referente o familiar.

La mayoría de los usuarios provienen de sectores de alta vulnerabilidad social, caracterizados por la pobreza, vínculos familiares disgregados, trayectorias inconclusas en el sistema de educación formal y dificultades de acceso al sistema de salud.

Capítulo 4: Conclusiones

En el marco de las intervenciones del Centro, el uso del término “usuarios” en lugar de “pacientes” no resulta una distinción menor ya que busca lograr impacto directo (y positivo) en el ejercicio y uso del poder en los dispositivos de salud. Aquí, el uso de este término trasciende la mera enunciación, ya que se sustenta en la concepción de la persona con padecimiento mental como sujeto de derechos y ciudadano.

Bajo la decisión de nominarlos de esta manera, subyacen las ideas de que cada persona tiene algo importante para decir de sí mismo y de cuanto le acontece, y que los usuarios son personas capaces de proponer y decidir sobre las políticas y las prácticas de las que tradicionalmente han sido objeto. Además de esto, la promoción de prácticas que favorecen su autodeterminación y la confianza en su capacidad y la de su familia para tomar decisiones, aportan a descentrar la hegemonía de voces corporativas dentro del campo de la salud mental, fundamentalmente porque los usuarios son los interesados directos y principales afectados en las prácticas del campo y muchas veces su opinión puede ser distinta a la de los profesionales.

Una de las mayores fortalezas del Centro se encuentra en su equipo de salud mental. La trayectoria y experiencia de trabajo de estos profesionales, sumados a su convicción y compromiso, agilizan y efectivizan las respuestas para resolver las necesidades clínicas y de la vida cotidiana de los usuarios. Los profesionales llevan adelante las admisiones, las terapias individuales, el seguimiento y control de la medicación, las tareas administrativas, el trabajo con el Poder Judicial, la articulación con otros efectores del sector salud, el rol de talleristas, de profesores de gimnasia o recreación. Pero la multiplicidad de tareas podría ir en desmedro de la calidad de la prestación, ya que las condiciones en que los profesionales se desempeñan en su trabajo acotan la posibilidad de destinar tiempo a las reuniones de equipo, supervisiones, grupos de estudio o el armado de presentaciones sobre las prácticas institucionales para exponer en ámbitos académicos o profesionales. Las trabas institucionales, la sobrecarga de trabajo y el desgaste natural de los equipos contribuyeron a que muchas actividades se discontinuaran.

La interdisciplina, si bien es imprescindible, no alcanza para resolver la totalidad de las situaciones cotidianas con las que le toca lidiar al equipo de salud mental. Heller (2013:58) lo grafica muy bien cuando señala que “.....la conformación de equipos

multidisciplinarios es un avance necesario, pero que dicha medida de por sí, no garantiza la ruptura y superación de prácticas autoritarias, verticalistas, individualistas y descontextualizadas de las situaciones económicas, sociales y culturales de las personas con padecimiento mental y sus familias”.

Esto cobra mayor visibilidad en las iniciativas de articulación y cómo estas habitualmente colisionan con la escasez de recursos comunitarios -debido a la centralización en los hospitales monovalentes- y la resistencia de los hospitales generales para adecuarse al trabajo en el marco de la LNSM. Canellotto y Luchtenberg (2010) señalan que esto último, quizás en parte se explique por la escasa formación en temas como salud pública, salud colectiva y comunitaria de los profesionales de la salud mental y cómo a través de sus prácticas favorecen la vigencia y centralidad del hospital psiquiátrico y la medicalización de la salud mental. En este sentido, es necesario fortalecer la institucionalidad de las articulaciones con los hospitales generales ya que el hecho de sustentarlas en relaciones interpersonales y el marco de informalidad precariza las respuestas, volviéndolas frágiles y poco sustentables en el tiempo. Por otro lado, resulta indispensable resolver los obstáculos a la gestión de la medicación para los usuarios ya que teniendo en cuenta que se busca revertir la lógica hospitalocéntrica y manicomial, algo tan simple como recibir la medicación en el Centro, y no tener que ir mensualmente al hospital monovalente a retirarla, no debería ser un problema.

No es novedoso decir que es necesario cambiar el modelo de atención de salud mental de la Provincia de Buenos Aires de manera de incrementar, reasignar -del hospital monovalente a la comunidad- y refuncionalizar recursos físicos, humanos y presupuestarios hacia una estrategia de Atención Primaria de la Salud. Hitos como la sanción de la LNSM y la adhesión provincial a esta brindan el andamiaje legislativo para sustentar el cambio de paradigma pero la red de servicios de salud mental de la Provincia de Buenos Aires no logra adecuarse a estos tiempos. Un ejemplo de esto es que, a ocho años de su creación y con la escasez de dispositivos de estas características -lo que produce que se sobrecarguen los pocos que existen- el Centro solo funcione hasta las 14hs por no contar con recursos humanos- profesionales y no profesionales- debido a la concentración de estos en el hospital monovalente. Modificar esto posibilitaría, entre otras cosas, que el Centro pueda funcionar también durante la tarde, ampliando la oferta preventiva, asistencial -ambulatoria- cerca de sus lugares de residencia a la población en general y a usuarios con padecimientos mentales que

transitaron internaciones en hospitales monovalentes y además, acompañarlos en el proceso de inclusión social.

