

2008

Problemáticas sanitarias en salud  
mental desde el sector público :  
estrategias de intervención, a partir de  
la atención sanitaria de la salud  
mental, tendientes a la integración  
socio-comunitaria de los  
representados de la Curaduría Oficial  
de Alienados, periodo junio 2007/mayo 2008

Longo, Ma. Susana

---

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/498>

*Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository*

SS  
Inv. 4043

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO**  
**SOCIAL**  
**LIC. SERVICIO SOCIAL**

*Tesis de grado de la carrera de Lic. En Servicio Social*

*“Problemáticas Sanitarias en Salud Mental desde el sector público. Estrategias de intervención, a partir de la atención sanitaria de la Salud Mental, tendientes a la integración socio-comunitaria de los representados de la Curaduría Oficial de Alienados.”*

*Período Junio 2007/Mayo 2008*

**Director: Lic. Rubens Mendez**

**Co-directora: Lic. Claudia Gimenez**

**Alumnas: Longo, Ma. Susana (mat. 7805/03)**

**Torres, Leticia Soiedad (mat. 6585/01)**

**Año 2008**

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario 4043	Signatura top
Vol	Comentarios:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

# INDICE

## CAPITULO I

Introducción.....	Pág. 3
Objetivos.....	Pág. 10
Contexto Institucional.....	Pág. 11

## CAPITULO II

Definición del problema.....	Pág. 16
La Salud Mental y las políticas de Estado.....	Pág. 21
Las estructuras en el sanitarias en el Dpto. de Salud Mental de Trieste (Italia).....	Pág. 27
Dispositivos de Salud Mental en el Ptdo. de Gral. Pueyrredón.....	Pág. 30

## CAPITULO III

El Trabajo Social en Salud Mental.....	Pág.35
Trabajo Social y sus modos de intervención.....	Pág. 41
Aspectos metodológicos.....	Pág. 52

## CAPITULO IV

Presentación de casos.....	Pág. 57
----------------------------	---------

## CAPITULO V

Conclusión.....	Pág. 81
Bibliografía.....	Pág. 87
Anexos.....	Pág. 91

# **CAPITULO I**

## Introducción

Durante el periodo comprendido entre el mes de Junio de 2007 a Mayo de 2008 las que suscriben, llevaron a cabo la pasantía institucional de la Licenciatura de Servicio Social en el área de Salud Mental (SM) dentro del ámbito de la Justicia, en la Curaduría Oficial de Alienados (COA) de los Departamentos Judiciales de Mar del Plata; Dolores y Necochea con sede en la ciudad de Mar del Plata (Ver Anexo I. Pág. 92).

A partir de la mencionada pasantía se tomó contacto directo con la realidad específica de las personas que sufren padecimientos psíquicos severos, lo que despertó el interés por la posibilidad de sistematización de la experiencia. Dentro de esa "realidad" se sitúa la necesidad de resolver en forma recurrente la continuidad de tratamiento por consultorio externo en el Servicio de S M del sector público, para las personas atendidas por la COA, que tiene entre sus objetivos integrar en su comunidad a quienes las características de su problemática lo posibilita, dado que se considera que el padecimiento psíquico no es sinónimo de institucionalización permanente y teniendo en cuenta que el tratamiento es un dispositivo terapéutico imprescindible y eficaz para incluirlos.

El propósito del presente trabajo es el de sistematizar y comunicar el conjunto de intervenciones llevadas a cabo en el mencionado período, describiendo, ordenando y analizando todos los datos recabados a partir de los hechos en los cuales se ha participado para, a partir de ello, elaborar nuevos conocimientos que permitan no sólo comprender más la intervención en el aspecto sanitario del Trabajador Social con las personas con padecimientos psíquicos severos, sino contribuir a convertir ese nuevo conocimiento en un herramienta útil para transformar

nuestra realidad, además de tener en cuenta que fue una práctica rica que merece una recuperación sistemática que pueda hacerla compartida.

La COA con asiento en la ciudad de Mar del Plata, tiene como ámbito de actividades los departamentos judiciales de Mar del Plata, Dolores y Necochea. La población que compone la zona mencionada es de alrededor de 1.000.000 de habitantes.

*..... “Esta amplia área geográfica y poblacional tiene características distintivas que merecen ser destacadas, por su influencia en la salud mental de quienes viven en ella y por el fuerte condicionamiento que tienen sobre las formas de trabajo específico que en la misma puede implementarse.*

*Desde el punto de vista poblacional existen datos relevantes tales como:*

- *La distribución heterogénea de la población con características urbanas y rurales.*
- *El incremento estacional de la población en los centros turísticos (zona comprendida entre San Clemente del Tuyu, al norte y Necochea, al sur)*
- *El elevado número de personas comprendidas en la franja etárea de la tercera edad (Mar del Plata).*
- *El carácter estacional de un elevado número de puestos de trabajo, no sólo en la zona turística sino también en el área rural vinculado al trabajo golondrina en las cosechas.*
- *El elevado índice de desempleo.*

*Desde el punto de vista institucional y con relación a la atención de la salud mental, se puede señalar que:*

- *El área judicial coincide parcialmente con la zonificación geográfica de las Regiones II y V de la dirección de Salud Mental de la Provincia de Buenos Aires.*

- *Cuenta en su ámbito con servicios psiquiátricos de internación de carácter público, para pacientes agudos, sub-agudos y crónicos, con un número aproximado de 100 camas, distribuidas entre los hospitales Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico de Necochea, Interzonal General de Agudos de Mar del Plata y Municipal de Maipú.*
- *Cuenta con la posibilidad de internaciones breves de agudos en alguno de los hospitales generales municipales (Santa Teresita, Balcarce, Miramar, Gral. Belgrano).*
- *El Departamento Judicial de Dolores, no cuenta con Hospitales provinciales con capacidad de internación, ni con médicos psiquiatras permanentes.*
- *Mar del Plata cuenta con un Servicio de Salud Mental en el Hospital Interzonal General de Agudos.*
- *Necochea, cuenta con un Hospital Neuropsiquiátrico Provincial para crónicos con capacidad para 62 camas.*
- *Cuenta con alrededor de 500 camas para pacientes agudos, subagudos y crónicos de carácter privado, de las que más de un 75% se hallan establecidas en la ciudad de Mar del Plata.*
- *Cuenta solamente con dos hospitales de día de carácter público en toda el área (Necochea y Santa Teresita) y uno de carácter privado (Mar del Plata) en vías de instalación.*
- *Los talleres protegidos existentes en los distintos núcleos urbanos están orientados a adolescentes y jóvenes con diferentes grados de deficiencia mental. Destinado a pacientes psicóticos: sólo existe el programa de trabajo protegido que ofrece el Hospital Especializado Neuropsiquiátrico de Necochea.*

- *Carece de alternativas socio-terapéuticas tales como casas de pre-alta, casas de convivencia, hostales, etc, públicos o privados.*
- *Los consultorios externos gratuitos, existentes en el área son insuficientes y en su mayoría centralizados en las sedes hospitalarias. Con excepción de las ciudades de Mar del Plata y Ayacucho, donde existe atención en salud mental en algunas salas periféricas”...<sup>1</sup>*

Estos datos que corresponden al año 1996 poco han variado hasta la actualidad, en lo que se refiere específicamente a Mar del Plata, dado que a nivel privado se cuenta con:

- Dos hospitales de Día.

En cambio en el ámbito público se presentan las siguientes variaciones:

- En la Región Sanitaria VIII, la única institución con estas características es el Hospital Neuropsiquiátrico “Dr. Domingo Taraborelli” de la localidad de Necochea. Esta ausencia dentro del campo de la salud pública, genera estados de cronicidad y deterioros severos, en personas que podrían tener un desarrollo satisfactorio de su cotidianeidad.
- De los treinta (30) Centros de Salud Municipales sólo diecisiete (17) de ellos realizan atención primaria en Salud Mental y no atienden a pacientes crónicos. (Ver Anexo II. Pág. 93)
- En sede hospitalaria del Servicio de SM del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) se instaló un hospital de día.

Como experiencia mixta entre público y privado:

- La alternativa socio-terapéutica del Centro de Promoción Social (CPS) constituido por convenio entre la ONG “AIPe” (Asociación Integradora de

---

<sup>1</sup>TAUCAR, NADA. “Descripción de la realidad Socio-sanitaria local”. Trabajo Práctico N°1. Curso de Post-grado: Administración estratégica en Salud Mental. UNMDP. Octubre de 1996. Pág. 1-2.

Personas con Padecimiento Psíquico) y el HIGA, está dedicada a la rehabilitación e inserción social de personas con padecimientos psíquicos. Actualmente incluye: Centro de día, Talleres Terapéuticos de Producción, Organización y Supervisión de grupos de convivencia y acompañamiento en la Inserción Comunitaria. Se está construyendo un pequeño hogar, y a futuro ampliará el servicio de atención familiar abierto a la comunidad.

Desde la Curaduría se parte de la idea de que la posibilidad de mejorar la calidad de vida de las personas con padecimiento psíquico crónico y su entorno, no puede depender sólo de un elemento improbable hasta el momento, como lo es la curación definitiva de la enfermedad.

*“Desde esta perspectiva un abordaje integral incluye no sólo un eje clínico que requiere tratamiento, sino además un eje social (...) que debe ser atendido a través de acciones, que deben inscribirse en el mejoramiento (quizás amplio y difuso) de las condiciones socio-ambientales de la persona...”*

*En el eje clínico, se tiene en cuenta el diagnóstico psiquiátrico conjuntamente con toda la sintomatología que lo caracteriza y los tratamientos instituidos.*

*En el eje social, se evalúa en qué situación se encuentra la red social de la persona y se trabaja con ella teniendo como meta el mantenimiento de la máxima inserción social posible.”<sup>2</sup>*

Para el presente trabajo, el objeto a analizar dentro de la multiplicidad de factores que integran el eje social, es el aspecto sanitario como central del presente estudio, dado a que se debe tener en cuenta que la enfermedad mental *“compromete la totalidad del hombre y modifica las relaciones entre los distintos aspectos del individuo con su medio social”<sup>3</sup>* por eso es fundamental la

---

<sup>2</sup> TAUCAR, N. ; MENDEZ, R. “Las Curadurías de Alienados: un enfoque integrado”. Tercer encuentro sobre Curadurías Oficiales. Noviembre, 1996. Pág. 4

<sup>3</sup> RICON, L. Et. al. Problemas del campo de la Salud Mental. Paidós. Buenos Aires. 1995.

implementación de políticas sociales adecuadas que cubran las necesidades de las personas con padecimiento psíquico.

Consideramos que existen limitaciones en el acceso a la atención sanitaria de la población abordada, que incide fundamentalmente en su calidad de vida y en la satisfacción de sus necesidades de protección y subsistencia.

Son importantes las problemáticas sanitarias en general y en particular en salud mental, puesto que, *“a través del tiempo, persiste en el imaginario social, el prejuicio de peligrosidad y en consecuencia el confinamiento de las personas con sufrimiento mental en Instituciones Psiquiátricas para su contención, tratamiento y para preservar el orden social. Esta idea de peligrosidad se constituye en el fundamento de las prácticas que se implementan con el internamiento asilar y la idea de asociar el tratamiento con el aislamiento y la segregación social. Se funda así una trilogía: El juicio de peligrosidad, la necesidad de control y vigilancia asilar, la idea de irreversibilidad y cronicidad. Estos tres aspectos cierran el círculo trágico del internamiento manicomial”...<sup>4</sup>*

*“Es imprescindible considerar que las personas con padecimiento psíquico crónico pueden vivir de un modo normalizado y digno en la comunidad, si se les ofrece atención, apoyo flexible, oportuno e individualizado que les posibilite la participación en su proceso de rehabilitación y en el control de sus propias vidas. Ello es un objetivo y un instrumento esencial en la intervención”<sup>5</sup>*

*“La rehabilitación en última instancia busca ayudar a estas personas a mejorar sus vidas, a superar sus problemas concretos y a promover la recuperación de su*

---

<sup>4</sup>AMICO, L. “Desmanicomialización: Hacia una transformación de los dispositivos hegemónicos en Salud Mental”. Ver en [www.margen.org/margen35/amico](http://www.margen.org/margen35/amico)

<sup>5</sup> GIMENEZ, C. “La problemática habitacional, en la integración comunitaria de personas con padecimientos psíquicos severos. Estrategias de intervención.” Tesis de Grado de la Lic. en Servicio Social. UNMDP. Año 2005. pág. 4

*capacidad para tomar decisiones y reorientar el camino de su propia vida desde la marginación y el deterioro hacia la normalización y la integración.*"<sup>6</sup>

Frente a las problemáticas hasta aquí esbozadas, surge como un interesante objeto de estudio el análisis y la comprensión de las alternativas implementadas desde el Servicio Social de la COA, para poder suplir la carencia de políticas sanitarias, la *"carencia de ingresos económicos y la automarginación y/o marginación de la red vincular"*<sup>7</sup>; relacionadas a la SM en particular y de ese modo contribuir al mantenimiento en su ámbito comunitario de las personas representadas y asistidas, manteniendo un nivel de calidad de vida que no los transforme en "enfermos mentales", sino en ciudadanos con vulnerabilidades de diferentes características, entre ellas sanitarias, que requieren ser adecuadamente atendidas.

Para construir el marco teórico se plantearon los siguientes interrogantes ¿Quiénes y cómo son las personas con padecimiento psíquico severo?, ¿Cuáles son los aportes teórico-metodológicos y las propuestas actuales para estas personas desde la SM?, ¿Qué posibilidades y/o alternativas ofrece la comunidad a una persona con padecimiento psíquico que no cuenta con el respaldo de una obra social en materia sanitaria? ¿Cuáles son las posibles vinculaciones entre trabajo social y SM en este espacio de trabajo? ¿Cuáles son las diversas clases de posibles intervenciones desde el Trabajo Social de la COA?.

---

<sup>6</sup> RODRIGUEZ GONZÁLEZ, A.; GOURÁN GONZÁLEZ, F.; AGUIRRE, M. "Rehabilitación e Inserción Social de enfermos mentales crónicos sin hogar". Trabajo publicado en la revista "Intervención Psicosocial" del colegio de Psicólogos. Delegación Madrid. Febrero 1998. número monográfico sobre "Personas sin Hogar". Publicado en el Vol. 7 N°1. Pág. 75

<sup>7</sup>MARTINO, M; INDA, A. Proyecto "Casas de Convivencia". Centro de Promoción Social. Mar del Plata. Bs. As. Argentina. Pág. 1. 2006

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

- Realizar un análisis de casos, sistematizando las intervenciones para el abordaje de las problemáticas de atención en Salud Mental desde el sector público, de las personas con padecimientos psíquicos severos crónicos representados por la COA de Mar del Plata en el período Junio/07-Mayo/08”.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Describir las diferentes alternativas sanitarias de la población estudiada.
- Analizar los factores condicionantes para garantizar un tratamiento digno y continuado.
- Detectar y caracterizar los elementos que favorecen o no la marginación.
- Indagar la intervención del trabajador social en el ámbito de la COA

## CONTEXTO INSTITUCIONAL

La COA con asiento en la ciudad de Mar del Plata, se creó en 1985 y está a cargo de un Curador Oficial. Implementó los objetivos institucionales generales y los adaptó a las particularidades de los tres Departamentos Judiciales en los que tiene intervención: Dolores, Necochea y Mar del Plata. Esta sede se encuentra distante de Dolores a 200kms. Y de Necochea a 128 kms. Estos dos Departamentos presentan una gran extensión territorial, en la que se incluye una población con características propias, muy diferentes a la existente en la ciudad de Mar del Plata.

Es una Institución pública que forma parte del campo de la justicia y depende de la Repartición Oficial en el ámbito Provincial. Su medio ambiente general es legal y social; su medio ambiente específico es de actuación y lo conforma la población declarada judicialmente insana y/o inhabilitada, que no cuenta con una red familiar continente ni con bienes suficientes para su manutención, con el fin de optimizar su calidad de vida. Se encuentra ubicada en la calle Rawson 2462 - (e/ Santa fé y Santiago del Estero) de la ciudad de Mar del Plata (Partido de General Pueyrredón) en la provincia de Buenos Aires. (Ver Anexo III. Pág. 97). A pesar de tratarse de un organismo judicial, no tiene su sede en el edificio de los Tribunales debido a una cuestión de espacio físico. Actualmente esta situación se considera favorable, *“ya que permite atender, en un ámbito alejado del trajín tribunalicio y de su imagen de litigiosidad, a los asistidos y representados, a sus familiares y a los miembros de la comunidad en general.”*<sup>8</sup>

Las funciones centrales de dicha institución son:

---

<sup>8</sup> GIMENEZ, C. “La problemática habitacional, en la integración comunitaria de personas con padecimiento psíquico severo. Estrategias de intervención.” Tesis de Grado de la carrera de Lic. en Servicio Social. UNMDP. Año 2005. pág. 6

- De representación: a personas que habiendo sido declaradas insanas, no cuentan con familiares en condiciones de asumir el rol de Curador y a su vez carecen de recursos para que dicha representación sea ejercida por un abogado de la matrícula. (con carácter privado).
- De asistencia: a aquellas personas que sufriendo algún padecimiento psíquico, cometen delito y son sobreseídas en razón de su enfermedad. Son inimputables.

Además se puede destacar el desempeño de otras funciones, tales como:

- Interviene como Curador Provisional, representando a personas con juicio de insania o inhabilitación iniciado y que carecen de bienes de fortuna o recursos.
- Interviene en carácter de Curador Defensor, con posterioridad a la declaración judicial de insania o inhabilitación, en los casos de personas sin recursos y que no exista pariente o allegado que pueda asumir tal función.
- Interviene en función de Defensor Especial de las personas afectadas por internación psiquiátrica dentro del ámbito de la Capital Federal, para que la internación no se prolongue más de lo necesario. Los jueces intervinientes, pueden ampliar las funciones a bienes u otros menesteres.
- Asume la tutela de los hijos menores de sus representados, cuando no hay otros parientes con capacidad para hacerlo.
- Vela, conjuntamente con el Asesor de Menores y el Juez interviniente, porque se cumplan los tratamientos indicados en cada caso, cuando carezcan de medio familiar capacitado para ello.
- Administra el patrimonio de sus representados, cuando carecen de discernimiento y autonomía para hacerlo. Los ingresos se administran por medio de la división contable y el auxilio del cuerpo de Asistentes Sociales.

- Efectúa trámites ante las autoridades previsionales, judiciales, administrativas, de obras sociales y particulares; comprenden juicios sucesorios, de desalojo, de familia, laborales, etc. O pedidos de pensión o jubilación.
- Efectúa el análisis de la situación jurídica, económica y social de los asistidos, para lo cual se apoya en los cuerpos profesionales de los organismos (abogados, psiquiatras, asistentes sociales, entre otros).

### **Características diagnósticas prevalentes en la población representada**

La demanda predominante en la institución es la representación de personas con padecimientos mentales, entre los que se destacan:

- **Retraso mental**: déficit cuantitativo que presenta un coeficiente intelectual inferior mínimo al normal. Afecta las capacidades de adaptación, lenguaje, motricidad, relación con los otros, etc. Se lo califica según el grado en: leve, moderado, grave o profundo.
- **Psicosis**: refiere a ideas delirantes y alucinaciones manifiestas que no son reconocidas por el sujeto. Presenta deficiencias estructurales, pérdida del límite del ego y de la evaluación de la realidad.
- **Esquizofrenia**: el sujeto presenta alucinaciones auditivas y visuales. Ideas delirantes, lenguaje desordenado, comportamiento desorganizado o catatónico, conductas violentas, falta de conciencia de enfermedad.
- **Trastorno Bipolar I y II**: la persona presenta episodios maníacos y mixtos en el trastorno bipolar I e hipomaníaco en el II y trastorno depresivo mayor en ambos. Aunque la mayoría de los sujetos con este trastorno vuelven a la normalidad total entre los episodios, algunos siguen mostrando una labilidad

afectiva y dificultades interpersonales o laborales. Entre las características de este trastorno se pueden destacar: tendencia al suicidio; abuso o dependencia de sustancia; anorexia y bulimia nerviosa; trastorno de angustia y fobia social, entre otros. El trastorno bipolar II es más frecuente en las mujeres en períodos inmediatos al post-parto.

## **Capitulo II**

## DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Hacia fines de la década del 80, Argentina sufrió grandes transformaciones sociales, económicas y culturales que incidieron profundamente en la estructura de los lazos sociales, en el ámbito de la familia y en el individuo, que marcaron un deterioro en las condiciones laborales. Estas transformaciones, que comenzaron en 1976 y se incrementaron a partir de 1991, dejaron un saldo negativo en la inserción laboral, la distribución del ingreso y en el porcentaje de la población en condiciones de pobreza, cuyo resultado dio lugar a un violento proceso de exclusión social y padecimiento humano, fruto de la inequidad en la distribución del costo social del ajuste.

Este malestar provocado por la individualidad, la exclusión, el desempleo y el malestar generalizado, llevó a la pérdida de valores, ideales y creencias, que obstaculizaron el desarrollo del hombre como ser social y produjeron una poderosa tendencia a la segmentación económica y social entre los países y sobretodo entre las personas, produciendo el achicamiento y desmantelamiento de las obligaciones asumidas por el Estado, lo que originó una reducción en su papel redistribuidor y en su accionar en el ámbito de las políticas sociales con el consecuente crecimiento del sector privado. El resultado de esta acción, fue que los asalariados, cuentapropistas, pequeños y medianos empresarios fueron los sectores sociales directamente afectados. Toda esta situación se refleja en términos ocupacionales y productivos, vía desocupación, subocupación o desplazamiento de los ciudadanos, a causa de la concentración capitalista, económica, productiva y tecnológica.

La crisis social y económica se profundizó a fines de los 90, llegando a su punto extremo en diciembre de 2001 cuando, a raíz de las políticas económicas implementadas, se produjo en la sociedad un fuerte estallido social. Todos estos

acontecimientos, marcaron en forma significativa la historia institucional y política de Argentina.

*En este escenario, "Las políticas del Estado, por lo general, se reducen a un mero asistencialismo (acceso a recursos o subsidios para la subsistencia), sin producir efectos en la esfera de los derechos ciudadanos, ya que lo que se intenta es controlar el conflicto social (...) El tipo de política social que se plantea hoy en nuestro país, lejos de eliminar las causas estructurales de la pobreza, se encuentra supeditada a las exigencias del ajuste estructural económico, y sirve de este modo, para aliviar la pobreza a corto plazo y amortiguar los costos sociales de los programas de ajuste. A esto se suman, las políticas de privatización y desregularización, los recortes presupuestarios y la descentralización. Estos recortes presupuestarios en el área social aceleraron el debilitamiento de los servicios sociales, en detrimento de los grupos más necesitados de la población"...<sup>9</sup>*

Sin embargo, pese a la recuperación económica que se viene dando en el país desde el 2003, aún se mantiene intacta la brecha social entre los sectores más ricos y los sectores más pobres, persistiendo altos niveles de pobreza, indigencia y exclusión social. Las personas con padecimientos mentales, han sido más vulnerables a los efectos de esta crisis.

*"La crisis social y económica sufrida en la Argentina en los últimos años, especialmente desde el 2001, con su consecuente aumento de la desocupación y, al mismo tiempo, pérdida de cobertura de seguros de salud, provocó el incremento del número de personas que requieren atención en el régimen público de salud mental, y ocasionó mayor presión en un sistema ya de por sí inadecuado."<sup>10</sup> Esto llevó a las*

---

<sup>9</sup>BIESA, M; CARROZA,C; CASTELVETRI, J. "La intervención del Trabajador Social en la gestión de recursos materiales, para el desarrollo y sostén de la calidad de vida de las personas con padecimientos psíquicos". Tesis de Grado de la carrera Lic. en Servicio Social. UNMDP. Año 2004. Pág.7.

<sup>10</sup> Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). "Vidas Arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos". Ed. Siglo XXI. Pág. 14

personas con padecimientos mentales a ser protagonistas de escenarios de abandono y abuso.

La pobreza conforma un factor que lleva a incrementar las incidencias de discapacidad, en la medida en que acceder a servicios de salud, educación y rehabilitación se vuelve más difícil por el aumento de los índices de desempleo y pobreza.

Argentina ha atravesado un proceso de reforma en el sector de la salud, incluida la SM, que profundizó la fragmentación y la inequidad en dicho sector.

*“Hasta antes de la crisis el 40% de la población se atendía en hospitales públicos; después de la crisis el 60% concurre a ellos para su atención. Pese a esta situación, el presupuesto de estos hospitales ha sido recortado, incrementándose de este modo los problemas causados por el aumento de la demanda. A medida que la situación Argentina fue empeorando aumentaron los síntomas psíquicos y la prevalencia de determinadas enfermedades asociadas con la pobreza y la desocupación”.*<sup>11</sup> Esto ocasionó la sobrecarga del trabajo de los profesionales de la salud en el hospital público, debido a que ha habido un aumento global de requerimientos asistenciales que no fue acompañado por un aumento en la atención.

Como consecuencia de esta problemática, surgieron nuevas formas de padecimientos en la comunidad que dieron lugar a nuevas demandas en los servicios de SM, los cuales se vieron desbordados por la insuficiencia de recursos humanos y de dispositivos y/o prácticas alternativas a la problemática actual. *“El sistema argentino de servicios sociales y de salud mental para las personas con discapacidades psiquiátricas, se encuentra desfasado respecto de los cambios ocurridos en el mundo durante los últimos 30 años. Debido, en gran parte, a la inexistencia de servicios de salud mental en la comunidad, las personas con*

---

<sup>11</sup> Idem. Pág.37

*discapacidad mental han sido segregadas de la sociedad, al ser ubicadas en instituciones psiquiátricas. Esta segregación constituye una forma de discriminación contra las personas con discapacidad y también contra las personas inadecuadamente etiquetadas con un diagnóstico psiquiátrico, una práctica prohibida por el derecho internacional de derechos humanos.*<sup>12</sup>

La sociedad cambia a un ritmo acelerado que no es acompañado por un cambio acorde en las instituciones. Esto lleva a que a los problemas de siempre se sumen nuevos problemas, que acrecientan la demanda de tal forma que desborda a las instituciones y a los profesionales que en ellas trabajan. Tienden a limitarse a atender lo más inmediato y puntual de la demanda.

La agudización de esta problemática torna al sistema de salud cada vez más inequitativo. Esta inequidad se manifiesta en las diferencias que existen en las posibilidades de acceder a los servicios de salud con los que cuenta la población, según su nivel socioeconómico. De este modo se marca una pronunciada fragmentación en el sistema de salud: gran cantidad de personas con padecimientos mentales deambulan de un servicio a otro, en el ámbito hospitalario estatal y en los centros de salud municipal, en busca de una satisfacción a su demanda de atención. Al no encontrar una respuesta a la necesidad de tratamiento, estas personas quedan expuestas a una mayor vulnerabilidad, dando como resultado crisis en sus patologías (recaídas).

En lo que hace a la SM, en nuestro país desde comienzos del siglo XX hubo una creciente preocupación por la problemática, tanto en el ámbito estatal como en organizaciones no gubernamentales; pero actualmente pareciera que asistimos a un progresivo desinterés en este campo. La historia de las políticas de SM muestra un recorrido que ha sido cambiante de acuerdo a los períodos, a lo largo de los cuales

---

<sup>12</sup> Eric Rosenthal y Clarence Sundram, *International Human Rights in Mental Health legislation*, 21N. Y.L.Sch.J.Int'l & Comp. L. 469, 504 (2002).

la respuesta a las necesidades de las personas con padecimiento psíquico severo, ha sido en su mayoría asilar: desde el manicomio a los hospitales y clínicas psiquiátricas. Pensar la integración comunitaria de esta población, remite a reflexionar sobre las condiciones sanitarias de la misma.

*“La gran insuficiencia existente de recursos sociales comunitarios de rehabilitación, atención residencial y soporte social para la población con padecimientos psíquicos, está incidiendo negativamente en el mantenimiento de la situación de exclusión y marginación de muchas de las personas con padecimientos psíquicos. La situación de éste colectivo es poco conocida y escasamente atendida y en él se entrecruzan las dimensiones de la Salud mental y exclusión social”...<sup>13</sup>*

Manicomio, loquero y hospicio, eran los nombres para llamar en lenguaje popular a los hospitales “neuropsiquiátricos” a cargo del Estado. Son lugares de internación y reclusión para pacientes de bajo o ningún recurso económico, demasiado alborotados y/o incontrolables para la sociedad y sus instituciones (familiares, educacionales, laborales, recreativas, etc.).

En Argentina, como en otros países, son escasas las iniciativas específicas que se desarrollan con relación a la atención y rehabilitación de las personas con padecimiento psíquico crónico.

El objeto de esta sistematización, es mostrar las estrategias implementadas desde el Servicio Social de la COA de Mar del Plata, para poder suplir la carencia de políticas sanitarias públicas, la automarginación y/o marginación social y de ese modo contribuir a la mejora sustancial de la calidad de vida, autonomía y posibilidades de reinserción psico-físico-social de los representados y/o asistidos.

---

<sup>13</sup>RODRÍGUEZ GONZÁLES, A.; GOURAN GONZÁLEZ, F; AGUIRRE, M. “Rehabilitación e Inserción Social de enfermos mentales crónicos sin hogar”. Trabajo publicado en la revista “Intervención Psicosocial” del colegio de Psicólogos. Delegación Madrid. Febrero 1998. Número monográfico sobre “Personas sin hogar”. Publicado en el Vol. 7 N°1. Pág. 75-96.

## LA SALUD MENTAL Y LAS POLITICAS DE ESTADO

El concepto de SM está implícito y es inseparable del concepto de Salud; esta debe ser entendida en un sentido amplio e integral. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Salud como *“el hecho social producto de una instancia problemática, económica, cultural y social, que se da en una población, en un determinado tiempo-lugar. Es un fenómeno social que refleja el grado de satisfacción colectiva, de las necesidades vitales de una población”*.

Esta misma Organización define a la SM como *“un estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales, en que el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias intuitivas potencialmente antagónicas, así como de formar y mantener relaciones armoniosas con los demás y participar constitutivamente en los cambios que puedan introducirse en su medio ambiente físico y social”*.

Goffman, define la enfermedad mental como una “incorrección situacional”, que refleja una ruptura en las reglas sociales que definen la interacción comunicativa.

Enrique Pichón Riviere, equipara SM y aprendizaje, según este autor la salud mental es un *“proceso en el que se realiza un aprendizaje de la realidad, a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de los conflictos”*.<sup>14</sup>

Alfredo Moffatt, plantea que la enfermedad mental *“es provocada por una severa amputación de la mayoría de las funciones vitales que, vivida en casi todas las áreas que se organiza el sistema de realidad del paciente, le impide una*

---

<sup>14</sup> Riviere Pichón. “El Proceso grupal”. Ediciones Nueva Visión. Pág. 174. Buenos Aires 1985

*reorganización exitosa de sus sentimientos de realización, que dé sentido a su destino personal dentro de la comunidad".<sup>15</sup>*

Henri Ey, define a la *"enfermedad mental aguda"* (destrucción del campo de la conciencia) como crisis, accesos o episodios más o menos largos, que pueden reproducirse pero que presentan una natural tendencia a la remisión. En tanto que la *"enfermedad mental crónica"* (desorganización del ser conciente; patología de la personalidad) presenta una evolución espontánea, continua o progresiva que altera de manera persistente la actividad psíquica.<sup>16</sup>

Todos los seres humanos, en alguna etapa de la vida, están sujetos a padecer crisis que afectan profundamente su estructura vital y que producen una serie de alteraciones en su comportamiento social. Identificarse con ese "otro" que sufre una alteración en su psiquismo, reconocer que no es un ser totalmente distinto ni opuesto al resto de la sociedad, constituye un primer punto de partida para saber como actuar en su tratamiento. Por otra parte, hay que enfatizar el hecho de que la interacción social es el camino para la dignificación de la persona. Es la vida cotidiana, con la plena vigencia de sus derechos, la que verdaderamente permite la recuperación de personas con padecimientos psíquicos, al promover una vida humana plena.

La evolución en el campo de la SM y más precisamente, las Políticas Públicas de SM, están íntimamente relacionadas al proceso institucional histórico propio de un país y a la ideología dominante que sostiene y reconfigura dicho proceso.

El año 1957 marca un hito en esta reconstrucción histórica del "campo de la salud mental". Entre otras variables, se creó el Instituto Nacional de SM, que comenzó a regular las actividades de los profesionales de la S M, fomentando

---

<sup>15</sup> Idem . pág.174

<sup>16</sup> Henri, Ey, Bernard, P., Brisset, Ch. "Tratado de psiquiatría". Ed. Toray. Masson. 8ª Edición. España. 1998. pág. 199 y 200

institucionalmente, políticas que iban a permitir que los “psiquiatras reformistas” promovieran algunas modificaciones en la estructura de las instituciones manicomiales.

En la década del 60, donde la sociedad Argentina vivió situaciones de intensa conflictividad social, gobiernos democráticos y golpes de estado, es cuando, finalmente, se estableció el denominado “campo de la salud mental”, donde la psiquiatría dejó de ser la *“profesión exclusiva que curaba las enfermedades mentales”*.

*“En nuestro país, con la consolidación de lo que se dio en llamar “Estado Benefactor” se consolidó una orientación universalista en la configuración del campo de la salud; la salud adquirió el status de un derecho social del cual el propio Estado era garante. Se contaba entonces con un sector público encabezado por el Estado, capaz de asumir la solidaridad social juntamente con la defensa de los derechos ciudadanos y sociales”<sup>17</sup>*

Posteriormente, durante el periodo de la última dictadura militar en Argentina (1976-1983), prácticamente se devastó el campo de la SM. Los servicios de las organizaciones públicas se fueron desmantelando. La mayoría de los movimientos reforzados en el período anterior, orientados a la preocupación por lo social, fueron violentamente resistidos, desarticulados o sencillamente clausurados. Sólo permaneció en pie la organización psiquiátrica tradicional. El “manicomio” reforzó su presencia institucional como símbolo de una política de exclusión y anulación de toda diferencia.

El gobierno democrático que asumió en 1983 instauró la política de SM como una prioridad del sector salud. Se implementó desde la Dirección Nacional en SM, una estrategia que implicaba un profundo cambio ideológico, incorporando, entre las

---

<sup>17</sup> GALENDE, E. “De un horizonte incierto”. Editorial Paidós. Bs. As. Argentina. 1999. Pág. 21.

nuevas problemáticas a abordar, todas aquellas que se refieren al sujeto-paciente inserto en su cotidianeidad, la vida relacional, los lazos sociales, etc.

Sin embargo, esta nueva concepción en el campo de las Políticas de SM no abordaron directamente la problemática de las instituciones psiquiátricas y las demandas de desmanicomialización que habían surgido en la década del 60.

Desde la perspectiva del análisis del presupuesto público destinado a Políticas de SM, un escaso porcentaje se destina a las instituciones psiquiátricas públicas, lo cual imposibilita la obtención de recursos para la implementación de programas alternativos de SM.

*“La Argentina adoptó la forma federal de gobierno. Como tal, la Constitución Nacional, los tratados internacionales ratificados por el gobierno federal y las leyes nacionales tienen mayor jerarquías que las leyes emitidas a nivel provincial”<sup>18</sup>*. No obstante, los gobiernos provinciales mantienen todos aquellos poderes que la Constitución no delega al gobierno federal.

Argentina puede jactarse de tener una legislación federal de SM progresista, que establece lineamientos hacia una reforma en su sistema. En este sentido, la Ley 25.421 (Ver Anexo IV), adoptada en 2001, determina que *“las personas tienen derecho de recibir atención de salud mental dentro de los servicios de atención primarios, y prevé que las personas con enfermedades mentales deben ser rehabilitadas y reinseradas socialmente”<sup>19</sup>*. Esta ley también creó el Programa de Asistencia Primaria en SM, designando al Ministerio de Salud de la Nación como organismo de aplicación de la Ley<sup>20</sup>. Sin embargo, hasta la fecha de cierre de este

---

<sup>18</sup> Unidad Coordinadora Ejecutora De Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación. 27 de junio de 2005

<sup>19</sup> Programa de Asistencia Primaria en Salud Mental, ley 25.421. Sancionada en el año 2001. (Ver Anexo IV. Pág. 98)

<sup>20</sup> Ídem

informe, el gobierno federal no ha reglamentado la ley 25.421 por lo que su cumplimiento es prácticamente nulo.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Ley Básica de Salud N° 153 (Ver Anexo IV) *“requiere que el gobierno de la ciudad impulse la desinstitucionalización progresiva”*<sup>21</sup>. Para ello, la ley ordenó *“implementar modelos de atención alternativos en salud mental que se orienten a la integración social, tal como casas de medio camino, talleres protegidos, comunidades terapéuticas y hospitales de día”*<sup>22</sup>.

En el año 2000, en cumplimiento de la Ley 153, se aprobó la Ley de SM N° 448 (Ver Anexo IV) *“El objetivo de esta ley es garantizar el derecho a la salud mental, y hacer un llamado a la desinstitucionalización, y a la rehabilitación y reinserción social de las personas institucionalizadas”*<sup>23</sup>. Esta ley también define que *“el sistema de salud mental en la Ciudad de Buenos Aires se basará primordialmente en la prevención, promoción y protección de la salud mental”*<sup>24</sup>.

La ley 448, que en el artículo 3 establece los derechos humanos específicos de las personas con discapacidades mentales, busca transformar el modelo asilar actual y promover servicios comunitarios de SM, como así también establece que debe procurarse que el tratamiento sea otorgado de manera ambulatorio.

A pesar de lo estipulado en las leyes 25.421, 153 y 448, el modelo de provisión de SM público a nivel nacional y en la ciudad de Buenos Aires, continúa basándose casi exclusivamente en la atención institucional asilar. Existe una gran carencia de servicios de SM de atención primaria en todo el país. Con algunas excepciones, no existen estrategias ni planes de acción para la incorporación de la SM en la atención

---

<sup>21</sup> Ley Básica de Salud de la ciudad de Buenos Aires, N° 153. sancionada en el año 1999. Art.48 (Ver Anexo IV Pág. 101)

<sup>22</sup> Ídem

<sup>23</sup> Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, N° 448. Sancionada en el año 2000. Art. 12 y 13 (a). (Ver Anexo IV. Pág. 124)

<sup>24</sup> Ídem. Art.2(c)

primaria, como así tampoco existe entrenamiento en esta área para los profesionales de salud.

Desafortunadamente, aunque la ley 448 es un importante paso adelante en las reformas del sistema de SM, aún no ha sido implementada de manera integral. Esta ley dispone que la atención en SM debe ser suministrada por equipos interdisciplinarios, y erradica cualquier estatus jerárquico entre los profesionales de la SM:

*“En el escenario actual, donde se evidencia un progresivo retroceso del Estado en el campo general de las políticas sociales y el surgimiento de nuevas modalidades de racionalización de los servicios, a fin de disminuir el total de las partidas de financiamiento del gasto social, se asiste nuevamente, a un proceso de reformulación del campo de la salud mental, condicionado ahora por las nuevas variables producto de este cambio de ideología a nivel, no sólo nacional, sino también del proceso que se dio en llamar “globalización”: la exclusión social de una parte cada vez más importante de sectores sociales.*

*En síntesis, no estamos en presencia de ninguna “extensión” del modelo que se propuso de Salud Mental desde los años 60, sino de los indicios de un nuevo modelo, heterogéneo y discordante, pero cuya característica esencial estará dada por los efectos amplios que implica el proceso de privatización. Asistimos a un cierto retorno del objetivismo médico positivista por vía de los psicofármacos y las teorizaciones en torno a la esperanza del hallazgo de la naturaleza de las enfermedades. Antigua ilusión de la psiquiatría, que nuevamente pretende disputar el dominio de las psicoterapias. Desde el sector público, se promueven tecnologías para la gestión de las poblaciones marginadas, con criterios que ya no son aquellos de la protección social sino los de un control y apaciguamiento de las poblaciones,*

*ya que se trata prioritariamente de políticas de contención social dirigidas a atenuar los efectos del ajuste económico”...<sup>25</sup>*

### **Las estructuras sanitarias en el Departamento de SM de Trieste (Italia)<sup>26</sup>**

Con el objeto de poder contrastar los hallazgos que fueron surgiendo en el estudio de los casos, se realizó una búsqueda de experiencias vinculadas al Servicio de SM con que cuentan las personas con padecimiento psíquico severo. Fue en tal sentido que el estudio efectuado por Giovanna del Giudice en la ciudad de Trieste (Italia) en el año 1997, permitió analizar los diferentes tipos de atención sanitaria que reciben las personas estudiadas, así como las estrategias implementadas en ese medio.

Trieste fue uno de los epicentros del cierre de manicomios de la década del 70. Es una ciudad de 250.000 habitantes, sin manicomio, cuyo Departamento de Salud Mental (DSM) está constituido por una red de servicios interactuantes e integrados articulados entre sí, compuesto por:

- Cuatro centros de Salud Mental (CSM): abiertos las 24 horas, los 7 días de la semana, equipados con 8 camas cada uno con capacidad de permanencia nocturna y 3 CSM de 12 horas, entre los cuales uno- Centro de Salud Mental para la Mujer- afronta desde una óptica de género, la demanda de salud presentada por las mujeres del territorio. Estos centros se hacen cargo de la

---

<sup>25</sup> GALENDE, E. “De un horizonte incierto”. Editorial Paidós. Bs. As. Argentina. 1999. Pág. 61.