Algo que contribuye –negativamente- con esto es que el Plan Estratégico Integral de Salud Mental y Adicciones de la SSMYA propone avanzar la desmanicomialización a través de procesos individuales para cada uno de sus cuatro hospitales monovalentes psiquiátricos. El hecho de que no exista ningún programa que enmarque las intervenciones de los dispositivos de salud mental comunitaria como la del Centro, los subsume a los condicionamientos provenientes de las concepciones, dinámicas, prácticas y recursos propios de cada institución, dejando indemne el rol hegemónico de los hospitales monovalentes. El hecho de que el Centro se encuentre ubicado a más de 60 km. del Hospital Cabred por un lado favorece las estrategias de intervención comunitarias pero por otro lado las condiciona, ya que los recursos –de todo tipo- que maneja resultan insuficientes. Algo que grafica esta situación es que el Centro no cuenta con presupuesto propio, ni siquiera una caja chica para solventar gastos corrientes (la mayoría de las veces solventados por los miembros del equipo) propios del uso de la casa.

Muchos de los inconvenientes que enfrenta actualmente el Centro se originaron en el momento institucional –de incipiente consolidación- en que lo encontró el cierre del proceso denominado Reforma Cabred ya la transformación integral del modelo de atención-gestión que no terminó de ser y los objetivos planteados para este dispositivo no lograron consumarse completamente.

Entre las debilidades del Centro se encuentra el hecho de que actualmente no cuenta con un proyecto institucional donde se plasmen su misión, su visión, sus objetivos, actividades, etc. Otro punto en que el debería avanzarse es el referido a la vinculación del Centro con la comunidad del barrio y el municipio, una posibilidad es mediante acciones como retomar la realización de peñas y las muestras de fotografía o arte, otra posibilidad –no excluyente- es a través del trabajo intersectorial y por medio de las articulaciones con organizaciones de la sociedad civil para la capacitación en el marco de la economía social, solidaria y la autogestión con la finalidad de relanzar el emprendimiento de gastronomía –y desarrollar nuevos- en pos del fortalecimiento de las estrategias de inclusión social de los usuarios.

Solo pueden lograrse cambios positivos en los puntos anteriormente mencionados a través de políticas públicas de salud mental sustentadas en planes y programas basados en evidencia científica donde se expliciten metas claras a corto, mediano y largo plazo, con presupuestos comprometidos e indicadores que posibiliten su monitoreo y evaluación. El déficit en este sentido resulta un obstáculo considerable ya que las decisiones técnicas, de gestión y presupuestarias quedan sujetas a las coyunturas y vaivenes políticos, minando las bases de una política pública de salud mental a largo plazo que incida sobre los determinantes sociales de la salud (Gerlero, Augsburger y otros, 2010).

Actualmente se transita un momento importante donde los temas de salud mental tienen mayor presencia en la agenda pública y política. La sanción de la LNSM aportó considerablemente al fortalecimiento de algunas iniciativas que ya estaban en marcha y contribuyó a la introducción de cambios en algunos procesos y prácticas en sintonía con su espíritu. El proceso de cambio está en movimiento y si bien se visualizan aspectos positivos, también hay otros que no lo son ya que hay espacios clave donde no se han producido modificaciones sustanciales: la asignación presupuestaria y su distribución dentro de este ámbito (si la prioridad se sitúa en los hospitales monovalentes o en el desarrollo y consolidación de los dispositivos en la comunidad).

El compromiso y la decisión política tanto para la asignación de recursos a la salud mental como para su distribución dentro del campo y el establecimiento de lineamientos claros en consonancia con la legislación vigente, aparecen necesariamente como los puntos a abordar en el corto plazo.

Índice

Agradecimientos.....	4
Resumen.....	5
Introducción.....	6
CAPÍTULO 1: Aspectos metodológicos y delimitación teórica	
1.1. Aspectos metodológicos.....	8
1.2. Delimitación teórica.....	10
1.2.1. Salud y determinantes sociales.....	10
1.2.2. El rol del sistema de salud.....	12
1.2.3. La salud mental comunitaria.....	14
CAPÍTULO 2: Contextualización del caso	
2.1. Contexto sanitario.....	17
2.2. Contexto histórico.....	19
2.3. Antecedentes de reformas en salud mental.....	21
2.3.1. La experiencia de la Provincia de Río Negro.....	21
2.3.2. La experiencia de la Provincia de San Luis.....	22
2.4. Marco legislativo.....	23
2.4.1. Legislación Nacional.....	23
2.4.2. Legislación Provincial.....	24
2.5. Políticas de Salud Mental en la Provincia de Buenos Aires.....	25
2.5.1. Consenso de la Provincia de Buenos Aires.....	26
2.5.2. Plan Estratégico Integral de Salud Mental y Adicciones.....	27
2.5.3. Programas de salud mental de la SSMYA.....	30
2.5.4. Un nuevo rumbo.....	32
CAPÍTULO 3: Análisis del caso	
3.1. Conceptualización del caso.....	35
3.2. Descripción del Centro.....	36
3.3. Trabajo con los usuarios.....	38