<sup>26</sup> GIOVANNA DEL GIUDICE. “Las Estructuras Residenciales en el Departamento de Salud Mental” DSM: Servizio Abilitazione e Residencialita. Trieste 1997.

totalidad de las demandas de asistencia, prevención y rehabilitación, del área de competencia. A ellos acceden las personas con sufrimiento psíquico, y también sus familiares, vecinos y los ciudadanos en general, directamente, sin ninguna selección por diagnóstico o comportamiento, sin mediación burocrática. Brindan prestación ambulatoria en consultorio externo y domiciliaria; prestación de hospital de día; atención farmacológica; contención psicoterapéutica a individuos y a las familias; sostén social; gestionan grupos de convivencia; promueven la capacitación y la inserción laboral de los/las usuarios, los sostienen en los lugares de trabajo, están estrechamente vinculados con los talleres de habilitación, formación, recreación y expresión del centro de día y de las cooperativas sociales.

- Servicio Psiquiátrico de Diagnóstico y Tratamiento (SPDT): munido de 8 camas, funciona como un servicio de emergencias psiquiátricas. Depende del Hospital General. Si ante una urgencia se requiere la continuidad de la atención durante la noche, se deriva al CSM más próximo, y al día siguiente al CSM de su área.
- Talleres de Centro Diurno: son espacios de socialización, de formación, de expresión, de recreación : pintura , teatro, música, alfabetización para adultos, serigrafía, cerámica, carpintería y restauración de muebles, computación, diseño , expresión corporal. Los talleres son dirigidos por artistas, profesionales, artesanos y docentes. Se trata de lugares complejos, donde se busca la promoción de la salud conjuntamente, y a través del hacer.
- Cooperativas sociales: desarrolladas paralelamente al DSM, son cinco (5) con veinte (20) actividades, tiene alrededor de 200 socio-trabajadores, de los cuales más del 50 % provienen del área problemática, más alrededor de 70 usuarios del DSM con becas para la formación laboral.

- Treinta (30) residencias: 12 están situadas en el predio del ex hospital, 18 en la ciudad. Esta subdivisión se considera funcional en comparación con otras experiencias italianas, aunque hay que aclarar que el área de San Juan (zona del exhospital) actualmente es parte integrante de la ciudad dado que cinco ex pabellones están ocupados, uno por el Departamento de Ciencias de la Tierra de la Universidad local, uno por el Teatro Municipal (para la construcción de escenografía y ensayos); uno por la Escuela Superior Internacional de Capitanes de Mar, uno por una Escuela Profesional de lengua eslovena, uno es de cinco Cooperativas Sociales. En el área tienen su sede algunas actividades productivas de las cooperativas: un bar, un salón de belleza, una carpintería, una radio, una sala de video, un estudio fotográfico.

En Trieste, tal como surge de la reglamentación del DSM del año 1995, las residencias están divididas en residencias de integración social que albergan usuarios del DSM con reducción de sus capacidades de vida autónoma, que necesitan un soporte en la vida cotidiana y obtienen ventajas de la vida en comunidad y residencias terapéutico-rehabilitativas que albergan usuarios con importantes problemas de salud mental, con discapacidades graves y ausencia o nocividad de la red familiar, que requieren programas terapéuticos rehabilitativos individualizados.

# DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL EN EL PARTIDO DE GENERAL PUEYRREDÓN

El municipio de Gral. Pueyrredón, al que pertenece la ciudad de Mar del Plata, tiene a su cargo la gestión de acciones e intervenciones tendientes a fomentar, proteger, conservar, restablecer y rehabilitar la SM de la población, en el marco de la Atención Primaria de la Salud (APS), integrando en su funcionamiento al resto del equipo de salud. Para el cuidado de la SM de la comunidad, cuenta con una Dirección de SM dependiente de la Secretaría de Salud que se aboca a dos tipos de acciones:

1) Clínicas: orientadas al individuo y su familia, realizando tareas de diagnóstico, orientación y tratamiento de los distintos grupos de edad, con enfoque individual, familiar y/o grupal. Con implementación de grupos de acompañamiento, sostén y terapéuticos; entre ellos uno a cargo de un equipo profesional para atención de las adicciones en centros diurnos.

2) Comunitarias: realizando el Diagnóstico Comunitario, a partir de los datos Epidemiológicos, con el objetivo de poner en marcha tareas de Promoción y Prevención, enfatizando el desarrollo de las capacidades y aptitudes de las personas, familias y comunidades más expuestas.

*“El énfasis en nuestra tarea está puesto en las tareas de Promoción y Prevención, y en la asistencia de las necesidades básicas de la comunidad, a través de acciones de baja complejidad integradas en los servicios generales de salud”<sup>27</sup>*

La Lic. “X”, jefa del Dpto. de SM Municipal, del Partido de Gral. Pueyrredón, en entrevista realizada por las autoras del presente trabajo, expuso la situación actual de la atención de la SM en el ámbito municipal:

---

<sup>27</sup> Síntesis del “Sistema de Salud Mental” de la MGP. (Ver Anexo V. Pág. 141( pág. 3))

Con relación a los Psiquiatras, el departamento cuenta con un (1) profesional para la atención de niños de hasta 15 años, que cumple parte de su horario en el "Instituto Rómulo Echeverri de la Maternidad y la Infancia" (IREMI- zona centro) y parte en el Centro de Salud N° 2 (zona puerto). Para la atención de adultos cuenta con tres (3) profesionales.

Los centros de salud municipal son 30 y han sido divididos en cuatro (4) zonas: Centro Jara ( zona centro), Sub-centro Libertad (barrio periférico de la zona norte de la ciudad), Centro de Salud N° 2 (zona puerto) y Unidad Sanitaria Las Heras (barrio periférico de la zona este de la ciudad) y son cubiertas por un médico psiquiatra con dedicación de 18 Hs. semanales; un segundo psiquiatra con 24 Hs. semanales de trabajo para el Centro de día SEMDA (adicciones) y el restante profesional con 35 hs. semanales de trabajo para el consultorio de medicina preventiva y laboral para personal municipal.

*"En resumen hasta la fecha el Municipio trabaja los períodos prepatogénicos y de los patogénicos, los que corresponden a dispositivos de baja complejidad y no se logra actualmente esta articulación ya que se recepta solicitudes de atención de lo expresado ut supra y de institucionalizados.*

*Las palabras que definirían conceptualmente al alcance Municipal serían:*

- Intervención de baja complejidad
- AMBULATORIOS - Corto tiempo
- Alto impacto- Integrada a la Práctica General de Salud.

*No hay en la ciudad Instituciones Monovalentes, sólo en Necochea, para toda la Región VIII, para la atención de la enfermedad Psiquiátrica Crónica en su seguimiento de complejidad, ni para internación psiquiátrica pública prolongada”....<sup>28</sup>*

Desde el ámbito estatal, se entrevistó a la Lic. “X” (jefa del Dpto. de Psicología del área de SM del HIGA, de este medio), quien aportó los siguientes datos en relación a la atención de las personas con padecimientos psíquicos crónicos en dicha institución:

- El área de SM presenta un plantel de profesionales conformado por: cuatro psiquiatras de formación (residentes) para internación; cinco psiquiatras de planta, que dividen sus tareas entre consultorio externo, guardia e internación; una licenciada en Trabajo Social y tres residentes en psicología.
- Los horarios de atención se adecúan a las diferentes demandas en el turno de la mañana, pudiéndose contabilizar un total aproximado de 50 pacientes por día.
- En el área de internación cuenta con 23 camas para el ala masculina y 23 para el ala femenina.

La mencionada profesional, manifestó que por el momento no hay posibilidades de ingreso para nuevos pacientes por consultorio externo, dado que los profesionales se encuentran sobrecargados en la atención y no cuentan con los recursos humanos suficientes para dar respuesta a la demanda latente. A esto se le suma que las tareas que dichos profesionales realizan, exceden a su cargo y función (cubren diferentes puestos cuando se presentan licencias). Por otro lado, expresó que si bien existe la posibilidad de nuevos nombramientos para profesionales en el área de SM, estos no se ven incentivados a aceptar los cargos por los bajos salarios

---

<sup>28</sup> “A Secretaría Legal y Técnica” (Ver Anexo V. Pág. 141( pág. 2))

que se ofrecen y porque sienten que dicho puesto, no les da el "prestigio " que anteriormente daba el Hospital.

El único modo que el Hospital accede a la atención de un nuevo paciente, es cuando este ingresa por guardia a raíz de una crisis en su patología que deriva en una internación para su tratamiento. Al ser dado de alta, se le designa un médico tratante para su seguimiento por consultorio externo.

Otro de los factores esenciales que afecta esta situación lo constituye la estructura edilicia, la cual se encuentra en un avanzado estado de deterioro (techos que se llueven, paredes descascaradas y con humedad, baños que no cuentan con las instalaciones sanitarias adecuadas, entre otras cosas)

## **CAPITULO III**

## El Trabajo Social en Salud Mental

El hombre es un organismo "biopsicosocial". El caso, el problema y el tratamiento siempre deben ser considerados por el trabajador social como un proceso psicosocial. Un caso social no está determinado por el tipo de cliente ni puede determinarse por el tipo de problema (sea una dificultad económica o un problema de conducta). El caso social es un "acontecimiento vivo" que siempre incluye factores económicos, físicos, mentales, emocionales y sociales, en proposiciones diversas. *"Un caso social se compone de factores internos y externos, o sea, relativos al medio ambiente. No sólo se trata a la gente en el sentido físico o al ambiente en el sentido físico, sino que se estudia a los individuos en todo lo que se relaciona con sus experiencias sociales, así como con sus sentimientos sobre estas experiencias. (...). Fundamentalmente todos los casos sociales tienen características internas y externas, e incluyen una persona y una situación, una realidad objetiva y el significado que esta realidad objetiva tiene para quien experimenta"...*<sup>29</sup>

*"Cada caso individual que ingresa a nuestro lugar de trabajo, lo es solamente desde su carátula, nuestra práctica nos enseña otra cosa. Apenas comenzamos a intervenir, descubrimos que esa persona singular cuenta con algún familiar, aunque no viva con él o no lo trate asiduamente, con vecinos, con antiguos compañeros de trabajo o de estudio, con amigos; personas que en la larga historia de su padecimiento psíquico algún rol han desempeñado con respecto a ese familiar, amigo o compañero y lo que es más importante, algún rol desempeñarán en el futuro.*

---

<sup>29</sup>HAMILTON, G. "Teoría y Práctica del T.S. de casos". Ediciones científicas. La prensa Médica Mexicana, S.A.. 6ta. Rcimpresión. 1982. Ed. Fournier. Pág. 2.

*(...)En el más simple de los casos existe un juzgado que entiende en tema, una curaduría que asiste y/o representa y un servicio de salud que asume el tratamiento clínico psiquiátrico o psicoterapéutico. De allí en más el número de instituciones que interviene se multiplica por dos o por tres en la mayoría de los casos.*

*Junto a estos elementos aparece otro no menos relevante; las personas atendidas por las características de su padecimiento, tienen en algunos caso serias dificultades en el curso y contenido de su pensamiento y en otros déficit que impiden hasta la más elemental comunicación. A simple vista esta situación nos alejaría de toda posibilidad de aprehensión de nuestro objeto específico, aquella...dimensión del hombre como ser pensante... y nos impediría cualquier intervención, al verse dificultada la comunicación racional, herramienta genuina básica para el quehacer profesional”...<sup>30</sup>*

Definimos aquí la intervención como un “querer actuar, intervenir en un asunto significa tomar parte voluntariamente, convertirse en mediador, interponer su autoridad”<sup>31</sup>. Ni la complejidad de la “unidad de trabajo” ni las limitaciones de comunicación con el sujeto portador del padecimiento, impiden cambios observables, producto de la intervención del Trabajador Social, tanto en la persona como en su entorno. Según Cristina De Robertis (1992) el Trabajador Social “hace” en forma consciente y voluntaria, con el fin de modificar la situación del asistido. Motivo por el que propone diferentes tipos de intervención separándolos de las otras fases del método, aunque esta separación es artificial respecto de la práctica social.

*“Las formas de intervención pueden ser numerosas y variadas; lo esencial no es solamente definir las intervenciones, sino más bien determinar a partir de qué elementos se efectúa la selección de tal o cual tipo de intervención(...). El trabajador*

---

<sup>30</sup>TAUCAR, N; MENDEZ, R. “Las Curadurías de Alienados. Un enfoque integrado”. Tercer encuentro sobre Curadurías Oficiales. 1996. Pág. 2.

<sup>31</sup>DE ROBERTIS, C. “Metodología de la intervención en trabajo social”. Editorial El ateneo. Segunda edición. Barcelona. Buenos Aires. México. Lima. 1992. Pág. 131.

*social efectuará esta selección según su comprensión de la situación del asistido y de las hipótesis que plantee a medida que transcurre el proceso de trabajo”...<sup>32</sup>*

*“La intervención profesional en el campo de la Salud Mental debe tender a generar redes de solidaridad y reforzar vínculos sociales. Se trata de construir alternativas. Aquellas prácticas que lo fueron en una época, pueden no serlo en estos momentos. Lo alternativo no se define por las formas sino por la base ética, ideológica y conceptual en la que se asienta” (Stolkiner: 1999).*

El trabajo social es entendido como una práctica de intervención social con intencionalidad transformadora.

*“El objeto de intervención del Trabajo Social se ubica, genéricamente, en las necesidades y carencias, en cuanto forma de expresión de las contradicciones de una sociedad y en la conciencia, en cuanto a un campo de representaciones que actúa como referencia y orientación del comportamiento individual y social”.<sup>33</sup>*

El campo de la SM, no es patrimonio de ninguna disciplina profesional en especial sino de varias. El predominio de una de ellas en un momento dado, depende de las circunstancias en la que se da determinada patología, de una serie de fenómenos y variables.

La relación del Trabajo Social en el campo de la SM, se establece desde dos perspectivas distintas: por una parte, el papel que juega la misma sociedad como factor contribuyente del enfermo psiquiátrico, relacionado con la pobreza, el aislamiento social, la marginación y por otro lado, la estructura asistencial basada en el Hospital psiquiátrico, que contribuye a un difícil proceso de reintegración en la comunidad, disminuyendo las posibilidades de autonomía social de las personas.

---

<sup>32</sup> DE ROBERTIS, C. “Metodología de la intervención en trabajo social”. Editorial El ateneo. Segunda edición. Barcelona. Buenos Aires. México. Lima. 1992. Pág. 132.

<sup>33</sup> García Salord, Susana. “Especificidad y rol en Trabajo Social”. Editorial Lumen- Humanitas. Argentina 1998. pág.41

El Trabajador Social interviene en los programas específicos de SM y en el programa de rehabilitación de personas con padecimiento psiquiátrico, donde contribuye a la identificación de los factores familiares y socioambientales relacionados con los trastornos mentales, la coordinación de recursos sociales de la comunidad, la potenciación de las capacidades del paciente, para resolver sus problemas sociales individuales y colectivos, promoviendo la autodeterminación, adaptación y desarrollo de las personas.

El rol del Trabajador Social que ha de desempeñarse con objeto de eliminar o reducir las diferencias para el acceso a la salud, se relaciona con la promoción y prevención, a través de la elaboración, ejecución y evaluación de programas de divulgación, de los múltiples factores que inciden de manera notable en las desigualdades para el acceso a la salud, tanto para los usuarios reales y potenciales de los servicios de salud, como dirigidos a otros profesionales. Para ello debe estudiar las actitudes y los valores que benefician u obstaculizan el acceso a los mejores niveles de salud.

El proceso de comunicación en el ámbito judicial es escrito. El Trabajador Social debe plasmar en el informe pericial, determinadas formas de registro que den cuenta del problema y sus implicancias y del proceso llevado a cabo por y con los sujetos. Cabe manifestar que el informe social en este, como en otros ámbitos, es una comunicación que formalmente puede considerarse dirigida al juez y que llega a los propios actores.

El registro en Trabajo Social tiene un valor agregado, que es el de aportar elementos para la sistematización de las prácticas, crear conocimiento instrumental sobre las áreas de intervención en las que se actúa, y aplicar y verificar el conocimiento teórico a través de evaluaciones diagnósticas.

El informe social es uno de los principales registros de la práctica del Trabajador Social, a través del cual el profesional se sirve para comunicar un proceso y un resultado.

Refiere Marta Dell' Aglio que, cuando los trabajadores sociales toman contacto con un ciudadano para realizar algún tipo de intervención, por requerimiento de éste o de la institución en la que está inserto, va a obtener información directa por parte de la persona. Información que le pertenece y que de algún modo decide dar, o se ve obligado o presionado a brindar. También se puede obtener información indirecta cuando recurre a otras fuentes o informantes claves que tienen relación con aquella persona. Siempre se tratará de una intervención profesional planificada estratégicamente con objetivos precisos para obtener determinada información.<sup>34</sup>

Según Robles, la redacción del informe pericial conlleva una descripción, análisis e interpretación de la información surgida de la situación investigada. El informe en la Justicia es un informe técnico, que se eleva al Juez, y supone una actitud de compromiso ético y un especial cuidado de no incurrir en aseveraciones infundadas.<sup>35</sup>

Los modelos mentales tienen un importante papel en las relaciones sociales. Son suposiciones personales y grupales que no se entienden separados de la realidad social donde existen. Son filtros o lentes que se utilizan en la lectura de la realidad.

Una importante tarea educativa consiste por lo tanto en mostrar el trasfondo de lo obvio, el mundo que las partes dan por sentado y que no se discute. Las bases cognitivas de la organización o el trasfondo de lo obvio, son entonces el nivel más profundo al cual puede llegarse en el análisis de las comunicaciones y en el proceso

---

<sup>34</sup> DELL ANGLIO, M. "La práctica del Perito Trabajador Social: Una propuesta metodológica de intervención social". Ed. Espacio. 2004. Pág. 36

<sup>35</sup> ROBLES, C. "La Intervención pericial en Trabajo Social". Orientaciones teórico-prácticas para la tarea forense. Ed. Espacio. Bs.As. 2004. Pág. 174

de enseñanza-aprendizaje de los individuos y grupos. Cuando se logra cambios en este nivel, es alta la resonancia y los efectos son sostenidos en el tiempo. A este proceso crítico se lo conoce como el “aprender a aprender”.

Desde el Servicio Social de la COA, el Trabajador Social busca encontrar el equilibrio entre lo ideal y lo posible, a través del reconocimiento de las limitaciones, exigencias, desafíos, posibilidades y necesidades de la persona. Asimismo contempla las limitaciones inherentes a los servicios sociales de SM sobresaturados por la demanda, en relación a su capacidad operativa y/o imbuídas de marcos teóricos rígidos.

Generalmente el Trabajador Social, toma el primer contacto con la situación problema, a través del expediente que llega desde el Juzgado interviniente a la COA. En una primera apreciación de la lectura del mismo, deberá clarificar cuál es el problema a fin de elucidar las acciones a seguir, estableciendo prioridades de intervención. Seguidamente enmarcará la situación problema, valorando el contexto de la familia del representado y de sus redes formales e informales, ya que por medio de estas se facilitará la acción en beneficio de la persona en cuestión.

## TRABAJO SOCIAL Y SUS MODOS DE INTERVENCIÓN

### Intervenciones directas:

*“Las intervenciones directas son las que se dirigen al asistido en una relación frente a frente. El asistido, entonces, está presente y es actor, tanto como el trabajador social. (...).*

*Asistido y trabajador social se encuentran así, juntos, comprometidos en un proceso que los modificará a los dos y que introducirá cambios tanto en uno como en otro.*

*Sin embargo, es el trabajador social –por su status y su rol- quien está comisionado para portar la asistencia profesional necesaria al asistido (...). sobre él convergen las expectativas del asistido y del empleador. En efecto, es él quien tiene le responsabilidad de controlar –tanto como sea posible- la influencia que ejerce y, en todos los casos, de analizar, explicar claramente y escoger las intervenciones que se llevan a cabo”.<sup>36</sup>*

Cristina De Robertis expone 6 tipos de intervenciones:

1. Clarificar –apoyar
2. Informar –educar
3. Influir –persuadir
4. Controlar –ejercer una autoridad
5. Poner en relación –crear nuevas oportunidades
6. Estructurar una relación de trabajo con el asistido.

---

<sup>36</sup> De Robertis, C. “Metodología de la intervención en Trabajo Social”. Editorial El ateneo. Segunda edición. Barcelona. Buenos Aires. México. Lima. 1992. Pág. 35.

## 1-Clarificar –apoyar:

Esta intervención tiene como objetivo permitir al asistido analizar los diversos aspectos de su situación (clarificación), restaurar o afirmar su confianza en sí mismo, autoestima (apoyo), y comprender mejor su propio funcionamiento en su relación con los otros (conocimiento de sí).

Clarificación: El objeto es doble: por una parte, el trabajador social se esfuerza por comprender y por la otra, se induce al asistido por explorar por sí mismo los diferentes aspectos de la situación. La clarificación es necesaria para comprender la situación del asistido, como para que éste explore por sí mismo los diferentes aspectos del problema y sus repercusiones. Este tipo de intervención debe renovarse siempre.