3.4. Los abordajes interdisciplinarios.....	40
3.5. La intersectorialidad.....	42
3.6. El perfil de los usuarios.....	44
CAPÍTULO 4: Conclusiones.....	45
BIBLIOGRAFÍA.....	51
ANEXO I.....	59
ANEXO II.....	61
ANEXO III.....	67

Bibliografía

Abella, S., Amaral, N. y otros. (2011). *Modalidad de abordaje y atención en salud mental*. Artículo presentado en la IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Instituto de Investigación Gino Germani. Universidad de Buenos Aires. [Disponible en:

<http://webiigg.sociales.uba.ar/saludypoblacion/ixjornadas/ponencias/ponencia-abella-ixjsyp.doc>] (Último acceso: 15 de agosto de 2015)

Agrest, M. (2011). *La participación de los usuarios en los servicios de salud mental*. Revista Argentina de Psiquiatría, VERTEX, Vol. XXII: 409-418.

Agrest, M. y Druetta, I. (2011). *El concepto de recuperación: la importancia de la perspectiva y la participación de los usuarios*. Revista Argentina de Psiquiatría, VERTEX, Vol. XXII: 56-64.

Alonso, L. (2003). *La mirada cualitativa en sociología: una aproximación interpretativa*. Editorial Fundamentos. Madrid. España.

Babbie, E. (1979). *The practice of social Research*. Editorial Wadsworth. California, EEUU.

Benach, J. y Muntaner, C. (2005). *Aprender a mirar la salud. ¿Cómo la desigualdad daña nuestra salud?* Carabobo, Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldon”.

Blatter, J. (2008). *In Search of Co-variance, Causal Mechanisms or Congruence? Towards A Plural Understanding of Case Studies*. Swiss Political Science Review 14(2): 315–56.

Cannellotto, A. y Luchtenberg, E. (2010). *Medicalización y Sociedad. Lecturas críticas sobre la construcción social de enfermedades*. Universidad Nacional de San Martín. Buenos Aires. Argentina.

Carballeda, A. (2001). *La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud*. Margen N° 23. [Disponible en: <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/carballeda.pdf>] (Último acceso: 5 de mayo de 2015)

Carballeda, A. (2011). *La intervención en lo social como dispositivo. Una mirada desde los escenarios actuales*. [Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/ents/article/view/23881>] (Último acceso: 27 de agosto de 2015)

Chiarvetti, S. (2008). *La reforma en salud mental en argentina: una asignatura pendiente*. Revista Argentina de Clínica Psicológica XVII p.p. 173-182. [Disponible en: http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/642/racp_xvii_2_pp173_182.pdf] (Último acceso: 5 de octubre de 2015)

Cohen, H. y Natella, G. (2013). *La desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Editorial Lugar. Buenos Aires. Argentina.

Cohn, G. (2003). “*Renovando os problemas nas Ciências Sociais*” en Goldenberg, Paulete, Marsiglia, Regina y Gomes, Mara Helena (Orgs.) *O Clássico e o Novo. Tendencias, objetos e abordagens em ciencias sociais e saúde*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ.

Comes, Y. (2003). *Accesibilidad: una revisión conceptual*. Documento laboris, proyecto de investigación Equity and Decentralization: Accessibility of poor families from Buenos Aires province to health public services of Buenos Aires City. Buenos Aires: International Development Research Centre of Canadá. Mimeo.

Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Informe Final, OMS, 2008.

De Maio, F. (2010). *Desigualdad en el ingreso como determinante social de la salud*. Revista Salud Colectiva, Vol. 6 N° 2, Pág. 195-209, Mayo - Agosto, Buenos Aires, 2010.

[Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-2652010000200006&script=sci_arttext] (Último acceso: 27 de octubre de 2015).

Di Nella, Y. (2013). *Inclusión mental. Políticas públicas con enfoque de derechos (por la superación del dogma manicomial)*. Editorial Koyatún. Buenos Aires. Argentina.

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2013). *Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657*. Ministerio de Salud de Nación. Republica Argentina. [Disponible en: http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2013-09-26_ley-nacional-salud-mental.pdf] (Último acceso: 14 de mayo de 2015).