La clarificación implica una acción atenta del trabajador social, que involucra tres medios: escuchar, observar e interrogar.

Escuchar al asistido es la primera fuente de información, implica una concentración, un esfuerzo real para percibir la significación del mensaje tanto en lo que se refiere a las palabras empleadas como el contenido no verbal que lo acompaña. Así escuchar y observar son dos actividades complementarias del trabajador social que intenta comprender.

Observar implica percibir los mensajes no verbales, gestuales y corporales que expresan los sentimientos del asistido (tensión, abatimiento, alegría, etc.).

- Teniendo en cuenta el tipo de población con la que se trabaja desde la COA, no siempre es suficiente con escuchar y observar para comprender todos los datos de la situación. En gran parte de los casos los asistidos presentan una situación confusa, desordenada e incompleta, en donde el trabajador social puede tener dificultad para descifrar el significado de los mensajes que le son dirigidos. En estos casos, el trabajador social puede reordenar los elementos

con que cuenta de la situación del asistido (tanto objetivos como subjetivos), tal como los comprendió y comprueba con el asistido si su comprensión fué pertinente, o bien formula preguntas complementarias, centradas en el problema expuesto. Esto permite abrir nuevas perspectivas de análisis de la situación y explorar nuevas vías de solución o respuesta a su situación.

Apoyar: Este tipo de intervención trata de aliviar al asistido, disminuyendo la ansiedad, el temor, la culpabilidad que pueden menoscabar su capacidad para encarar su situación presente.

- Los asistidos de la COA, son ciudadanos con vulnerabilidades múltiples, que requieren ser adecuadamente atendidas, que luchan diariamente con su problema y que pueden llegar a sentirse solos, desprotegidos. Con este tipo de intervención se los puede ayudar a aliviar su tensión y así buscar soluciones con mayor tranquilidad.

Cuidado de sí: Tiene por objetivo, permitir al asistido discernir y comprender sus comportamientos afectivos y de relación y volcar los afectos de su comportamiento sobre los demás. Corresponde al trabajador social discernir y elegir si utiliza esta intervención.

Se distinguen: Primer nivel: comprensión de la dinámica del pasado, del origen y desarrollo de nuestra personalidad. Segundo nivel: promover la comprensión de sí, de su comportamiento y actitudes.

## 2- Informar – Educar :

El trabajador social utiliza sus conocimientos y saberes para responder a las necesidades del asistido.

Hay 3 formas de intervención:

Información: tiene como objeto proveer al asistido de los conocimientos suficientes para que pueda escoger y hacer valer sus derechos. Es legal y administrativo (información acerca de cómo guiarse y actuar en diferentes organismos), proveer información sobre los recursos y organismos sociales que existen en el sector.

Asistencia material: consiste en paliar una situación financiera precaria o beneficiar al asistido. Los organismos sociales proveen servicios destinados a las necesidades materiales de sus asociados en dificultades graves o urgentes (fondos públicos o privados). Se debe justificar por escrito los motivos de la solicitud. El trabajador social es un mediador entre el asistido y los organismos.

La asistencia material está precedida por una evaluación de la situación.

Educación: en el caso de los trabajadores sociales, el objetivo educativo es promover el desarrollo personal o la inserción social de niños, jóvenes y adultos, ya sea que aquellos actúen en hogares, instituciones, o bien en el medio familiar.

- En referencia a este tipo de intervención, desde el Servicio Social de la COA, se pone en conocimiento a los representados acerca de su situación judicial y se realizan las gestiones necesarias para la obtención de recursos materiales, con el fin de mejorar la calidad de vida de la población atendida.

### 3-Persuadir- Influir :

En trabajo social, diferentes formas de intervención utilizadas corrientemente tienden a ejercer –en forma conciente y querida- influencia sobre el asistido a fin de llevarlo a modificar su situación o a hacer –o no hacer- tal o cual cosa.

Evidentemente los Trabajadores Sociales ejercen también sobre los asistidos influencias menos concientes y recíprocamente, experimentan influencias de parte de sus asistidos.

Estos tipos de intervenciones se definen en:

El consejo: tiene como objetivo influir sobre el asistido a fin de que organice su vida, sus actividades, de la forma más adecuada según la óptica y las referencias del trabajador social o de la sociedad a la que éste representa.

Confrontación: confrontar al asistido con las consecuencias de sus actos y prevenirlos de las consecuencias que tal o cual comportamiento puede ocasionar. El asistido experimenta así una fuerza disuasiva importante. El trabajador social intenta disuadirlo confrontándolo con las consecuencias futuras.

- Teniendo en cuenta las características de la población de la COA, este tipo de intervención se utiliza frecuentemente dado a que en varios casos la capacidad para proyectarse en el futuro y para imaginar el porvenir es limitada.

Persuasión: esta intervención trata de influir en el asistido en un grado más alto que las dos precedentes. Se trata de convencer al asistido a unirse a la propuesta del trabajador social.

#### 4-Controlar - Ejercer autoridad:

Tiene como objeto imponer al asistido coacciones y límites, así como ejercer sobre él una cierta vigilancia.

Se distinguen las siguientes intervenciones:

Trabajo de seguimiento: el objetivo es ejercer una vigilancia discreta sobre la situación del asistido y prevenir un nuevo deterioro de esa situación, interviniendo con rapidez en cada caso de dificultades.

Imponer exigencias y límites: el Trabajador Social impone límites y exigencias a los asistidos, con respecto a horarios, contratos, compromisos, etc.; impone reglas que no se deben violar. Este tipo de intervención se utiliza a menudo con el fin de

estimular y movilizar al asistido. No obstante las exigencias que se imponen al asistido deben condicionarse a lo que es posible y realizable, tanto desde el punto de vista físico como intelectual o afectivo.

Control: se ejerce en el mayoría de los casos por mandato legal. La autoridad que ejerce el trabajador social se funda en Ley y ésta legitima sus intervenciones de control.

- En el caso particular de la COA que se trabaja con personas con padecimiento psíquico crónico, éste tipo de intervención se utiliza asiduamente debido a que dada su situación psíquica, es necesario realizar una vigilancia directa sobre la situación de los mismos y prevenir eventualmente un nuevo deterioro en su situación, interviniendo con rapidez en caso de dificultades o recaídas.

#### 5-Poner en relación – Crear nuevas oportunidades:

En estas intervenciones, el rol del trabajador social es facilitar y, por lo tanto, se dedica a estimular y motivar al asistido para que haga la experiencia de nuevas formas de vida social.

En este marco pueden utilizarse tres formas de intervención:

Poner en relación: se trata de facilitar al asistido la ampliación de su marco de relación, de permitirle el aprendizaje progresivo –según sus necesidades y aptitudes- de la comunicación con otras personas e instituciones.

Apertura y descubrimiento: es estimular al asistido para que explore otras posibilidades, que para él son desconocidas. Permite obtener una nueva visión de las cosas.

Utilización y creación de estructuras del medio y participación de ellas: estimular a participar de él activamente, para destacar su vida social y utilizar las instalaciones que están a su disposición.

- Una de las características de la COA, es que se mantiene una intervención prolongada en el tiempo con las personas representadas por ésta, debido a que, por lo general la designación de este cargo es permanente. En este caso, el Servicio Social dentro de la medida de lo posible y coordinadamente con el lugar de tratamiento y/o grupo familiar y red social de la persona, realiza un seguimiento que tiene por objeto no solo proteger la situación patrimonial de éste, sino también trabajar en la recuperación de las capacidades personales y de interrelación con el medio, promoviendo el desarrollo de su calidad de vida y reinserción social.

#### 6-Estructurar una relación de trabajo con el asistido:

Esta intervención tiene como objetivo procurar los medios necesarios para lograr con éxito el cambio que uno se propone.

Hay tres formas de intervención tendientes a estructurar una relación con el asistido:

Estructuración en el tiempo: establece ritmo de encuentro, su duración y duración total de la actividad emprendida.

Utilización del espacio: la mayoría de los trabajadores sociales tiene por lo menos dos lugares de intervención habitual: los locales del organismo empleador y el domicilio del asistido (cuando se trata de individuos o familias).

El encuentro con el asistido puede producirse también en otros lugares: la calle, el café, la plaza u otros espacios públicos; estos tipos de encuentros tienen un significado y una repercusión diferente.

Focalización en objetivos de trabajo: es determinar la finalidad que se desea alcanzar y tarea a cumplir. Los objetivos de cambio se acuerdan conjuntamente.

### **Intervenciones indirectas**

*“Son las que realizan los trabajadores sociales fuera de la relación personal con el asistido. Se trata de acciones que el trabajador social lleva a cabo con el fin de organizar su trabajo, planificar acciones que se realizan más tarde con el asistido y, también, acciones en beneficio del asistido, pero sin participación activa y directa de este. El trabajador social es entonces actor para el asistido.”...<sup>37</sup>*

Cristina De Robertis expone 5 tipos de intervención:

1. Organización – Documentación
2. Programación y planificación de intervenciones directas
3. Intervenciones en torno al asistido
4. Colaboración con otros Trabajadores Sociales
5. Intervención a nivel de Organismos Sociales.

#### **1-Organización y Documentación:**

Esta intervención tiene por objeto administrar el tiempo, el espacio y los conocimientos del trabajador social, para que esté en condiciones de ofrecer al asistido su mejor acogida y su mayor disponibilidad.

Organización del espacio: Implica el arreglo de los locales del servicio y de la sala de espera. El arreglo del espacio es una intervención importante, con demasiada frecuencia ignorada o dejada de lado.

---

<sup>37</sup> De Robertis, C. “Metodología de la intervención en Trabajo Social”. Editorial El ateneo. Segunda edición. Barcelona. Buenos Aires. México. Lima. 1992. Pág. 138.

- En el caso particular de la COA y aunque se trate de un organismo judicial no tiene su sede en el edificio de los Tribunales. Este hecho que originalmente se debió a una simple cuestión de espacio, actualmente constituye una condición de evaluación como sustancial, ya que permite atender, en un ámbito alejado del trajín tribunalicio y de su imagen de litigiosidad, a los asistidos y representados, a sus familiares y a los miembros de la comunidad en general.

Organización del tiempo de trabajo: Requiere de parte del trabajador una atención especial para poder estar a disposición del asistido y ofrecerle un servicio de calidad. La organización del tiempo se efectuará en función de elecciones prioritarias de trabajo, de exigencias del servicio empleador y de los asistidos.

La organización del tiempo permite también preveer –según las curvas de actividad habitual- la ejecución de ciertas tareas o proyectos, como informes, balances, documentación, etc.

- En el Servicio Social de la COA y teniendo en cuenta que se trabaja con una población estable y acumulativa los Trabajadores Sociales organizan sus tiempos en: días de guardia (dos-tres veces por semana predeterminados), visitas domiciliarias e institucionales, entre otras.

La documentación: Los Trabajadores Sociales se ven obligados constantemente a poner al día su conocimiento y mantenerse al corriente de las últimas modificaciones legislativas o institucionales. La organización de la documentación es una tarea indispensable para el ejercicio institucional.

En el mismo orden de ideas, el conocimiento profundo de su sector de trabajo es indispensable para orientar al asistido, a fin de que utilice lo mejor posible las instalaciones que están a su disposición y para ubicar la problemática individual o familiar en su contexto más amplio.

## 2-Programación y planificación de intervenciones directas:

Esta forma de intervención agrupa todas las acciones previas al comienzo de un proyecto de intervención ante el asistido.

Se desarrollan tres tipos de intervención:

- Fases preliminares a la constitución de un grupo
- Organización de actividades de grupos puntuales
- La elección de actividades de apoyo en el programa de un grupo

La programación y la planificación de estas intervenciones se realizan a menudo en equipo con otros trabajadores sociales pertenecientes a otros organismos. (CPS; Casabierta; Dar Más; etc.)

## 3-Intervención en torno al asistido:

Tiene como objetivo modificar la situación exterior del asistido, ampliar su inserción social y modificar la actitud que tienen a su respecto, las personas significativas que lo rodean.

La intervención del Trabajador Social ante personas significativas del entorno del asistido, es útil en diversas circunstancias especialmente cuando el asistido goza de escasa estima o cuando es el chivo emisario del grupo social en el que vive.

Colaboración con otros Trabajadores Sociales:

Los trabajadores sociales se ven impulsados frecuentemente a encontrarse con colegas del mismo servicio o de otros servicios.

- Teniendo en cuenta la población abordada por la COA y que en algunos casos es necesario por ejemplo: gestionar ayudas económicas adicionales ante su obra social u otro organismo; solicitar evaluaciones de admisión para dispositivos terapéuticos (centros de día, talleres protegidos, hospital de día, entre otros). El objetivo de esta intervención puede ser un intercambio de

información, que permita realizar evaluaciones pertinentes y elaborar planes de acción.

Se distinguen 4 tipos diferentes de colaboración entre trabajadores sociales colegas:

La comunicación: se trata de contactos ocasionales entre dos o más trabajadores sociales, con el objetivo principal de intercambiar recíprocamente información sobre el asistido.

La concertación: se trata de coordinar los esfuerzos de varios trabajadores sociales que intervienen ante el asistido; de elaborar un conjunto de análisis de la situación del asistido, una evaluación y un plan de acción común en el que cada trabajador social asumirá un rol establecido en forma acordada. La concertación es a menudo puntual, seguida de encuentros periódicos de evaluación y ajuste.

El trabajo en equipo: implica una estructura de encuentros regulares, el trabajo en equipo puede centrarse en el asistido o en los mismos trabajadores sociales o también en proyectos de acción común o en investigaciones.

La consulta: es el encuentro de dos trabajadores sociales, uno de ellos especializado, que pone en disposición del otro las posibilidades de realizar intercambio y reflexión. Es un encuentro ocasional sobre una situación precisa. Difiere de la supervisión, que es un proceso de formación individualizado que es más prolongado (1-3 años).

## **Aspectos Metodológicos**

La propuesta del presente trabajo se basa en una sistematización de la práctica realizada en la COA, ya que a través de ella se logra un acercamiento a una realidad específica.

Los casos fueron seleccionados a partir de la intervención pre-profesional, contando para ello con datos obtenidos por informantes claves de la COA y lectura de legajos particulares pertenecientes a esta curaduría.

Para la selección de la muestra se utilizaron los siguientes criterios:

- Personas con padecimientos psíquicos crónicos, declarados insanos y representados por la COA.
- Representados de ambos sexos externados que residan en la ciudad de Mar del Plata.
- Que registren una o más intervenciones para la resolución de las problemáticas sanitarias.

Las técnicas de recolección de datos para la realización de la sistematización, se llevaron adelante a través de las siguientes herramientas:

1. Observación documental y análisis bibliográfico
2. Observación estructurada y participante.
3. Entrevistas semi-estructuradas a diversos informantes y entrevistas en profundidad a la población estudiada.

### **1-Observación documental y análisis bibliográfico:**

*“La consulta y recopilación documental consiste en ponerse en contacto con esa parte de la realidad que sea de investigar y en la que se ha de actuar, a través*

*de lo que otros vieron o estudiaron de ella. Los documentos son hechos de "algo" que ha pasado, de ahí que "testimonios" que proporcionan información, datos o cifras, constituyen un tipo material muy útil para la investigación social.*

*Se trata de informaciones, documentos escritos, estadísticas, mapas, periódicos, obras literarias, recogidos y elaborados por distintas personas, organizaciones o instituciones y que sirven para conocer mejor un aspecto de la realidad.*

*Cuando se reúnen documentos para incorporarlos a una investigación es necesario someterlos a un examen crítico. Esto es indispensable, pues casi todos los datos recogidos de fuentes documentales tienen carácter secundario debido a que el investigador no tiene contacto directo con los hechos y fenómenos a que hace referencia en los documentos".<sup>38</sup>*

## **2-Observación estructurada y participante:**

Según Ander-Egg esta clase de observación consiste en la participación directa e indirecta del observador en cuanto asume uno o más roles en la vida de la comunidad, del grupo o dentro de una situación determinada.

Dicho autor la define como la técnica por la cual se llega a conocer la vida de un grupo desde el interior del mismo, permitiendo captar no solo los fenómenos objetivos y manifiestos, sino también el sentido subjetivo de muchos comportamientos sociales, imposibles de conocer (y menos aún de comprender) con la observación no participante.

## **3-Entrevista semiestructurada y en profundidad:**

---

<sup>38</sup> Ander – Egg, E. "Técnicas de Investigación Social". Ed Humanitas. 21 edición. Buenos Aires. Argentina. Mayo 1997. Pág. 42.

Entrevista semiestructurada: Este tipo de entrevista contiene aspectos relativos a la modalidad de entrevista estructurada (formato estandarizado) y no estructurada (da mayor libertad a la persona interrogada y al encuestador).

En la entrevista no estructurada se deja mayor libertad a la iniciativa de las personas interrogadas y al encuestador. Se trata en general, de preguntas abiertas que son respondidas dentro de una conversación y tienen como característica principal la ausencia de una estandarización formal de las preguntas.

Esta clase de entrevista, adopta la forma focalizada, en la que el encuestador tiene una lista de cuestiones para investigar derivadas del problema general que quiere estudiar. En torno a ese problema se establece una lista de temas en los que se focalizan la entrevista, que es llevada según el criterio del encuestador. Este podrá sondear razones, motivos y ayudar a esclarecer determinados factores pero sin sujetarse a una estructura formalizada. Se necesita agudeza y habilidad por parte del encuestador para saber buscar algo desconocido, focalizar el interrogatorio en cuestiones precisas, saber escuchar y ayudar a expresarse y esclarecer pero sin sugerir.

Entrevista en profundidad: los autores Teylor y Bogdan (1998) entienden por entrevistas cualitativas en profundidad, a reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes. Estos encuentros van dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto a sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras.

El investigador es el instrumento de la investigación. El rol implica obtener no solo respuestas, sino también aprender qué preguntas hacer y cómo hacerlas.

En tanto método de la investigación cualitativa, este tipo de entrevista tiene mucho en común con la observación participante.

Pueden diferenciarse tres tipos de entrevistas en profundidad, las cuales se relacionan entre sí. El primero es la historia de vida o autobiografía sociológica. En esta, el investigador trata de aprehender las experiencias destacadas de la vida de una persona y las definiciones que esa persona aplica a tales experiencias. El segundo tipo de entrevista en profundidad se dirige al aprendizaje sobre acontecimientos y actividades que no se pueden observar directamente. En este tipo de entrevistas los interlocutores actúan como observadores del investigador. En tanto informantes, consiste simplemente en no revelar sus propios modos de ver, sino que deben describir lo que sucede y el modo en que otras personas lo perciben.

El último tipo de entrevista cualitativa tiene la finalidad de proporcionar un cuadro amplio de una gama de escenarios, situaciones o personas. Las entrevistas se utilizan para estudiar un número relativamente grande de personas en lapso relativamente breve si se lo compara con el tiempo que requeriría una investigación mediante observación participante.

## **CAPITULO IV**

## PRESENTACIÓN DE CASOS

### **Caso 1: R. I**

Edad: 47 años

Estado civil: soltero

Nacionalidad: argentina

Diagnóstico: psicosis esquizofrénica crónica

Cobertura social: no posee

### **Síntesis del caso:**

El Sr. R. I. porta un diagnóstico de "Psicosis esquizofrénica crónica" que data desde su juventud. Al fallecer su madre, quedó al cuidado de su padre, dependiendo de este para la satisfacción de sus necesidades básicas y de instrumentación de su vida cotidiana. Con el posterior fallecimiento de su progenitor el causante quedó desprotegido. A raíz de este acontecimiento, la Sra. R., (de edad avanzada), por pedido del padre del causante, (a quien cuidó durante su enfermedad) accedió al cuidado de este a cambio de permanecer en una de las viviendas pertenecientes al mismo, ubicada en la parte anterior del terreno. A partir de ese momento, la Sra. R., junto a su esposo, le brindaron asistencia alimentaria y cuidados de higiene y limpieza.

Al no contar con ningún familiar, en el año 2005 se designó como Curadora a la Sra. G. (nuera de la Sra. R.), quien cumplió con esa tarea por un corto tiempo, debido al pedido de la misma de cesar en sus funciones por problemas personales.

A fines del año 2006, se designó a la COA como representante del causante.

El Sr R. I., dada las características de su patología de base, no registró hábitos laborales, ni desempeñó tarea remunerativa alguna, motivo por el cual no cuenta

con el respaldo de ningún haber previsional. Tampoco percibe beneficio asistencial alguno. El único ingreso con el que cuenta para la satisfacción de sus necesidades, lo constituye la ayuda que proviene de la Sra. R, a partir del cobro de su jubilación.

En relación al aspecto habitacional, el accionado ocupa una vivienda de un ambiente que cuenta con un baño externo y está ubicada sobre la terraza de otra unidad funcional propiedad del accionado. La vivienda cuenta con servicios de luz eléctrica, gas natural y agua corriente.

### **Estrategia sanitaria:**

Respecto a su situación sanitaria, el encartado se trataba por su patología en el Servicio de SM del HIGA de esta ciudad. En el año 2005, su médico tratante cesó en sus funciones, quedando el Sr. R. I. sin atención, dado que no fue cubierto tal cargo. Esto motivó la concurrencia del causante a la guardia del mencionado servicio, para poder obtener la extensión de recetas y la posterior entrega de medicación en la farmacia de dicho nosocomio. A fines del mes de agosto se dejó de atenderlo por la guardia, porque no concurría por "crisis" o "brotos en su patología". Por tal motivo se lo derivó para su atención al Servicio de SM Municipal, a raíz de la escasez de profesionales para darle continuidad al tratamiento que requiere. Al concurrir al área Municipal de SM, se le informó que ellos no cuentan con médicos psiquiatras para la atención de personas con padecimientos psiquiátricos crónicos.

En virtud de esta situación, el accionado quedó desprotegido, generándose una recaída en su patología.

A partir de lo expuesto y con el fin de que el accionado logre tener una continuidad en su tratamiento, la asignación de un médico psiquiatra tratante y la provisión de medicamentos, desde la COA se comenzó a trabajar para la obtención de un tratamiento digno y continuado. En este sentido se establecieron contactos

con las diferentes instituciones nacionales y municipales encargadas de la atención primaria en Salud Mental, solicitando se le designe un médico tratante al accionado. Paralelamente a dichas solicitudes se realizaron comunicaciones telefónicas con la dirección de ambas instituciones en varias oportunidades. A través de ellas se logró garantizarle, (en octubre del 2007) una respuesta favorable.

Ante esto, se puede decir en términos de Dewey que se obtuvo una “consumación relativa”, ya que si bien se logró el objetivo propuesto, a partir de ese momento se comienza a trabajar con el accionado en base a nuevos objetivos, tales como:

- Obtención de certificado de discapacidad, para poder realizar diferentes trámites.
- Obtención del pase gratuito de transporte urbano.
- Obtención de un turno para consulta oftalmológica en el Centro de Salud N°1
- Obtención de lentes gratuitos a través del Servicio Social Municipal.
- Ingreso del causante al taller terapéutico “Artquimia”.
- Trámite gratuito de renovación del Documento Nacional de Identidad (DNI).

#### **Evolución de la enfermedad:**

A partir de poder garantizar al causante, un tratamiento digno y continuado por consultorio externo y la provisión de medicamentos, se observó que el mismo no registró recaídas ni internaciones, hasta el momento del cierre del presente estudio.

**Caso 2: N. O.**

Edad: 53

Estado civil: viuda

Nacionalidad: argentina

Diagnóstico: "Bipolar II"

Cobertura social: PROFE (programa federal de asistencia)

**Síntesis del caso:**

La Sra. N.O. se desempeñó como azafata. Estuvo casada con un comandante de aeronave de nacionalidad mexicana con quien residió en el extranjero durante 21 años. Ante el fallecimiento de este, regresó al país radicándose en la ciudad de Buenos Aires (se especuló que en ese momento comenzaron sus problemas depresivos).

En el año 1995 a raíz de la enfermedad de su padre, se trasladó a la ciudad de Mar del Plata donde convivió con su madre y su hermana. Tras el fallecimiento de su progenitor en el año 1998, la causante cayó en un cuadro depresivo severo asociado a "síntomas de bulimia y anorexia y consumo de alcohol y pastillas", por lo que debió ser internada en el Servicio de SM del HIGA. Posteriormente se le diagnosticó "Trastorno Bipolar II".

En el año 2001 tomó intervención la COA por derivación de la Defensoría Oficial N°2 con el objetivo de solicitar un subsidio a favor de la accionada. Esta dependencia es designada Curadora Definitiva en el año 2003 dada la falta de una red familiar continente. Si bien la Sra. N.O., cuenta con una hermana que reside en esta ciudad, no mantiene un vínculo estable con esta, ni recibe de ella ningún tipo de ayuda económica adicional.

En relación a su situación económica-laboral, a raíz de su enfermedad se vió imposibilitada de continuar desempeñándose como azafata de aeronave, quedando de esta forma sin ingresos estables para su manutención. A partir de la designación de la COA como su representante, se comenzaron a realizar gestiones para la obtención del Subsidio Asistencial previsto por Ley 10.315 y paralelamente para una pensión graciable a nivel Nacional. Actualmente cuenta con la percepción de dicha pensión, por medio de la cual obtiene la cobertura de PROFE, que le cubre la gratitud de los medicamentos.

Respecto a su situación habitacional la accionada, dada su patología, no pudo tener estabilidad habitacional. Motivo por el que registró residencias en diferentes hoteles, pensiones y hogares sustitutos de este medio. Al momento del presente estudio, alquilaba una habitación en una pensión de esta localidad, que contaba con baño y cocina externa; servicios de luz eléctrica, agua corriente y gas natural. La habitación se encontraba en un buen estado de conservación.

#### **Estrategia sanitaria:**

En cuanto a su situación sanitaria, la causante se atendía ante eventuales crisis en su cuadro de base, en la guardia del Servicio de SM del HIGA, por no contar con un médico psiquiatra tratante estable. Desde dicho Servicio, se la derivó para su atención al Subcentro de Salud Municipal "Jara", donde se la atendió por única vez.

A partir de la intervención de la COA como representante de la causante., se comenzó a trabajar puntualmente sobre la demanda de una atención sanitaria estable en su favor. Asimismo se buscó la contención de la accionada, debido a que se encontraba en un estado de inestabilidad emocional que la llevó a protagonizar desorganizaciones en el desarrollo de su vida cotidiana.

**Evolución de la enfermedad:**

En el mes de agosto del 2007, después de varias intervenciones de la COA en la gestión planteada, se logró el objetivo propuesto con la designación de un médico tratante estable. Seguidamente se comenzó a trabajar con la accionada en referencia a un tratamiento para sus adicciones, logrando se incorpore a un grupo de Alcohólicos Anónimos donde encontró contención. También comenzó a ser atendida en el HIGA por un médico psiquiatra que se ocupa de pacientes con adicciones.

La Sra. N.O., ha logrado mejorar su calidad de vida y tener una mayor inclusión en el medio social ampliando de este modo su red vincular afectiva.

**Caso 3: D.O.**

Edad: 35 años

Nacionalidad: argentina

Estado civil: soltero

Diagnóstico: "Debilidad Mental en grado moderado"

Cobertura social: no posee

**Síntesis del caso:**

El causante, porta un diagnóstico de "Debilidad mental moderada" que data desde su nacimiento. Concurrió a una escuela especial de esta ciudad desde los 10 hasta los 16 años de edad, llegando a cursar hasta 3º grado. Desde ese momento comenzó a trabajar en changas (ayudante de albañil).

Su grupo familiar estaba compuesto por su madre, su padre y un hermano, quien también padece un diagnóstico de "Debilidad mental moderada". Al fallecer su madre, el causante junto a su hermano, quedan al cuidado de su abuela y de su padre por un corto tiempo.

En el año 1994 se designó como curador oficial de ambos hermanos a una tía abuela, quien fallece en el año 1996; motivo por el cual en el año 1997, se designó al padre de ambos como su curador. Ante las irregularidades en las rendiciones de cuenta y la mala relación entre ellos, a fines del año 2006 dicho rol pasó a ejercerlo esta Dependencia. Desde el Servicio Social de la COA se trabajó en la ubicación del paradero del causante, debido a que no se contaba con los datos necesarios para establecer contacto con el mismo.

Hasta el momento del presente estudio, el accionado se encontraba residiendo en una construcción abandonada, ubicada en un barrio periférico de esta ciudad. La vivienda no contaba con servicios de luz eléctrica, gas, ni agua potable.

En relación al eje económico, el accionado, dada su patología, no logró mantener un desempeño laboral estable, por lo que no contaba con ingresos fijos. Tampoco percibía una pensión ni subsidio alguno. Para su manutención concurría a los diferentes comedores de esta localidad y en algunas ocasiones recibía una ayuda económica mínima de su padre con quien mantenía un contacto esporádico. Con su hermano no tenía vinculación alguna, por desconocer su paradero.

A raíz de lo descripto, se comenzó a trabajar en forma conjunta, sobre diferentes aspectos relacionados a obtener de una mejor calidad de vida.

### **Estrategia sanitaria:**

Respecto al eje sanitario, ante la presencia de algún malestar físico, el accionado concurría al HIGA; pero por su patología no recibió tratamiento alguno ni atención sanitaria en ningún Servicio de SM.

Desde la COA, en primer lugar se hicieron los trámites necesarios para lograr la atención con un médico psiquiatra, con el fin de que se evaluara si era necesario la indicación de un tratamiento psicofarmacológico, debido a que no se contaba con registro alguno en ese aspecto. En el mes de mayo del corriente año, se le otorgó un turno para su atención a cuya consulta acudió acompañado de las autoras del presente trabajo. En esa oportunidad, el médico a cargo de su atención, no consideró necesaria una continuidad para su tratamiento ni la indicación de alguna medicación.

Esta consulta médica, permitió que desde la COA se pudiera comenzar a trabajar conjuntamente con el causante en la persecución de nuevos objetivos:

- Obtención de certificado de discapacidad.
- Solicitud de Beneficio Asistencial Ley 10315.
- Solicitud de pensión graciable.

- Inclusión en el Programa Alimentario Único.
- Obtención del pase gratuito de transporte urbano de pasajeros.

**Evolución de la enfermedad:**

Hasta la finalización de la práctica de las estudiantes, el causante no presentó alteraciones en su patología de base y se desarrolló autónomamente para las actividades cotidianas.

**Caso 4: M.C.**

Edad: 41

Estado civil: soltera

Nacionalidad: argentina

Diagnóstico: Síndrome Oligofrénico en grado moderado

Cobertura social: PROFE

**Síntesis del caso:**

La causante porta un diagnóstico de "Síndrome Oligofrénico en Grado Moderado" desde su infancia y comenzó a recibir su primer tratamiento psiquiátrico a los 14 años de edad. En el año 2003, fue declarada insana y se designó a la COA como su representante

Su grupo familiar está compuesto por su madre (quien padece hemiplejía y afasia desde el año 2001).; tres hermanos y sus cuatro hijos, el mayor de 20 años se mantiene en forma independiente, su hija de 17 años (embarazada de 6 meses) y sus dos hijos menores que residían en la Institución "Aldeas Infantiles" de este medio. Al momento del presente informe la accionada se hallaba residiendo junto a su hija, con una de sus hermanas y la familia de esta.

En relación al eje económico-laboral, la causante dada su patología no logró mantener un empleo estable. Para su manutención percibía el ingreso que obtenía por su incorporación al Plan Jefes y Jefas de Hogar como así también la Bolsa alimentaria.

Desde la intervención de esta Dependencia como su representante, se planearon encuentros quincenales con la accionada, los cuales en varias ocasiones se convirtieron en semanales, dada la característica demandante de esta y su débil contención familiar y social. Asimismo se realizaron acciones conjuntas con la Trabajadora Social del área

de Discapacidad Municipal, para lograr otros recursos a su favor, entre los cuales se pueden citar: pasaporte urbano y provincial de transporte; certificado de discapacidad.

Desde la COA, se le iniciaron los trámites para la obtención del Subsidio Asistencial previsto por Ley 10315 y de una pensión graciable a su favor. También se le tramitó la gratuidad de los lentes recetados.

Al momento del presente informe, la causante había logrado obtener primero el subsidio y a fines del mes de noviembre comenzó a percibir la pensión tramitada y recibió los lentes. Al comenzar a percibir la pensión, pudo contar con la obra social PROFE por medio de la cual puede obtener los medicamentos en forma gratuita.

#### **Estrategia sanitaria:**

En referencia al aspecto sanitario, la accionada fue atendida por su patología en el Servicio de SM del HIGA de este medio. Durante el transcurso de los años, ha sufrido varias crisis por descompensaciones en su cuadro de base por las que debió ser internada en dicho nosocomio. Su última internación se registró en el mes de diciembre del 2007.

#### **Evolución de la enfermedad:**

Se observó como principal dificultad para darle continuidad al tratamiento requerido por la accionada, la imposibilidad de la farmacia de dicho nosocomio, el entregar en tiempo y forma la medicación indicada a la causante. Motivo que generó recaídas en su patología de base.

La accionada fue dada de alta en el mes de enero del 2008. Para el cierre del presente estudio, la encartada mantenía una regularidad en su tratamiento psicofarmacológico mensual por consultorio externo en el Servicio de SM del HIGA. Esto le permitió obtener una mejor calidad de vida.

**Caso 5: P.R.**

Edad: 58

Estado civil: soltero

Nacionalidad: argentina

Diagnóstico: Psicosis crónica

Cobertura social: no posee

**Síntesis del caso:**

El causante es portador de un diagnóstico de "Psicosis crónica" que se desencadenó a raíz de la enfermedad de su madre. A partir de ese momento, el accionado se obsesionó por el cuidado de su progenitora, no permitiendo que nadie la cuidara, lo cual le demandó mucho esfuerzo y en ocasiones esta situación desembocó en agresiones físicas y verbales hacia su madre.

A raíz del fallecimiento de ésta (5 años atrás) el encartado sufrió una descompensación en su cuadro patológico. Esto lo llevó a protagonizar episodios violentos con algunos vecinos de su barrio. En uno de esos episodios, el accionado fue agredido físicamente causándole traumatismo de cráneo severo, por lo cual se lo trasladó al HIGA.

Su grupo familiar, está compuesto por dos hermanos que residen en la ciudad de Buenos Aires y con quienes no mantiene contacto alguno y una hermana que vive en esta localidad y a quien visita esporádicamente.

El accionado residía en una vivienda de su propiedad, en un barrio periférico de esta localidad, pero no posee la documentación del inmueble ya que en uno de sus episodios de crisis quemó todos los papeles.

En relación al eje económico-laboral, hasta el momento del presente trabajo, el causante realizaba changas esporádicas como azulejista, percibiendo ingresos

inestables para su manutención. Esto motivó que sus vecinos, con quienes recompuso la relación, le brindaran ayuda, proporcionándole alimentos.

#### **Estrategia sanitaria:**

En este aspecto, el causante realizaba controles mensuales por consultorio externo, en el Servicio de SM del HIGA, manteniendo continuidad en los controles, donde además le proveían la medicación indicada.

En el mes de abril del 2008, esta Dependencia fue nombrada como representante del causante. A partir de ese momento se tomó contacto con el accionado y se comenzó a trabajar en forma conjunta con este y su hermana, en busca de una mejor calidad de vida para el Sr. P.R. En este sentido, se dio inicio a los trámites para la obtención del Certificado de Discapacidad; pase gratuito de transporte urbano; el Subsidio Asistencial previsto por Ley 10315; una pensión graciable; inclusión en el Plan Alimentario, entre otras.

#### **Evolución de la enfermedad:**

Hasta finalización del presente informe, el causante hace aproximadamente dos años atrás, que no registró recaídas en su patología de base.

**Caso 6: N.G.**

Edad: 43

Estado civil: separada

Nacionalidad: argentina

Diagnóstico: "Psicosis Bipolar"

Cobertura social: INSSJP-PAMI-

### **Síntesis del caso:**

La causante porta un diagnóstico de "Psicosis Bipolar" que data de su último embarazo en el año 1992. Esto motivó la ruptura de su matrimonio generando un separación traumática para la accionada que continuó hasta la fecha del presente informe. Fruto de este matrimonio, la accionada tuvo dos hijos: un hijo varón (mayor de edad) que vive con su padre, manteniendo con su madre una relación cambiante con períodos de encuentros y desencuentros. Una hija (16 años) que vivía en forma independiente, apoyada por su padre. Su red familiar está compuesta además por la madre de la accionada, con quien mantiene una relación ambivalente donde se presentan momentos de inestabilidad y de estabilidad.

La accionada residía en una vivienda propiedad de su madre, que constaba de dos ambientes, ambos muy deteriorados y un baño semi-instalado. No contaba con servicios de gas ni agua corriente.

En el eje económico, dada su patología, la causante se encontraba imposibilitada de desempeñarse laboralmente y percibía como único ingreso estable el Subsidio provisto por Ley 10315, que le fue gestionado desde esta Dependencia. Además se le gestionó la cuota alimentaria, la cual se encuentra continuamente en litigio.

**Estrategia sanitaria:**

Desde el desenlace de su patología (1992) hasta la fecha, la causante ha sufrido múltiples "recaídas" que derivaron en reiteradas internaciones en el Servicio de SM del HIGA. Esto debido a que la accionada posee una escasa conciencia de enfermedad, que la lleva a abandonar los tratamientos. La última internación que se registró en dicho nosocomio, fue en el mes de Mayo del 2008. A fines del mes de Junio de ese año se la trasladó a la Clínica "Santa Clara de Asis", por contar desde ese momento con el beneficio del INSSJP-PAMI- (por intermedio de la jubilación derivada de su madre), gestionada desde la COA.

**Evolución de la enfermedad:**

Hasta el momento del presente informe, la accionada se encontraba internada en la Clínica "Santa Clara de Asis" de este medio, compensada en su patología y realizando su tratamiento psicofarmacológico en dicho nosocomio.

**Caso 7: E.P.**

Edad: 70

Estado civil: soltera

Nacionalidad: argentina

Diagnóstico: Psicosis Crónica

Cobertura social: PROFE

**Síntesis del caso:**

La causante porta un diagnóstico de "Idiocia por lesión germinativa" desde los 6 años de edad; por tal motivo no completó la escolaridad primaria y adquirió aprendizaje y lecto-escritura con cierta dificultad. Durante su adolescencia y posterior adultez, se sucedieron episodios de características psicóticas, por lo cual estuvo en tratamiento psiquiátrico y psicofarmacológico, con un diagnóstico de "Psicosis Crónica".

La accionada es oriunda de la ciudad de Buenos Aires desde donde se trasladó hacia esta localidad, hace aproximadamente 7 años, con el objetivo de vivir con su hija. En el año 2004, debido a la falta de contención de su hija (único familiar a cargo), por problemas en el vínculo, esta Dependencia fue designada como representante de la causante.

En cuanto al eje económico, la accionada se dedicaba a la venta callejera, sobretudo en las inmediaciones del HIGA, (lapiceras, mapas, broches), obteniendo ingresos inestables e insuficientes para cubrir su necesidades básicas.

Desde el año 2002, residió en un Hogar Sustituto de este medio, cuyo alquiler era pagado por su hija hasta que el negocio de esta quebró y se vio imposibilitada de continuar con dicho pago.

Desde la COA se le gestionó el Subsidio Asistencial Ley 10315, que le permitió realizar el pago de dicho Hogar, almuerzo y cena, dejando los magros ingresos que la encartada percibía por la venta callejera, para la compra de sus elementos personales.

### **Estrategia sanitaria:**

La causante registró reiteradas internaciones en el Servicio de SM del HIGA, por descompensaciones en su patología, que se prolongaron como consecuencia de contar con una mínima contención y apoyo familiar por parte de su hija. La causante concurrió al Hospital de Día de dicho nosocomio hasta el mes de mayo de 2007 aproximadamente. Dicho dispositivo le permitió estar más contenida y supervisada en su tratamiento. Desde el momento del alta a tal dispositivo, se observó en la causante, cierta inestabilidad en su cuadro de base, por tal motivo en el mes de Junio del presente año sufrió una internación. En dicha oportunidad, desde la COA se tramitó ante la Institución "CILSA" el préstamo de una silla de ruedas, dado que la accionada había sufrido una caída (antes de ser internada) en el lugar donde residía, que le causó traumatismo de cadera.

Se le gestionó además, el beneficio de una pensión graciable. El otorgamiento de la misma permitió el traslado desde su lugar de internación a un geriátrico de este medio, por contar con el respaldo del Programa Federal PRO-FE.

### **Evolución de la enfermedad:**

Hasta el momento del cierre del presente informe, la causante se hallaba compensada en su patología de base y recibía tratamiento psicofarmacológico en su lugar de residencia. Esto le permitió elevar su calidad de vida.

**Caso 8: A.G.**

Edad: 53

Estado civil: soltera

Nacionalidad: argentina

Diagnóstico: Retardo Mental de grado imbecílico

Cobertura social: IOMA

**Síntesis del caso:**

La causante es portadora de un diagnóstico de "Retardo Mental de grado imbecílico" post-meningo-encefáltico, iniciado después de su primer año de vida como secuela de una meningo-encefalitis post-sarampionosa. La encartada es oriunda de la ciudad de Mendoza donde residía con su familia. Al fallecer su padre (1991), la accionada junto a su madre se traslada a la ciudad de Mar del Plata. En el mes de octubre del 1992, se la declaró insana y se nombró a su madre como su Curadora. Ante el fallecimiento de esta (2002), se designó a esta Dependencia como su representante.