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2013a). *Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018*. Ministerio de Salud de Nación. Republica Argentina. [Disponible en: http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2013-10-29_plan-nacional-salud-mental.pdf] (Último acceso: 2 de septiembre de 2015).

Elichiry, N. (1987). *Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias. El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. Nora Elichiry compiladora. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires. Argentina.

Faraone, S. y otros. (2012). *Accesibilidad y derechos humanos: análisis de los procesos de atención alternativos al modelo asilar en Santa Fe y Tierra del Fuego*. Revista Argentina de Salud Pública, Vol. 3 - N° 12, Septiembre 2012.

Ferrara, F. (1985). *Teoría social y salud*. Catálogos. Buenos Aires. Argentina.

Foucault, M. (1985). *Saber y verdad*. Ed. La Piqueta. Madrid. España.

Frankel, D. (2007). *Plan estratégico Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico "Dr. Domingo Cabred"*. 2006–2010. 2ª Edición. Daniel Frankel

Compilador. Fundación Banco de la Provincia de Buenos Aires. Nueva Librería. Argentina.

Frenz, P. (2005). *Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud*. Ministerio de Salud. Santiago de Chile. Chile. [Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/6b9b038df97d550fe04001011e014080.pdf>] (Último acceso: 19 de abril de 2015)

Galende, E. (2007). *El concepto de comunidad en la salud mental comunitaria*. En: Salud mental y comunidad. UNLa. Departamento de Salud Colectiva. (1), pp. 39-50.

Galende, E. (2008). *Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser*. Editorial Lugar. Buenos Aires. Argentina.

Galende, E. (2012). *El concepto de comunidad en la salud mental comunitaria*. En: Salud mental y comunidad. UNLa. Departamento de Salud Colectiva. (1), pp. 39-50.

Gerlero, S., Augsburger, A., Duarte, M., Escalante, M.A., Ianowski, M.V., Mutazzi, E.C., Yanco, D. *Diagnóstico evaluativo para el fortalecimiento de estrategias de intervención en salud mental argentina*. Revista Argentina de Salud Pública, Vol. 1, N° 2, 2010.

Gerlero, S., Augsburger, A., Duarte, M., Gomez, R., Yanco, D. *Salud mental y atención primaria. Accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en centros de salud*. Argentina. Revista Argentina de Salud Pública, Vol.2-N° 9: 24-29, Diciembre 2011.

Guber, R. (2011). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Siglo XXI Editores. Buenos Aires. Argentina.

Heller, A. y otros. (2013). *La dignidad humana y los padecimientos mentales: una relación en construcción*. Departamento de Salud Mental Comunitaria. Ediciones de la Universidad Nacional de Lanús. Salud Mental y Comunidad. Año 3, N° 3: Págs. 51-59. Diciembre de 2013.

Holy, L. (1984). *Teoría, metodología y proceso de investigación*. En: *Ethnographic research: a guide to general conduct* - Ellen, R (Comp). Academic Press. London.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). *Censo Nacional de Población*. Argentina, 2010.

Irwin, A. y Otros. (2006). *The Commission on Social Determinants of Health: Tackling the Social Roots of Health Inequities*. PloS Medicine. Estados Unidos.

Klijn, E. (1998). *Policy Networks: An Overview* in Kickert, WJM & Koppenjan, JF (eds) *Managing Complex Networks*. Sage. London. [Disponible en: <http://revista-redes.rediris.es/webredes/textos/Complex.pdf>] (Último acceso: 27 de julio de 2015)

Label, H. (2003). *El Hospital Psiquiátrico de San Luis Una experiencia de transformación institucional dirigida por el Dr. Jorge Luis Pellegrini*, en *Perspectivas Sistémicas* N° 76. [Disponible en: <http://www.redsistemica.com.ar/label.htm>] (Último acceso: 5 de febrero de 2016)

Laurell, A.C. (1982). *La salud-enfermedad como proceso social*, en *Revista Latinoamericana de Salud* N° 2, Nueva Imagen, México, pp. 7-25.

Laurell, A.C. (1994). *Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad* en Rodríguez, María Isabel (coord.) *Lo biológico y lo social*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 101, Washington, OPS/OMS.

Levav, I. (1992). *Temas de Salud mental en la Comunidad*. OPS-OMS. Washington, EEUU.

Mertens, D. (2005). *Research and evaluation in Education and Psychology: Integrating diversity with quantitative, qualitative, and mixed methods*. Thousand Oaks: Sage.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Fortaleciendo la promoción de la salud mental*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud (Hoja informativa N° 220).