Respecto a su situación habitacional, la causante es propietaria de un inmueble en esta ciudad, herencia de su madre, lugar donde continuó viviendo después del fallecimiento de su progenitora. En el año 2004, se tomó conocimiento en esta sede, que la accionada estaba conviviendo en dicho inmueble con una familia con la que había establecido un intercambio (la encartada cuidaba de los hijos menores de esta y les daba alojamiento a cambio de recibir cuidados).

Posteriormente, se tomó conocimiento en esta sede sobre posibles maltratos psicofísicos hacia la causante, de parte de la familia conviviente. Ante esta situación desde la COA, se estableció un acuerdo con la Sra. F (integrante de la familia conviviente) en el cual la misma aceptaba hacerse cargo de los cuidados de la causante y de llevarla a realizar sus controles psicofarmacológicos a cambio de continuar

residiendo en la vivienda. Ante el incumplimiento de este acuerdo, se propuso como medida preventiva, separar a la encartada de su grupo conviviente y se tomó contacto con la dueña de un Hogar Sustituto de este medio, con la finalidad de que fuera recibida en él. En el mes de febrero del 2005, la causante fue admitida en dicho Hogar.

En el mes de agosto del 2007, la accionada se fugó del Hogar, por lo que desde la Dependencia se organizó la búsqueda de la misma con un resultado negativo, lo que motivó la intervención del Juzgado correspondiente. A fines del mes de septiembre del 2007, se presentó de forma espontánea en la COA la causante, acompañada de su tía (prima hermana del padre de la accionada). Esta última informó que encontró a la accionada deambulando en el centro de la ciudad en estado de abandono respecto a su higiene personal y decidió llevarla a su casa y brindarle los cuidados necesarios.

La red familiar de la accionada se compone de su tía y un primo (hijo de la tía).

En relación al eje económico, la causante dada su patología se ve imposibilitada de realizar tareas remunerativas. Cuenta con la percepción de una pensión de la provincia de Mendoza, la cual estaba embargada debido a que la Sra. F. sacó préstamos a nombre de la accionada.

Desde la COA se la incluyó en el Programa Alimentario Único; se le tramitó el pase gratuito de transporte urbano para la encartada y su tía.

### **Estrategia sanitaria:**

La causante presentaba problemas cardíacos por los cuales debía tomar medicación. Al fallecer su madre, realizó sus controles médicos psiquiátricos en el área de SM del HIGA. En los mismos presentó altibajos en su estabilidad física y emocional y en ocasiones ideas delirantes. Durante la convivencia de la causante con la Sra. F. y su familia, no continuó con los controles por no contar con una red continente y dada la dificultad para obtener un turno para su atención.

Desde la COA, a principios del mes de junio del 2005, se solicitó al Servicio de SM del HIGA un turno para atención psiquiátrica, obteniendo respuesta negativa dado que desde ese servicio estaban derivando los pacientes a las salas periféricas para su atención. Pese a la negativa, a los dos días se acompañó a la causante a la guardia de dicho servicio, ya que se encontraba inestable en su patología. En esa ocasión se la atendió y se la medicó pero no se le dió un turno para continuar con el tratamiento, por los motivos mencionados con anterioridad y se la derivó nuevamente a la Sala Municipal, donde pudo obtener un turno, al que se vió imposibilitada de concurrir por no contar con medios económicos para su traslado.

En el mes de diciembre del 2005, la causante fue internada en el Servicio de SM del HIGA, por una descompensación en su cuadro de base. Antes de que fuera externada, se solicitó a la Jefa de dicho Servicio evaluara la posibilidad del ingreso de la accionada al Hospital de Día de ese nosocomio, como forma de organizar su cotidianeidad y garantizar la continuidad del tratamiento psicofarmacológico. En el mes de enero del 2006, la causante ingresó al Hospital de Día para continuar con su tratamiento, pero dicha concurrencia no superó los dos meses y fue dada de alta debido a que la encartada contaba con el respaldo de IOMA y “su obra social debía hacerse cargo de garantizar su tratamiento”

A partir de la convivencia de la causante con su tía, se comenzó a realizar los controles psicofarmacológicos en forma particular. Es importante mencionar que dicha obra social no brinda cobertura en el área de SM, motivo por el cual se consideró oportuno que la causante concurriera a los controles psiquiátricos en forma particular. Desde que se instrumentó lo expuesto, se observó una mejoría en el cuadro de base de la causante.

**Evolución de la enfermedad:**

Al momento del cierre del presente informe, la causante se hallaba compensada en su patología, con continuidad en su tratamiento psicofarmacológico. Esto le permitió lograr una mejor calidad de vida.

**Caso 9: G.M.**

Edad: 38

Nacionalidad: argentina

Estado civil: soltero

Diagnóstico: "Psicosis Crónica"

Cobertura social: no posee

**Síntesis del caso:**

El causante porta un diagnóstico de "Psicosis crónica", agravada por el consumo de sustancias tóxicas y por ser portador de HIV. Debido a su patología registró varias internaciones en distintos nosocomios y Unidades Penales de la ciudad de Buenos Aires.

En el año 2004, se trasladó a esta ciudad y continuó con episodios de descompensación y con el consumo de sustancias, lo que motivó su internación en el Servicio de SM del HIGA. A raíz de esta situación, se lo declaró insano y se nombró a esta Dependencia como su representante.

Su red familiar está compuesta por un hermano y su madre, quien se encuentra internada en un geriátrico de este medio. El accionado se encuentra desvinculado afectiva y materialmente de la totalidad de su grupo familiar.

En relación al eje económico, el único ingreso estable que percibe el accionado es el Beneficio Asistencial previsto por Ley 10315, que se le gestionó desde esta Dependencia. En algunas oportunidades se desempeñó como cuidador de autos en el estacionamiento del HIGA, obteniendo por ello ingresos inestables e insuficientes para su manutención.

En el eje habitacional, el causante se encontraba residiendo en un Hogar Sustituto de esta localidad y mantenía con la dueña de dicho lugar una relación conflictiva, por lo cual debió abandonar el Hogar y trasladarse a un Hotel de esta localidad.

### **Estrategia sanitaria:**

Respecto al eje sanitario, el causante realizaba sus controles psicofarmacológicos en el Servicio de SM del HIGA por consultorio externo y fue incluido en el Hospital de Día de dicho nosocomio Por presentar una patología dual (adicción a sustancias tóxicas), no lograba mantener un tratamiento en el tiempo. Esto daba lugar a inestabilidades frecuentes en su cuadro de base, por no contar con la atención adecuada. Esta situación, lo llevó a protagonizar episodios conflictivos con sus pares y con el personal del Hospital de Día, que derivaron en la exclusión del causante de dicho Hospital.

Desde la COA se acordó conjuntamente con el accionado, que concurriría a un Centro de Rehabilitación y presentaría certificado de concurrencia en esta Dependencia. Se evaluó además, la posibilidad de su admisión de este en el CPS.

### **Evolución de la enfermedad:**

Hasta el cierre del presente estudio, el causante continuaba con controles psicofarmacológicos mensuales por consultorio externo del Servicio de SM del HIGA, presentando dificultades para mantener una estabilidad en su tratamiento, por el consumo de sustancias tóxicas y la ingesta de alcohol, que derivaban en recaídas en su patología de base.

En relación a su inserción al CPS, no se pudo lograr a causa de su problema de adicción, ya que uno de los lineamientos de esta Institución es no aceptar pacientes con adicciones.

## **CAPITULO V**

## Conclusión

En nuestra sociedad, podemos observar que se “naturaliza” la institucionalización como inevitable, para las personas con padecimientos psíquicos crónicos. La lógica manicomial, no necesita de la creación de un Neuropsiquiátrico, dado que es reproducida por los Servicios de SM y las Instituciones encargadas de la APS la refuerzan, cuando las políticas planteadas redundan en la exclusión de diversas patologías, convirtiéndose en expulsadores hacia los servicios de SM o los Asilos.

*“El sistema argentino de Servicios Sociales y de Salud Mental para las personas con discapacidades psiquiátricas, se encuentra desfasado respecto a los cambios ocurridos en el mundo durante los últimos 30 años. Debido, en gran parte, a la inexistencia de Servicios de SM en la comunidad, las personas con discapacidades mentales han sido segregadas de la sociedad, al ser ubicadas en Instituciones psiquiátrica. Debido, en gran parte, a la inexistencia de Servicios de SM en la comunidad, las personas con discapacidades mentales han sido segregadas de la sociedad, al ser ubicadas en instituciones psiquiátricas. Esta segregación constituye una forma de discriminación contra las personas con discapacidades.....”<sup>39</sup>*

La Ley italiana que estableció el fin de los manicomios en ese país (1978), ha determinado el debate y ha marcado un punto irreversible en la historia de la desinstitucionalización. En muchos países como el nuestro, restan muchos años para realizar este objetivo.

Mar del Plata no cuenta con un Hospital psiquiátrico monovalente, por lo que creemos válido comparar las condiciones de la atención de SM con la experiencia de

---

<sup>39</sup> Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). “Vidas arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos.” Editorial Siglo XXI. Pág. 135.

Trieste, que ya no cuenta con Hospital Psiquiátrico desde hace casi tres décadas. Si Trieste, ciudad de 250.000 habitantes cuenta con:7 centros de SM, que brindan prestación ambulatoria en consultorio externo y domiciliaria; prestación de Hospital de Día y atención farmacológica, entre otras; Mar del Plata que tiene aproximadamente 700.000 habitantes, debería contar con no menos de 20 centros de SM. En cambio nuestra realidad, permite entrever que no contamos con tales dispositivos terapéuticos, motivo por el que se puede exponer que:

- La sobredemanda asistencial de un servicio de atención de agudos, como el del HIGA, está dada por la falta de otras alternativas terapéuticas, donde se contemplen las capacidades remanentes y se construyan acciones de desarrollo a nivel comunitario. (nivel intermedio de atención, centro de día, casas de medio camino).
- El ámbito de atención sanitaria público, se halla crónicamente desbordado.
- En el mismo hay exceso de pacientes crónicos y nuevos pacientes provenientes de todos los niveles de atención.
- No ha habido reconocimiento ni previsión en adoptar políticas de Estado, previas a la crisis económica.
- Hay déficit de profesionales, principalmente psiquiatras.
- Escasez de recursos municipales.
- Falta de dispositivos terapéuticos adecuados.
- Aumento global de demanda de atención, que no ha sido acompañado por una reforma política sanitaria acorde a esta situación.
- No hay nivel intermedio entre hospital y centros de salud.
- Falta de interacción entre Nación y Provincia: llegan los programas pero no se pueden concretar, debido a la insuficiencia de recursos.
- Complejidad de incorporar a la salud mental, en la atención primaria de salud.

- Concentración de los recursos en las grandes instituciones monovalentes y en las grandes ciudades.
- Grado de deterioro avanzado en las personas que deambulan por varias instituciones y no encuentran un dispositivo que las cubra.

El Dr. Hugo Cohen<sup>40</sup>, en estudios realizados sobre la atención sanitaria en SM, manifestó la situación de las personas con trastorno mental severo en Argentina y Centroamérica:

- De 100 personas con esta problemática, el 10% llega a instituciones de salud, de las cuales la mitad llega a instituciones especiales y de estas, sólo la mitad recibe tratamiento adecuado.
- En los países desarrollados, entre el 35 y el 50% no recibe tratamiento adecuado a su patología. En los países subdesarrollados, este porcentaje oscila entre el 76 y el 86%.
- En algunos países de Centroamérica se observa un alto porcentaje de población que carece de acceso a tratamientos necesarios, a causa de las limitaciones existentes en el sistema de salud mental.
- En Argentina se destina el 2,5% del presupuesto nacional para la salud mental.

Teniendo en cuenta lo expuesto en el presente trabajo, al analizar los casos presentados, se pudo observar que:

- Las personas con padecimiento psíquico crónico que no cuentan con un Obra Social, dependen para su atención sanitaria, de su inclusión en el Sistema de SM público.

---

<sup>40</sup> Dr. Hugo Cohen, Asesor Sub-regional de SM para Sudamérica. "La Salud Mental en las Américas: Una reforma de mentalidad." OPS/OMS.

- Las que no cuentan con atención sanitaria en SM por consultorio externo, deambulan por distintas Instituciones de este medio, en busca de una satisfacción a su demanda.
- Las que no cuentan con un médico psiquiatra tratante, sólo pueden acceder a su atención si presentan una recaída en su cuadro de base, que derive en una internación en el Servicio de SM público.
- Las que cuentan con la cobertura de una Obra Social, requieren ser atendidas en el Servicio de SM público, debido a que estas no reconocen la prestación o bien se hacen cargo por un tiempo restringido de su atención.
- Dentro del sector público, el único establecimiento con que cuentan las personas para su atención, lo constituye el Servicio de SM del HIGA (sólo lo hace en la etapa aguda de la enfermedad).
- Las personas que presentan patologías duales (padecimiento mental y algún tipo de adicciones), no cuentan con un dispositivo terapéutico adecuado para su atención.

Esta problemática, se da como resultado de una mala asignación de los recursos existentes y de la falta de una planificación adecuada para la APS en SM.

La falta de una política integral e integradora de SM, lleva a que los profesionales e Instituciones, implementen estrategias de intervención capaces de cubrir esta falencia, en pos del derecho como ciudadanos que tienen las personas con padecimientos psíquicos, a obtener una atención sanitaria acorde a sus necesidades.

Desde el Servicio Social de la COA, se llevaron a cabo intervenciones directas con los representados y sus familiares, a través de entrevistas individualizadas en sede y domicilio, con el objetivo de *clarificar-apoyar, informar-educar, persuadir-influir, poner en relación-crear nuevas oportunidades y estructurar una relación de*

*trabajo con el asistido*, para que los mismos puedan transformar su realidad siendo los protagonistas principales de su propio cambio.

En relación a las intervenciones indirectas, desde la COA se gestionaron los trámites pertinentes para la obtención de beneficios a favor de los representados (pensión graciable; subsidio asistencial; inclusión en el Plan Alimentario; entre otras). En cuanto a la atención sanitaria en SM, se establecieron contactos con las diferentes Instituciones Nacionales y Municipales encargadas de la APS en SM, solicitando la designación de un médico tratante.

Desde nuestro rol de Trabajadores Sociales, debemos tomar conciencia que a través de estas intervenciones sistemáticas y estratégicas, se puede dar una respuesta (aunque no suficiente) que ayude a la persona a tener un tratamiento digno y continuado.

Cabe destacar, que si no se da un cambio en las políticas sanitarias, estas intervenciones quedarán relegadas a una satisfacción de lo meramente inmediato y puntual.

Argentina cuenta con los recursos necesarios, para apuntar a un cambio en la manera en que se prestan los Servicios de SM públicos, entre los que podemos destacar: amplia base de profesionales de SM; modelos de reforma de SM; leyes progresistas que favorecen la promoción de la atención de SM en la atención primaria, entre otros. Para que este cambio se lleve adelante, hace falta un verdadero compromiso tanto de profesionales de la SM, como de políticos y de la comunidad toda, a favor del derecho que tienen las personas con padecimientos psíquicos a recibir atención sanitaria, según sus necesidades.

Lo hasta aquí expuesto, nos lleva a afirmar que el tratamiento de la patología mental crónica, requiere acciones de sostén que apunten fundamentalmente a la organización de la vida cotidiana. Las personas con padecimientos mentales

crónicos, tienen derecho a recibir una atención digna y adecuada, y a la preservación de sus derechos ciudadanos frente a las decisiones que puedan tomarse en relación a la prescripción de tratamiento o la indicación de internación.

## BIBLIOGRAFIA

- ALDAY, M. Angélica, RAMLIAK de BRATTI, N. L. y NICOLINI, G. M. "El Trabajo Social en el Servicio de Justicia, Aportes desde y para la Intervención". Ed. Espacio. 2001.
- ALVARADO, C. "El Trabajo Social, una profesión en la encrucijada"; en *Selecciones del Servicio Social*, S. IX, n28. Bs. As., pág. 17 .
- AMICO, L. "Desmanicomialización: Hacia una transformación de dispositivos hegemónicos en salud mental". Ver en [www.margen.org/margen35/amico](http://www.margen.org/margen35/amico)
- ANDER-EGG. "Técnicas de investigación social". Ed. Humanitas. 21º edición. Bs. As.. Argentina. Mayo 1997.
- BIESA, M; CARROZA,C; CASTELVETRI, J. "La intervención del Trabajador Social en la gestión de recursos materiales, para el desarrollo y sostén de la calidad de vida de las personas con padecimientos psíquicos" . Tesis de Grado de la carrera Lic. en Servicio Social. UNMDP. Año 2004.
- CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES y SOCIALES(CELS). "Vidas Arrasadas:La segregación delas personas en los asilos psiquiátricos argentinos". Ed. Siglo XX.
- COHEN, H. Asesor Sub-regional de SM para Sudamérica. "La Salud Mental en las Américas. Una reforma de mentalidad." OPS/OMS.
- DE ROBERTIS, C. y PASCAL H. "La Institución Colectiva en Trabajo Social". Ed. El Ateneo. 1994.
- DE ROBERTIS, C. "Metodología de la Intervención en Trabajo Social.". Ed. El Ateneo. Bs. As. 1988.
- DELL AGLIO, M.; "La Práctica del Perito Trabajador Social: Una propuesta metodológica de intervención social "; Ed: Espacio. 2004.

- ERIC ROSENTHAL; Clarence Sundram International. Human Rights in Mental Health Legislation, 21 N. Y. L. Sch: J. Int. L. comp. L. 469,504 (2002)
- FALEIROS, P. "Metodología e Ideología del Trabajo Social". Editorial Humanitas. 4º Edición. Buenos Aires. 1992.
- FALEIROS VICENTE de PAULA. "Espacio Institucional y Espacio Profesional en Trabajo Social e Instituciones". Editorial Humanitas. 1986.
- FARAONE, S. "Políticas en Salud Mental". en revista Margen. Edición 7/8 abril de 1995.
- GALENDE, E. "Situación actual de la Salud Mental en Argentina". En revista Salud, problemas y debate. Año IX. Nº 17. Buenos Aires. 1997
- GALENDE, E. "Psicoanálisis y Salud Mental. de un horizonte incierto". Editorial Paidós. Buenos Aires. 1997
- GARCÍA SALORD, S. "Especificidad y rol en Trabajo Social". Editorial. Lumen-Humanitas. Argentina 1998.
- GAVEGLIO, S.; MANERO, E. Desarrollos de la teoría política contemporánea. Ed. Homo Sapiens. Buenos Aires. 1996
- GIMENEZ, C. "La problemática habitacional, en la integración comunitaria de personas con padecimiento psíquico severo. Estrategias de intervención." Tesis de grado de la carrera de Licenciatura en Servicio Social. UNMDP. Año 2007
- GIOVANNA DEL GIUDICE. "Las estructuras residenciales en el Departamento de Salud Mental" DSM. Servizio Abilitazione Residenciale. Trieste 1997
- GOFFMAN, E. "Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales". Editorial Amarrortu. Buenos Aires. 1980

- HAMILTON, G. "Teoría y Práctica del Trabajo Social de Casos". Ed. La Prensa Médica Mexicana S. A. 1960.
- HENRI Ey., BERNARD, P., BRISSET, Ch. "Tratado de psiquiatría". Ed. Toray. Masson. 8ª edición. España 1998.
- Hospital Nacional de Psiquiatra y Salud Mental. Dr. Manuel Montes de Oca. Actualizaciones en Salud Mental en Revista Informativa. Año 3 N° 1. Año 2000.
- KISNERMAN, N. "Pensar el Trabajo Social". Ed. Lumen-Humanitas. 1998
- KISNERMAN, N; MUÑOZ, D. "Quién le teme a la sistematización". Editorial. Lumen-Humanitas. Buenos Aires. Argentina. Agosto 1996.
- KISNERMAN, N. "Teoría y Practica del Trabajo Social. Tomo 1 .Introducción al Trabajo Social". Editorial Humanitas. Buenos Aires. 1984.
- MARTINO, M; INDA, A: Proyecto "Casas de Convivencia". Centro de Promoción Social. Mar del Plata. Bs. As. Argentina. 2006.
- MENDEZ, Rubens. "Trabajo Social en el campo de la Salud mental. La práctica del Trabajo Social y el despliegue de sus condiciones de posibilidad en el campo de la salud Mental". Editorial Mundo. Impresos. Mar del Plata 2006
- PICHÓN RIVIERE. "Proceso Grupal". Editorial Nueva Visión. Buenos Aires. 1985.
- RICON, L. Et. al. Problemas del campo de la Salud Mental. Paidos. Buenos Aires 1995.
- ROBLES, C. "La intervención pericial en Trabajo Social. Orientaciones teórico – prácticas para la tarea forense". Ed. Espacio. Buenos Aires. 2004
- RODRIGUEZ GONZÁLEZ, A.; GOURÁN GONZÁLEZ, F.; AGUIRRE, M. "Rehabilitación e inserción social de enfermos mentales crónicos sin hogar".