Organización Mundial de la Salud. (2001a). *Documentos Básicos*. 43a edición. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Mental Health Policy, Plans and Programmes*. Publicado por EDIMSA Editores Médicos bajo el título de Política, Planes y Programas de Salud Mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental en 2006. [Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ops_c_est13.pdf.pdf] (Último acceso: 19 de abril de 2016)

Organización Panamericana de la Salud. (1990). *Declaración de Caracas*. [Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/067_psico_preventiva/cursada/dossier/declaracion_caracas.pdf] (Último acceso: 29 de mayo de 2016)

Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Principios de Brasilia*. [Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/normativas_legislaciones/ops_oms_principios_brasilia.pdf] (Último acceso: 29 de abril de 2016)

Organización Panamericana de la Salud (2010). *Consenso de Panamá*. [Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/1.%20PosterSpanishJAN11.pdf>] (Último acceso: 29 de agosto de 2015)

Perrone, N. y Dabas, E. (1999). *Redes en Salud*, en *Viviendo Redes*. Ed. CICCUS. Buenos Aires. Argentina.

Relatoría final de Sociedad Civil sobre Consulta Regional de Determinantes Sociales de la Salud Costa Rica, 2011. [Disponible en: <http://www.mdm.org.ar/informes/18/Version-Final-Relatoria-Sociedad-Civil-Consulta-DSS-de-OPS-Agosto-2011.pdf>] (Último acceso: 19 de mayo de 2016)

Rosen, G. (1985). *De la policía médica a la medicina social*, México, Siglo XXI editores.

Rossi, D. y otros. (2007). *Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario*. Intercambios Asociación Civil. Buenos Aires. Argentina.

Saraceno, B. (2006). *La continuidad de cuidados en la salud mental comunitaria*. Ponencia en el XXIII Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Bilbao. España.

Stake, R.E. (1994). *Case Studies*. In: Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (eds.): *Handbook of Qualitative Research*. London, Sage, pp. 236-247.

Stake, R.E. (2006). *Multiple case study analysis*. The Guilford Press. New York. EEUU.

Stolkiner, A. (1999). *Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas*. Revista Campo Psi-Revista de Información especializada” Año 3, No 10, Abril de 1999, Rosario. [Disponible en: <http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm>] [Último acceso: 5 de mayo de 2016].

Stolkiner, A. y otros. (2000). *Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. La Salud en Crisis - Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales*. Editorial Dunken. Buenos Aires. Argentina.

Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones (2013). *Consenso de la Provincia de Buenos Aires*. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. [Disponible en http://www.sada.gba.gov.ar/salud_mental/consenso.pdf] (Último acceso 29 de mayo de 2016)

Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones (2014). *Ley 14580. Adhesión de la Provincia de Buenos Aires a la LNSM*. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. [Disponible en http://www.sada.gba.gov.ar/salud_mental/salud_mental.pdf] (Último acceso 9 de abril de 2016)

Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones (2015). *Salud Mental y Adicciones: un nuevo rumbo*. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. [Disponible en: http://www.sada.gba.gov.ar/produccion/un_nuevo_rumbo.pdf] (Último acceso 29 de mayo de 2016)

Vega, J., Solar, O., Irwin, A. (2005). *Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción*. En: Jadue L, Fabiola M, eds. *Determinantes sociales de la salud en Chile. En la perspectiva de la equidad*. Chile: Iniciativa Chilena de Equidad en Salud (ICES); Pp. 9–18.

Zaldúa, G., Bottinelli, M., y otros. *Cuestiones y desafíos en la viabilidad de la Ley de Salud Mental*. [Disponible en: [www.iigg.sociales.uba.ar/saludypoblacion/ixjornadas/ponencias/ponencia-zaldua-ixjsyp\(2\).doc](http://www.iigg.sociales.uba.ar/saludypoblacion/ixjornadas/ponencias/ponencia-zaldua-ixjsyp(2).doc)] [Último acceso: 5 de mayo de 2016]

ANEXO I

INTRODUCCIÓN	<p>¿Cuánto tiempo hace que trabajas en el Centro?</p> <p>¿Cómo fue tu ingreso?</p> <p>¿Cómo es la dinámica de trabajo?</p>
INTERDISCIPLINA	<p>¿Cómo está conformado el equipo?</p> <p>¿Cómo es el proceso de admisión de los usuarios?</p> <p>¿Cómo se definen las estrategias terapéuticas de los usuarios?</p>
INTERSECTORIALIDAD	<p>¿Articulan con otras áreas de gobierno? ¿Cuáles?</p> <p>¿Cómo se trabaja la articulación con otros efectores?</p> <p>¿Hay trabajo en red? ¿Cómo está compuesta?</p> <p>¿Con qué dificultades te encontrás en el trabajo cotidiano?</p>
PERFIL DE LOS USUARIOS	<p>¿Quiénes son usuarios del Centro? (edad, sexo, lugar de residencia, condición socioeconómica, prevalencias, consumos problemáticos, cobertura de salud, etc.)</p>

	<p>¿Cómo son sus trayectorias en el sistema de salud?</p> <p>¿Se trabaja con los familiares?</p>
TALLERES TERAPEUTICOS	<p>¿Cómo surgieron los talleres?</p> <p>¿Cuánto tiempo llevan haciéndose?</p> <p>¿Cuál es su función?</p> <p>¿Cuáles son sus objetivos?</p>
RELACION CON LA COMUNIDAD	<p>¿Cómo es y cómo se trabaja la relación con la comunidad?</p> <p>¿Llevan adelante actividades en pos de la integración de los usuarios? ¿Cuáles?</p>
POLITICAS Y LEY DE SALUD MENTAL	<p>¿Cómo ves la situación actual en cuanto a las políticas de salud mental?</p> <p>¿Qué cosas siguen igual y cuáles cambiaron tras la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26657?</p> <p>¿Qué elementos facilitan y cuáles obstaculizan este proceso?</p>

ANEXO II



Foto 1



Foto 2



Foto 3



Foto 4

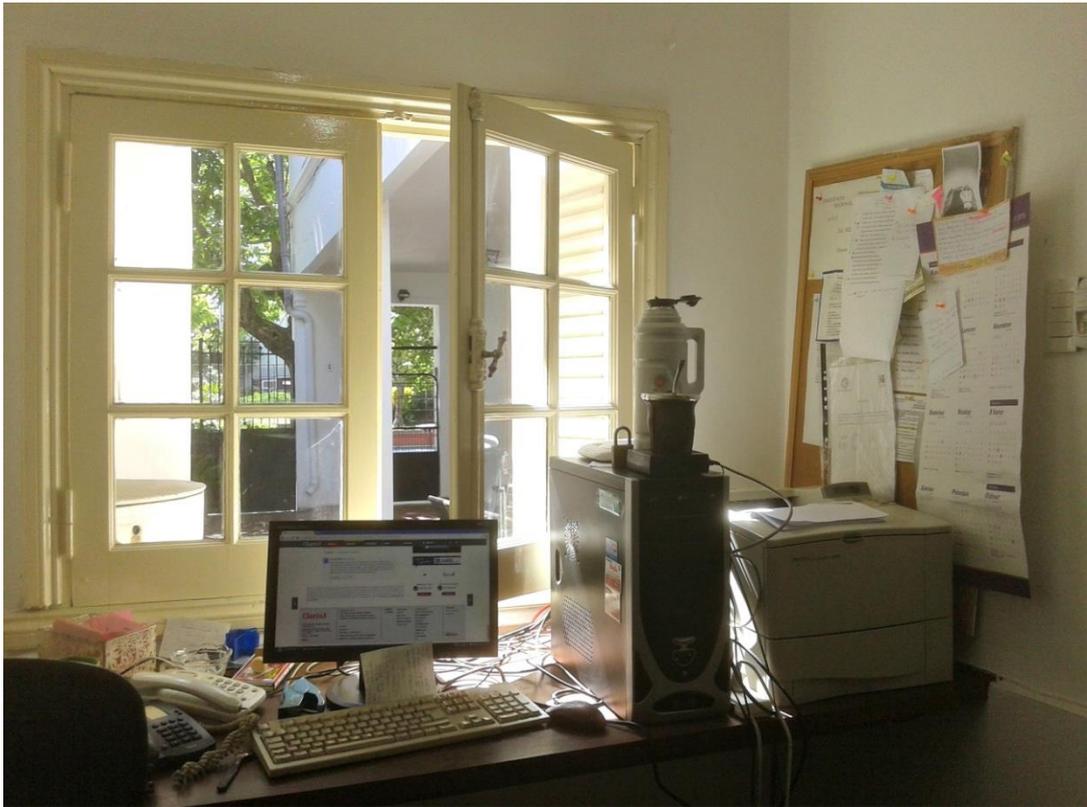


Foto 5

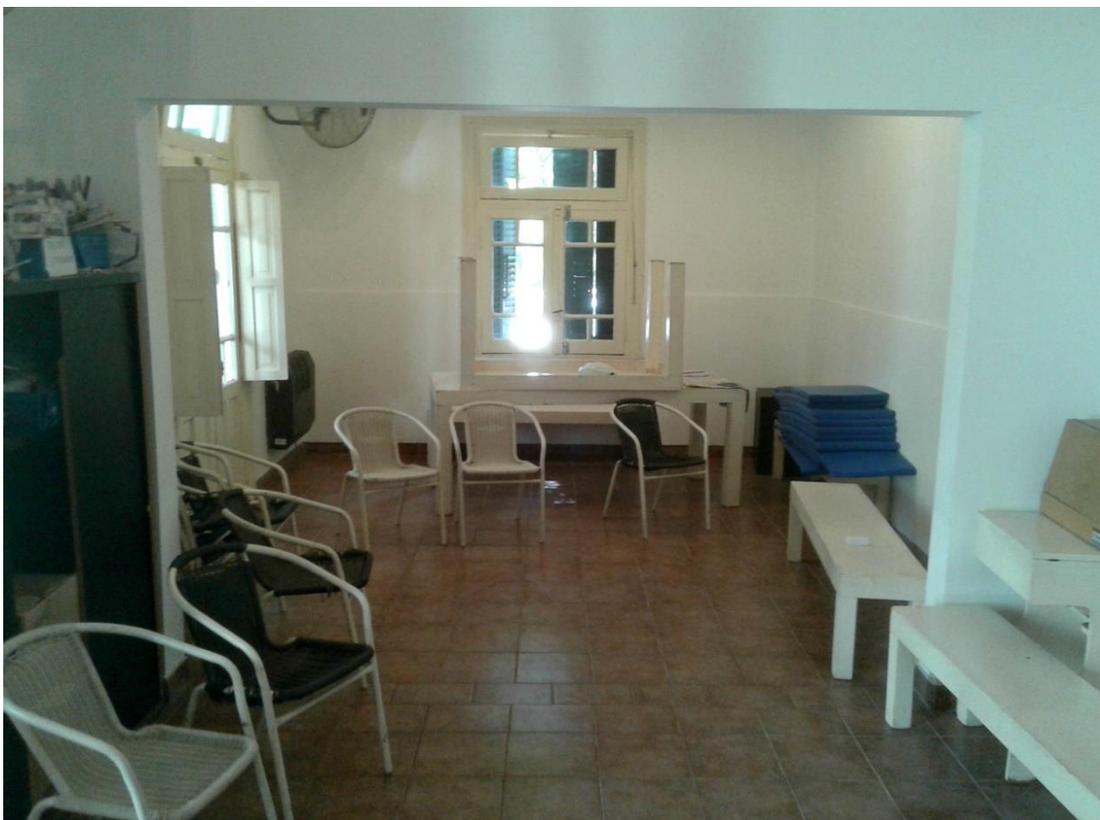


Foto 6



Foto 7



Foto 8



Foto 9

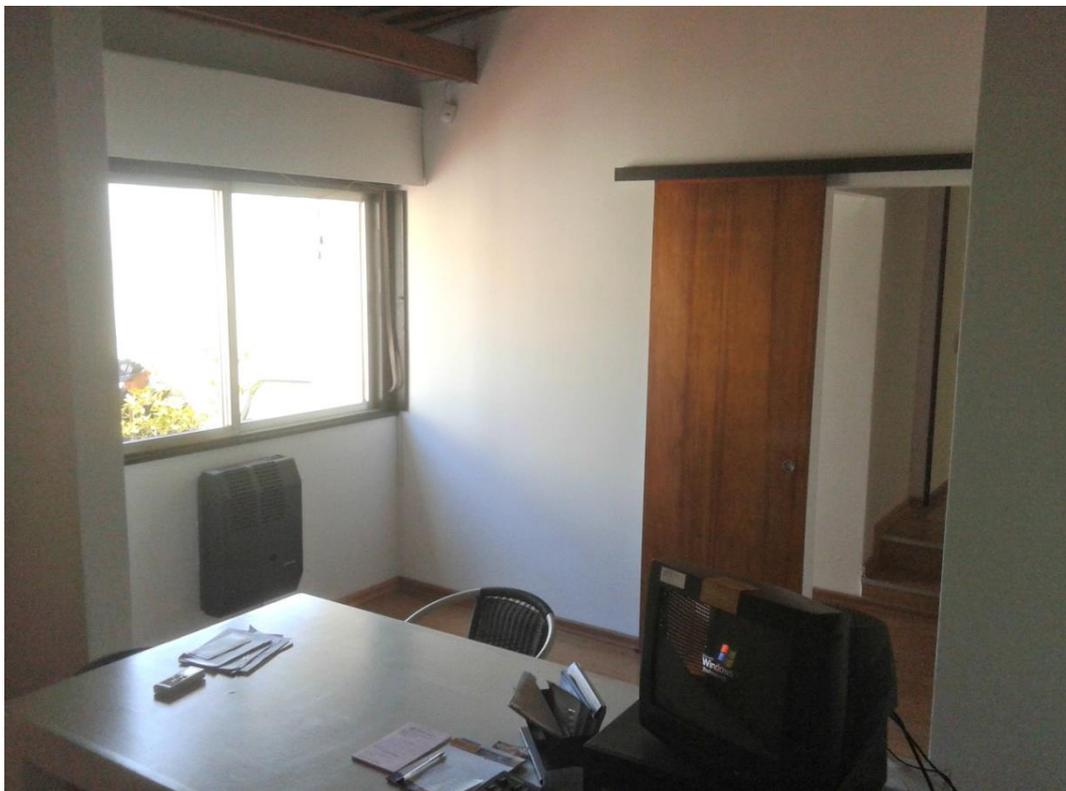


Foto 10

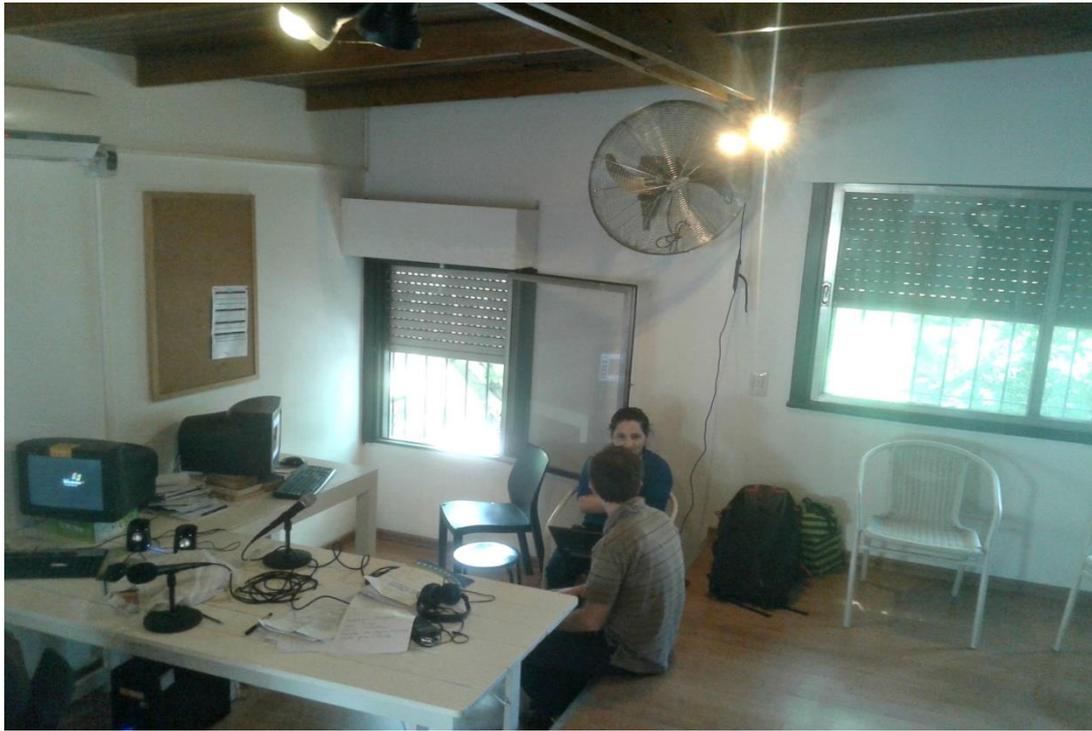
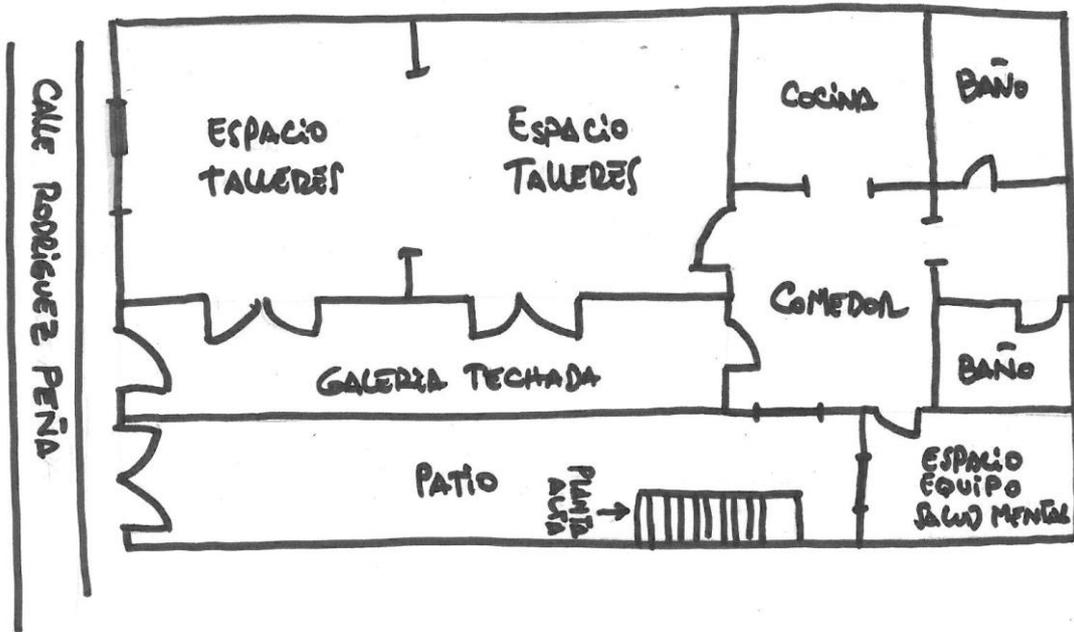


Foto 11

ANEXO III

PLANO 1: PLANTA BAJA



PLANO 2: PLANTA ALTA