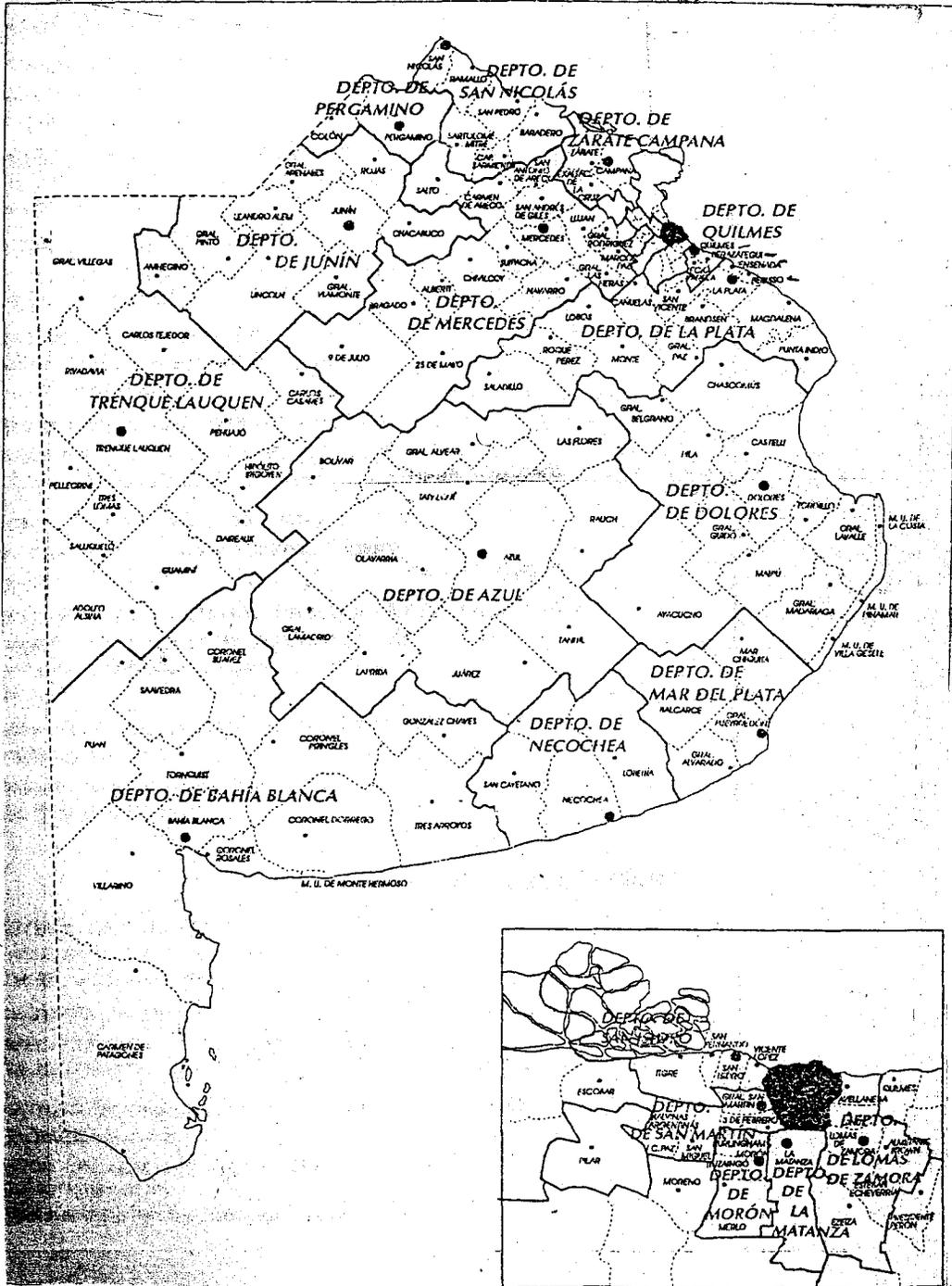
Trabajo publicado en la revista "Intervención psicosocial" del colegio de psicólogos. Delegación Madrid. Febrero 1998. número monográfico sobre "Personas sin hogar". Publicado en el vol. 7 N° 1.

- TAUCAR, N. "Descripción de la realidad Socio-sanitaria local". Trabajo práctico N°1. Curso de Post-grado: Administración estratégica en Salud Mental. UNMDP. Octubre de 1996.
- TAUCAR, N. "El Asistente Social como perito, en el ámbito Judicial". Anuario del Departamento de Servicio Social de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Año 4. UNMDP. Mar del Plata. 1998.
- TAUCAR, N; MENDEZ, R. "Las Curadurías de Alienados-Un enfoque integrado". Tercer encuentro sobre Curadurías Oficiales. Comisión II. Noviembre de 1996

## **ANEXOS**

# Anexo I

## Mapa Judicial



## **Anexo II**

### **DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL –M.G.P.**

#### **HORARIOS DE PREADMISIÓN**

<b>CENTRO DE SALUD</b>	<b>ESPECIALIDAD</b>	<b>DÍA Y HORA</b>
U. S. AMEGHINO Luro N° 10052 TEL.487-6533	PSICOLOGÍA	Jueves 13.30 hs
U. S. ALTO CAMET Cura Brochero N° 3675 TEL. 469-8021	PSICOLOGÍA	Martes 8 hs Miércoles 7.30 hs
U. S. APAND Ruta 2 Mons. Zabala y Santa Cruz TEL. 478-4239	FONOAUDIOLOGÍA PSICOLOGÍA PSICOPEDAGOGÍA	Miércoles 13 hs Lunes 9 hs Lunes 9 hs Miércoles y Jueves 12 hs
SUBCENTRO BATÁN Calle 132 e/ 145 y 147 TEL. 464-2111	PSICOLOGÍA	Lunes y Miércoles 8.30 a 9.30 hs
SUBCENTRO BELGRANO Calle 222 y 33 TEL. 465-0343/2913	PSICOLOGÍA  T. OCUPACIONAL	Lunes 8hs Viernes 9 hs  Lunes 8 hs
U. S. CENTENARIO Tierra del Fuego N° 3116 TEL. 474-4327	PSICOLOGÍA  T. OCUPACIONAL	Martes 8.30 hs (niños) Miércoles 13 hs (adultos) Martes de 9 a 11 hs

<p>C. DE SALUD N°2 Guanahani N° 4546 TEL. 480-3088 (Interno 7847 / 6563)</p>	<p>FONOAUDIOLOGÍA PSICOLOGÍA PSICOPEDAGOGÍA T. OCUPACIONAL</p>	<p>Lunes 11 hs Lunes 12 hs Jueves 8.30 hs Martes 9.30 hs Lunes 11 hs</p>
<p>U. S. COHELO MEYRELLES A. KORN N° 2279 TEL.489-2006</p>	<p>PSICOLOGÍA T. OCUPACIONAL</p>	<p>Lunes 9 hs Viernes 13.30 hs Lunes a Viernes de 8 a 12 hs p/solicitar turno</p>
<p>IREMI San Martín N° 3752 TEL. 499-7708 (hasta diciembre de 2008 se atiende en Jara N° 1661, por refacciones en el edificio de IREMI)</p>	<p>FONOAUDIOLOGÍA PSICOLOGÍA PSICOPEDAGOGÍA T. OCUPACIONAL</p>	<p>Miércoles 7.30 hs Lunes 12 hs Miércoles 9 hs y 13 hs Jueves 13 hs Viernes 8 hs Miércoles 8 hs Jueves 12 hs Viernes 8 hs Jueves 8 hs</p>
<p>CENTRO JARA Jara ° 1661 TEL. 474-4462</p>	<p>T. OCUPACIONAL Consultar Integr. Sensorial</p>	<p>Lunes Martes y Jueves de 8 a 12 hs Solicitar turno telefónic. o personalmente</p>
<p>U. S. LA PEREGRINA Ruta 226 km 17 TEL. 463-1008</p>	<p>PSICOLOGÍA</p>	<p>Lunes 13 hs</p>

<b>U.S, LAS AMÉRICAS</b> Calle 202 N° 360 TEL. 465-0295	<b>PSICOLOGÍA</b>	Lunes 8 hs
<b>U. S. LAS HERAS</b> Heguilor N° 2750 TEL. 483-0566	<b>PSICOLOGÍA</b> <b>FONOAUDIOLOGÍA</b> <b>PSICOPEDAGOGÍA</b>  <b>T. OCUPACIONAL</b>	Jueves y Viernes 8 hs  Miércoles 8.30 hs  Miércoles Jueves y  Viernes 8 hs  Lunes a Viernes 8 hs
<b>SUBCENTRO</b> <b>LIBERTAD</b> Leguizamon N° 525 TEL. 487-3030	<b>FONOAUDIOLOGÍA</b>  <b>PSICOLOGÍA</b>  <b>PSICOPEDAGOGÍA</b>  <b>T. OCUPACIONAL</b>	Lunes 14 hs  Lunes 8.30 hs  Miércoles 12.30 hs  Lunes y Miércoles 9 hs  Martes Miércoles y  Viernes de 8 a12 hs
<b>SUBCENTRO</b> <b>EL MARTILLO</b> Génova N° 6657 TEL. 481-2337	<b>FONOAUDIOLOGÍA</b>  <b>PSICOLOGÍA</b>  <b>PSICOPEDAGOGÍA</b>	Miércoles 11 hs  Lunes 8 hs  Jueves 7.45 hs
<b>SUBCENTRO</b> <b>JORGE NEWBERY</b> Moreno N° 9375 TEL. 487-3401	<b>FONOAUDIOLOGÍA</b>  <b>PSICOLOGÍA</b>  <b>PSICOPEDAGOGÍA</b>   <b>T. OCUPACIONAL</b>	Lunes y Viernes 8 hs  Lunes y Martes 8 hs   Lunes de 9 a 10.30 hs  Jueves de 8.30 a 9.30 hs
<b>U. S. PLAYAS DEL SUR</b>	<b>PSICOLOGÍA</b>	Lunes de 8.15 a 10 hs

<b>Calle 11 N° 478</b> <b>467-2858</b>		
<b>U. S. SANTA RITA</b> <b>Guanahani N°7751</b> <b>TEL. 483-0385</b>	<b>PSICOLOGÍA</b>	<b>Lunes 10 hs</b>
<b>SEMDA-ADICCIONES</b> <b>Jara N° 1661</b> <b>TEL. 473-2037</b>		<b>Lunes a Viernes de 8 a</b> <b>15 hs</b>

## **Anexo III**

### ***Estructura organizativa***

#### **Autoridades:**

Curador General

Curador Oficial

Secretario y auxiliar letrado

Dos Peritos Trabajadores Sociales

Dos concurrentes de Servicio Social

Area contable: 1 contador y 1 administrativo

Area administrativa: 3 empleados: 1 oficial 1°; 1 auxiliar 6° y 1 auxiliar 4°

Mesa de entrada, correo y diligenciamiento: a cargo de 1 oficial 4°

Recurso para transporte: vehículo oficial y 1 chofer.

#### **Servicios que presta:**

Servicio Social

Patrocinio legal

Asesoramiento

Orientación/ Derivación

## **Anexo IV**

### **LEY 25.421**

#### **CREACION DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PRIMARIA DE SALUD MENTAL (APSM)**

**BUENOS AIRES, 4 de Abril de 2001**

**BOLETIN OFICIAL, 03 de Mayo de 2001**

**Vigentes**

**GENERALIDADES**

**CANTIDAD DE ARTICULOS QUE COMPONEN LA NORMA 8**

**TEMA**

**DERECHO A LA SALUD-SALUD PUBLICA-SALUD MENTAL-PROGRAMA  
DE ASISTENCIA PRIMARIA DE SALUD MENTAL:CREACION**

**El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso,  
etc., sancionan con fuerza de Ley:**

**ARTICULO 1 - Créase el Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental (APSM),  
que tendrá por función propiciar y coordinar las acciones que se derivan de la  
aplicación de la presente ley.El Ministerio de Salud es el organismo de aplicación de  
la misma.**

**ARTICULO 2 - Todas las personas tienen derecho a recibir asistencia primaria de  
salud mental, cuando lo demanden personalmente o a través de terceros, o a ser  
tributaria de acciones colectivas que la comprendan.**

**ARTICULO 3 - Las instituciones y organizaciones prestadoras de salud públicas y  
privadas deberán disponer, a partir de la reglamentación de la presente ley, los  
recursos necesarios para brindar asistencia primaria de salud mental a la población  
bajo su responsabilidad, garantizando la supervisión y continuidad de las acciones y  
programas.**

ARTICULO 4 - A los efectos de la presente ley, se entiende por atención primaria, prevención, promoción y protección de la salud mental, a la estrategia de salud basada en procedimientos de baja complejidad y alta efectividad, que se brinda a las personas, grupos o comunidades con el propósito de evitar el desencadenamiento de la enfermedad mental y la desestabilización psíquica, asistir a las personas que enferman y procurar la rehabilitación y reinserción familiar, laboral, cultural y social de los pacientes graves, luego de superada la crisis o alcanzada la cronificación.

ARTICULO 5 - Se consideran dispositivos y actividades del Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental, las que realizan los efectores del APSM y se detallan en el anexo I; todas las cuales se procurará integrar en las estrategias generales y específicas de APSM y Salud Pública.

ARTICULO 6 - NOTA DE REDACCION (VETADO POR DECRETO 465/01)

ARTICULO 7 - Invítase a las provincias a adherir a esta ley.

ARTICULO 8 - Comuníquese al Poder Ejecutivo.

FIRMANTES

PASCUAL-SAPAG-Flores Allende-Canals

ANEXO A: ANEXO I

artículo 1:

ATENCION PRIMARIA- Programas específicos de salud mental en la comunidad.-

Programas de salud mental que se hallan comprendidos en programas de salud en general, que desarrolla un equipo interdisciplinario.- Interconsulta en el equipo de salud.- Atención básica en salud mental a pacientes bajo programa.

PROMOCION Y

PROTECCION- Actividades dirigidas a poblaciones de riesgo que promuevan la participación, autonomía, sustitución de lazos de dependencia, desarrollo y

creatividad de las personas.- Creación de espacios alternativos para la capacitación

laboral y el establecimiento de lazos sociales.PREVENCION- Aplicación de los

recursos de promoción y protección para evitar situaciones específicas que se detectan en grupos de riesgo. Ejemplo: ludoteca, actividades recreativas y creativas, actividades comunitarias. Prevención terciaria, rehabilitación y reinserción social y familiar.- Acompañamiento terapéutico.- Talleres protegidos.- Casas de medio camino.- Hostales. Los organismos públicos de salud organizarán y coordinarán redes locales, regionales y nacionales ordenadas según criterios de complejidad creciente, que contemplen el desarrollo adecuado de los recursos para la atención primaria de salud mental, articulen los diferentes niveles y establezcan mecanismos de referencia y contrarreferencia que aseguren y normaticen el empleo apropiado y oportuno de los mismos y su disponibilidad para toda la población, acordando recursos uniformes que acompañen al paciente y posibiliten la comunicación, dentro de los límites que marcan la ética y los preceptos jurídicos.

Buenos Aires, 25 de febrero de 1999.-

# **LEY 153**

La Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

sanciona con fuerza de Ley

## **LEY BASICA DE SALUD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES**

### **TITULO I. DISPOSICIONES GENERALES**

#### **CAPÍTULO 1. OBJETO, ALCANCES Y PRINCIPIOS**

**Artículo 1º.- Objeto.** La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a la salud integral, mediante la regulación y ordenamiento de todas las acciones conducentes a tal fin.

**Artículo 2º. Alcances.** Las disposiciones de la presente ley rigen en el territorio de la Ciudad y alcanzan a todas las personas sin excepción, sean residentes o no residentes de la Ciudad de Buenos Aires.

**Artículo 3º. Definición.** La garantía del derecho a la salud integral se sustenta en los siguientes principios:

- a. La concepción integral de la salud, vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente.
- b. El desarrollo de una cultura de la salud así como el aprendizaje social necesario para mejorar la calidad de vida de la comunidad.

- c. La participación de la población en los niveles de decisión, acción y control, como medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo.
- d. La solidaridad social como filosofía rectora de todo el sistema de salud.
- e. La cobertura universal de la población;
- f. El gasto público en salud como una inversión social prioritaria;
- g. La gratuidad de las acciones de salud, entendida como la exención de cualquier forma de pago directo en el área estatal; rigiendo la compensación económica de los servicios prestados a personas con cobertura social o privada, por sus respectivas entidades o jurisdicciones
- h. El acceso y utilización equitativos de los servicios, que evite y compense desigualdades sociales y zonales dentro de su territorio, adecuando la respuesta sanitaria a las diversas necesidades.
- i. La organización y desarrollo del área estatal conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel;
- j. La descentralización en la gestión estatal de salud, la articulación y complementación con las jurisdicciones del área metropolitana, la concertación de políticas sanitarias con los gobiernos nacional, provinciales y municipales;
- k. El acceso de la población a toda la información vinculada a la salud colectiva y a su salud individual.
- l. La fiscalización y control por la autoridad de aplicación de todas las actividades que inciden en la salud humana.

## **CAPITULO 2. DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LAS PERSONAS.**

**Artículo 4º. Derechos. Enumeración. Son derechos de todas las personas en su relación con el sistema de salud y con los servicios de atención:**

- a. El respeto a la personalidad, dignidad e identidad individual y cultural;**
- b. La inexistencia de discriminación de orden económico, cultural, social, religioso, racial, de sexo, ideológico, político, sindical, moral, de enfermedad, de género o de cualquier otro orden;**
- c. La intimidad, privacidad y confidencialidad de la información relacionada con su proceso salud-enfermedad;**
- d. El acceso a su historia clínica y a recibir información completa y comprensible sobre su proceso de salud y a la recepción de la información por escrito al ser dado de alta o a su egreso;**
- e. Inexistencia de interferencias o condicionamientos ajenos a la relación entre el profesional y el paciente, en la atención e información que reciba;**
- f. Libre elección de profesional y de efector en la medida en que exista la posibilidad;**
- g. Un profesional que sea el principal comunicador con la persona, cuando intervenga un equipo de salud;**
- h. Solicitud por el profesional actuante de su consentimiento informado, previo a la realización de estudios y tratamientos;**
- i. Simplicidad y rapidez en turnos y trámites y respeto de turnos y prácticas.**
- j. Solicitud por el profesional actuante de consentimiento previo y fehaciente para ser parte de actividades docentes o de investigación;**
- k. Internación conjunta madre-niño;**

- l. En el caso de enfermedades terminales, atención que preserve la mejor calidad de vida hasta su fallecimiento;
- m. Acceso a vías de reclamo, quejas, sugerencias y propuestas habilitadas en el servicio en que se asiste y en instancias superiores;
- n. Ejercicio de los derechos reproductivos, incluyendo el acceso a la información, educación, métodos y prestaciones que los garanticen;
- o. En caso de urgencia, a recibir los primeros auxilios en el efector más cercano, perteneciente a cualquiera de los subsectores;

Artículo 5°. Garantía de derechos. La autoridad de aplicación garantiza los derechos enunciados en el artículo anterior en el subsector estatal, y verifica su cumplimiento en la seguridad social y en el subsector privado dentro de los límites de sus competencias.

Artículo 6°. Obligaciones. Las personas tienen las siguientes obligaciones en relación con el sistema de salud y con los servicios de atención:

- a. Ser cuidadosas en el uso y conservación de las instalaciones, los materiales y equipos médicos que se pongan a su disposición;
- b. Firmar la historia clínica, y el alta voluntaria si correspondiere, en los casos de no aceptación de las indicaciones diagnóstico-terapéuticas;
- c. Prestar información veraz sobre sus datos personales.

Artículo 7°. Información de derechos y obligaciones. Los servicios de atención de salud deben informar a las personas sus derechos y obligaciones.

### **CAPITULO 3. AUTORIDAD DE APLICACIÓN Y CONSEJO GENERAL DE SALUD**

Artículo 8°. Autoridad de aplicación. La autoridad de aplicación de la presente ley es el nivel jerárquico superior del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en materia de salud.

Artículo 9°. Consejo General de Salud. El Consejo General de Salud es el organismo de debate y propuesta de los grandes lineamientos en políticas de salud. Tiene carácter consultivo, no vinculante, honorario, de asesoramiento y referencia para el Gobierno de la Ciudad. Arbitra los mecanismos para la interacción de los tres subsectores integrantes del sistema de salud, y para la consulta y participación de las organizaciones vinculadas a la problemática sanitaria.

## **TITULO II. SISTEMA DE SALUD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES**

### **CAPITULO UNICO**

Artículo 10°. Sistema de Salud. Integración. El Sistema de Salud está integrado por el conjunto de recursos de salud de dependencia: estatal, de la seguridad social y privada que se desempeñan en el territorio de la Ciudad.

Artículo 11°. Recursos de Salud. Entiéndese por recurso de salud, toda persona física o jurídica que desarrolle actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, investigación y docencia, producción, fiscalización y control, cobertura de salud, y cualquier otra actividad vinculada con la salud humana, en el ámbito de la Ciudad.

Artículo 12°. Autoridad de aplicación. Funciones. La autoridad de aplicación conduce, controla y regula el sistema de salud. Son sus funciones:

- a. La formulación, planificación, ejecución y control de las políticas de salud de conformidad a los principios y objetivos establecidos en la presente ley y en la Constitución de la Ciudad;
- b. El impulso de la jerarquización de los programas y acciones de promoción y prevención en los tres subsectores;
- c. La organización general y el desarrollo del subsector estatal de salud, basado en la constitución de redes y niveles de atención;
- d. La descentralización del subsector estatal de salud, incluyendo el desarrollo de las competencias locales y de la capacidad de gestión de los servicios;
- e. La promoción de la capacitación permanente de todo el personal de los tres subsectores;
- f. La promoción de la salud laboral y la prevención de las enfermedades laborales de la totalidad del personal de los tres subsectores;
- g. La implementación de una instancia de información, vigilancia epidemiológica y sanitaria y planificación estratégica como elemento de gestión de todos los niveles;
- h. La articulación y complementación con el subsector privado y de la seguridad social;
- i. La regulación y control del ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud;
- j. La regulación, habilitación, categorización, acreditación y control de los establecimientos dedicados a la atención de la salud, y la evaluación de la calidad de atención en todos los subsectores;
- k. La regulación y control de la tecnología sanitaria;
- l. La regulación y control de la producción, comercialización y consumo de productos alimenticios, suplementos dietarios, medicamentos, insumos

- médico-quirúrgicos y de curación, materiales odontológicos, materiales de uso veterinario y zooterápicos, productos de higiene y cosméticos;
- m. La regulación y control de la publicidad de medicamentos y de suplementos dietarios y de todos los artículos relacionados con la salud;
  - n. La promoción de medidas destinadas a la conservación y el mejoramiento del medio ambiente;
  - o. La prevención y control de las zoonosis;
  - p. La prevención y control de las enfermedades transmitidas por alimentos;
  - q. La promoción y prevención de la salud bucal;
  - r. La regulación y control de la fabricación, manipulación, almacenamiento, venta, transporte, distribución, suministro y disposición final de sustancias o productos tóxicos o peligrosos para la salud de la población;
  - s. El control sanitario de la disposición de material anatómico y cadáveres de seres humanos y animales;
  - t. El desarrollo de un sistema de información básica y uniforme de salud para todos los subsectores, incluyendo el establecimiento progresivo de la historia clínica única;
  - u. La promoción e impulso de la participación de la comunidad;
  - v. La garantía del ejercicio de los derechos reproductivos de las personas, incluyendo la atención y protección del embarazo, la atención adecuada del parto, y la complementación alimentaria de la embarazada, de la madre que amamanta y del lactante;
  - w. El establecimiento de un sistema único frente a emergencias y catástrofes con la participación de todos los recursos de salud de la Ciudad;

- x. La articulación y complementación de las acciones para la salud con los municipios del conurbano bonaerense, orientadas a la constitución de un consejo y una red metropolitana de servicios de salud;
- y. La concertación de políticas sanitarias con el gobierno nacional, con las provincias y municipios.

### **TITULO III. SUBSECTOR ESTATAL DE SALUD**

#### **CAPITULO 1. DEFINICION Y OBJETIVOS**

Artículo 13º. Subsector estatal. Definición. El subsector estatal de la Ciudad está integrado por todos los recursos de salud dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por medio de los cuales se planifican, ejecutan, coordinan, fiscalizan y controlan planes, programas y acciones destinados a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de la población, sean ellas asistenciales directas, de diagnóstico y tratamiento, de investigación y docencia, de medicina veterinaria vinculada a la salud humana, de producción, de fiscalización y control.

Artículo 14º. Subsector estatal. Objetivos. Son objetivos del subsector estatal de salud:

- a. Contribuir a la disminución de los desequilibrios sociales, mediante el acceso universal y la equidad en la atención de la salud, dando prioridad a las acciones dirigidas a la población más vulnerable y a las causas de morbimortalidad prevenibles y reductibles;
- b. Desarrollar políticas sanitarias centradas en la familia para la promoción comunitaria de herramientas que contribuyan a disminuir la morbimortalidad

materno-infantil, promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis (6) meses de edad y continuada hasta el primer año de vida, con el agregado de alimentos complementarios, adecuados, oportunos y seguros, y generar condiciones adecuadas de nutrición; **(Conforme texto Art. 9º de la Ley N° 2.524, BOCBA N° 2832 del 14/12/2007)**

- c. Desarrollar políticas integrales de prevención y asistencia frente al VIH/SIDA, adicciones, violencia urbana, violencia familiar y todos aquellos problemas que surjan de la vigilancia epidemiológica y sociosanitaria;
- d. Desarrollar la atención integrada de los servicios e integral con otros sectores;
- e. Reconocer y desarrollar la interdisciplina en salud;
- f. Jerarquizar la participación de la comunidad en todas las instancias contribuyendo a la formulación de la política sanitaria, la gestión de los servicios y el control de las acciones;
- g. Asegurar la calidad de la atención en los servicios;
- h. Organizar los servicios por redes y niveles de atención, estableciendo y garantizando la capacidad de resolución correspondiente a cada nivel;
- i. Establecer la extensión horaria de los servicios y programas, y el desarrollo de la organización por cuidados progresivos, la internación domiciliaria, la cirugía ambulatoria y los hospitales de día, la internación prolongada sin necesidad de tecnología asistencial y demás modalidades requeridas por el avance de la tecnología de atención;
- j. Garantizar el desarrollo de la salud laboral, y de los comités de bioseguridad hospitalarios;
- k. Establecer la creación de comités de ética en los efectores;
- l. Descentralizar la gestión en los niveles locales del subsector, aportando los recursos necesarios para su funcionamiento;

- m. **Garantizar la educación permanente y la capacitación en servicio, la docencia e investigación en sus servicios;**
- n. **Desarrollar el presupuesto por programa, con asignaciones adecuadas a las necesidades de la población;**
- o. **Desarrollar una política de medicamentos, basada en la utilización de genéricos, y en el uso racional que garantice calidad, eficacia, seguridad y acceso a toda la población, con o sin cobertura;**
- p. **Instituir la historia clínica única para todos los efectores;**
- q. **Desarrollar un sistema de información que permita un inmediato acceso a la historia clínica única y a la situación de cobertura de las personas que demandan servicios, garantizando la confidencialidad de los datos y la no discriminación;**
- r. **Garantizar la atención integral de las personas con necesidades especiales y proveer las acciones necesarias para su rehabilitación funcional y reinserción social;**
- s. **Contribuir a mejorar y preservar las condiciones sanitarias del medio ambiente;**
- t. **Contribuir al cambio de los hábitos, costumbres y actitudes que afectan a la salud;**
- u. **Garantizar el ejercicio de los derechos reproductivos de las personas a través de la información, educación, métodos y prestaciones de servicios;**
- v. **Eliminar los efectos diferenciales de la inequidad sobre la mujer en la atención de salud;**
- w. **Desarrollar en coordinación con la Provincia de Buenos Aires y los municipios del Conurbano Bonaerense la integración de una red metropolitana de servicios de salud.**

## **CAPITULO 2. ORGANIZACIÓN**

**Artículo 15°.- Subsector Estatal. Organización General.** El subsector estatal de salud se organiza y desarrolla conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel; y la descentralización progresiva de la gestión dentro del marco de políticas generales, bajo la conducción político-técnica de la autoridad de aplicación.

**Artículo 16°.- Subsector estatal. Organización por niveles de atención.** La autoridad de aplicación debe contemplar la organización y control de las prestaciones y servicios del subsector estatal sobre la base de tres niveles de atención categorizados por capacidades de resolución.

**Artículo 17°.- Articulación de niveles.** La autoridad de aplicación garantiza la articulación de los tres niveles de atención del subsector estatal mediante un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia con desarrollo de redes de servicios, que permita la atención integrada y de óptima calidad de todas las personas.

**Artículo 18°.- Primer nivel. Definición.** El primer nivel de atención comprende todas las acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias.

**Artículo 19°.- Primer nivel. Organización.** Son criterios de organización del primer nivel de atención:

- a. Constituir la puerta de entrada principal y el área de seguimiento de las personas en las redes de atención;

- b. Coordinar e implementar en su ámbito el sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria;
- c. Garantizar la formación de equipos interdisciplinarios e intersectoriales;
- d. Realizar las acciones de promoción, prevención, atención ambulatoria, incluyendo la internación domiciliaria, y todas aquéllas comprendidas en el primer nivel según la capacidad de resolución establecida para cada efector;
- e. Promover la participación comunitaria;
- f. Garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades de atención, estableciendo articulaciones horizontales y con los otros niveles, con criterio de redes y mecanismos de referencia y contrarreferencia;
- g. Elaborar el anteproyecto de presupuesto basado en la programación de actividades;
- h. Identificar la cobertura de las personas y efectuar la facturación a terceros responsables de acuerdo a los mecanismos que se establezcan.

**Artículo 20°.- Segundo nivel. Definición.** El segundo nivel de atención comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquéllas que requieran internación.

**Artículo 21°.- Segundo nivel. Organización.** Son criterios de organización del segundo nivel de atención:

- a. Constituir el escalón de referencia inmediata del primer nivel de atención;
- b. Garantizar la atención a través de equipos multidisciplinarios;
- c. Participar en la implementación y funcionamiento del sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria;

- d. Realizar las acciones de atención de especialidades, de internación de baja y mediana complejidad, de diagnóstico y tratamiento oportuno, de rehabilitación, y todas aquellas comprendidas en el nivel y según la capacidad de resolución establecida para cada efector;
- e. Desarrollar nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria, la internación domiciliaria y el hospital de día;
- f. Garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades de atención, estableciendo articulaciones horizontales y con los otros niveles, con criterio de redes y mecanismos de referencia y contrareferencia;
- g. Elaborar el anteproyecto de presupuesto basado en la programación de actividades;
- h. Identificar la cobertura de las personas y efectuar la facturación a terceros responsables de acuerdo a los mecanismos que se establezcan.

Artículo 22°.- Tercer nivel. Definición. El tercer nivel de atención comprende todas las acciones y servicios que por su alta complejidad médica y tecnológica son el último nivel de referencia de la red asistencial.

Artículo 23°.- Tercer nivel. Organización. Son criterios de organización del tercer nivel de atención:

- a. Garantizar la óptima capacidad de resolución de las necesidades de alta complejidad a través de equipos profesionales altamente especializados;
- b. Participar en la implementación y funcionamiento del sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria;

- c. Establecer articulaciones con los otros niveles y con otros componentes jurisdiccionales y extrajurisdiccionales del propio nivel, a fin de garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades de atención;
- d. Elaborar el anteproyecto de presupuesto basado en la programación de actividades;
- e. Identificar la cobertura de las personas y efectuar la facturación a terceros responsables de acuerdo a los mecanismos que se establezcan.

**Artículo 24º.- Efectores. Definición.** Los efectores son los hospitales generales de agudos, hospitales generales de niños, hospitales especializados, centros de salud polivalentes y monovalentes, médicos de cabecera, y toda otra sede del subsector estatal en la que se realizan acciones de salud.

**Artículo 25º.-Efectores. Organización general.** Los efectores deben adecuar la capacidad de resolución de sus servicios a los niveles requeridos por las necesidades de las redes locales y jurisdiccionales.

**Artículo 26º.- Efectores. Descentralización.** La autoridad de aplicación debe desarrollar la descentralización administrativa de los efectores dirigida al incremento de sus competencias institucionales en la gestión operativa, administrativo-financiera y del personal, manteniendo y fortaleciendo la integridad del sistema a través de las redes.

**Artículo 27º.- Subsector estatal. Organización territorial.** El subsector estatal de salud se organiza territorialmente en unidades de organización sanitaria denominadas regiones sanitarias, integradas cada una de ellas por unidades locales o áreas de salud.

**Artículo 28°.- Regiones sanitarias. Número y delimitación.** La autoridad de aplicación debe establecer regiones sanitarias en un número no menor de tres (3), orientándose a desarrollar la capacidad de resolución completa de la red estatal en cada una de las mismas, coordinando y articulando los efectores de los tres subsectores, y contemplando la delimitación geográfico-poblacional basada en factores demográficos, socioeconómicos, culturales, epidemiológicos, laborales, y de vías y medios de comunicación.

**Artículo 29°.** Regiones sanitarias. **Objetivo.** Las regiones sanitarias tienen como objetivo la programación, organización y evaluación de las acciones sanitarias de sus efectores. Tienen competencia concurrente en la organización de los servicios de atención básica y especializada según la capacidad de resolución definida para las mismas, y en su articulación en redes locales, regionales e interregionales con los servicios de mayor complejidad.

**Artículo 30°.- Regiones sanitarias. Conducción y Consejos regionales.** Cada región sanitaria está conducida por un funcionario dependiente de la autoridad de aplicación, y establece un consejo regional integrado por representantes de los efectores, de las áreas de salud, de los trabajadores profesionales y no profesionales, y de la comunidad.

**Artículo 31°.- Áreas de Salud. Lineamientos.** Las áreas de salud se desarrollan en base a los siguientes lineamientos:

- a. Responden a una delimitación geográfico-poblacional y tenderán a articularse con las futuras comunas;
- b. Son la sede administrativa de las competencias locales en materia de salud;
- c. Son conducidas y coordinadas por un funcionario de carrera;

- d. Constituyen un Consejo Local de Salud, integrado por representantes de la autoridad de aplicación, de los efectores y de la población del área;
- e. Analizan las características socioepidemiológicas locales, pudiendo proponer la cantidad y perfil de los servicios de atención.

### **CAPITULO 3. FINANCIACION**

**Artículo 32°.- Presupuesto de Salud.** El funcionamiento y desarrollo del subsector estatal, y la regulación y control del conjunto del sistema de salud, se garantizan mediante la asignación y ejecución de los recursos correspondientes al presupuesto de salud.

**Artículo 33°.- Recursos.** Los recursos del presupuesto de salud son:

- a. Los créditos presupuestarios asignados para cada ejercicio deben garantizar el mantenimiento y desarrollo de los servicios y programas;
- b. Los ingresos correspondientes a la recaudación por prestación de servicios y venta de productos a terceros por parte del subsector estatal. Todo incremento de estos recursos constituye un aumento de los recursos para la jurisdicción;
- c. Los ingresos resultantes de convenios de docencia e investigación;
- d. Los aportes provenientes del Gobierno Nacional para ser destinados a programas y acciones de salud;
- e. Los préstamos o aportes nacionales e internacionales;
- f. Las herencias, donaciones y legados.

**Artículo 34°.- Fondo de redistribución.** Los ingresos señalados en los incisos b) y c) del artículo anterior corresponden al efector que realiza la prestación, excepto un

porcentaje que integra un fondo de redistribución presupuestaria destinado a equilibrar y compensar las situaciones de desigualdad de las diferentes áreas y regiones.

**Artículo 35°.- Presupuesto. Lineamientos.** La autoridad de aplicación elabora, ejecuta y evalúa el presupuesto de salud en el marco de los siguientes lineamientos:

- a. La jerarquización del primer nivel de atención, con individualización de las asignaciones presupuestarias y su ejecución;
- b. La identificación y priorización de acciones de impacto epidemiológico y de adecuada relación costo/efectividad;
- c. La incorporación de la programación local y del presupuesto por programa como base del proyecto presupuestario;
- d. La descentralización de la ejecución presupuestaria;
- e. La definición de políticas de incorporación tecnológica;
- f. El desarrollo de la planificación plurianual de inversiones;
- g. La participación de la población en la definición de las prioridades presupuestarias en los diversos programas.

#### **CAPITULO 4. ORGANIZACIÓN DEL PERSONAL**

**Artículo 36°.- Estatuto Sanitario.** El personal del subsector estatal de salud se encuentra bajo el régimen de un estatuto sanitario en el marco de lo establecido por el Art. 43 de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires.

**Artículo 37°.- Estatuto Sanitario. Lineamientos.** El estatuto sanitario debe basarse en los siguientes lineamientos:

- a. Comprende a la totalidad del personal del subsector estatal de salud, y contempla las cuestiones específicas de cada agrupamiento;
- b. Garantiza igualdad de posibilidades para el ingreso, promoción y acceso a los cargos de conducción, reconoce la antigüedad e idoneidad, y asegura un nivel salarial adecuado;
- c. Los ingresos y ascensos son exclusivamente por concurso;
- d. Establece la periodicidad de los cargos de conducción;
- e. El retiro está reglado por el régimen de jubilaciones correspondiente;
- f. Reconoce la necesidad y el derecho a la capacitación permanente, y fija los mecanismos;
- g. Contempla prioritariamente la protección de la salud en el ámbito laboral;
- h. Establece la obligatoriedad del examen de salud anual y los mecanismos para su realización.

## **CAPITULO 5. DOCENCIA E INVESTIGACION**

Artículo 38º.- Consejo de investigación de salud. Creación. El Poder Ejecutivo debe remitir a la Legislatura, un proyecto de creación de un consejo de investigación de salud, como organismo de conducción y coordinación de la actividad de investigación en el sistema de salud.

Artículo 39º.- Consejo de investigación de salud. Lineamientos. El consejo de investigación de salud debe organizarse bajo los siguientes lineamientos:

- a. Propicia la investigación científica en el sistema de salud y su integración con la actividad asistencial, y promueve la orientación al abordaje de los problemas de salud prioritarios;

- b. Autoriza y fiscaliza todo plan de investigación en el subsector estatal, tomando en consideración lo dispuesto en los incisos b) y c) del artículo 33. Los convenios de investigación con instituciones públicas o privadas deberán asegurar al subsector estatal una participación en los resultados científicos y económicos;
- c. Favorece el intercambio científico, nacional e internacional;
- d. Otorga becas de investigación y perfeccionamiento, en el país o en el extranjero, para el desarrollo de proyectos;
- e. Realiza convenios con organismos similares, tanto en el orden nacional como en el internacional;
- f. Propone la creación de la carrera de investigador en salud;
- g. Constituye una instancia de normatización y evaluación ética en investigación;
- h. Institucionaliza la cooperación técnica con Universidades nacionales y entidades académicas y científicas;
- i. Promueve la creación y coordina el funcionamiento de comités de investigación en los efectores.

**Artículo 40°.- Docencia. Lineamientos.** La autoridad de aplicación adoptará las medidas necesarias para posibilitar y priorizar la actividad docente de grado y posgrado en todas las disciplinas relacionadas en el ámbito del subsector estatal de salud, bajo los siguientes lineamientos:

- a. La promoción de la capacitación permanente y en servicio;
- b. La inclusión de todos los integrantes del equipo de salud;
- c. El enfoque interdisciplinario;
- d. La calidad del proceso enseñanza-aprendizaje;
- e. La articulación mediante convenio con los entes formadores;

- f. La jerarquización de la residencia como sistema formativo de postgrado;
- g. El desarrollo de becas de capacitación y perfeccionamiento;
- h. La promoción de la capacitación en salud pública, acorde con las prioridades sanitarias.

## **TITULO IV. REGULACION Y FISCALIZACION**

### **CAPITULO UNICO**

Artículo 41°.- Regulación y fiscalización. Funciones generales. La autoridad de aplicación ejerce la regulación y fiscalización de los subsectores de la seguridad social y privado, del ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud, de la acreditación de los servicios, de lo atinente a medicamentos, alimentos, tecnología sanitaria, salud ambiental y todo otro aspecto que incida sobre la salud.

Artículo 42°.- Subsector privado. Fiscalización. Los prestadores del subsector privado son fiscalizados y controlados por la autoridad de aplicación en los aspectos relativos a condiciones de habilitación, categorización, acreditación, funcionamiento y calidad de atención de establecimientos sanitarios; y a condiciones de ejercicio de los equipos de salud actuantes.

Artículo 43°.- Subsector privado. Entes financiadores. Los entes privados de financiación de salud, ya sean empresas de medicina prepaga, de seguros, aseguradoras de riesgos del trabajo, de medicina laboral, mutuales y entidades análogas, deben abonar las prestaciones brindadas a sus adherentes por el subsector estatal de salud; por los mecanismos y en los plazos que establezca la reglamentación. Dicha obligación se extiende a las prestaciones de urgencia.

**Artículo 44°.- Seguridad social. Fiscalización.** Los prestadores propios del subsector de la seguridad social son fiscalizados y controlados por la autoridad de aplicación en los aspectos relativos a condiciones de habilitación, acreditación, funcionamiento y calidad de atención de establecimientos sanitarios; y a condiciones de ejercicio de los equipos de salud actuantes.

**Artículo 45°.- Seguridad social. Prestaciones estatales.** La seguridad social debe abonar por las prestaciones brindadas a sus beneficiarios por el subsector estatal de salud sin necesidad de autorización previa; por los mecanismos y en los plazos que establezca la reglamentación. Dicha obligación se extiende a las prestaciones de urgencia.

**Artículo 46°.- Seguridad social. Reclamos por prestaciones estatales.** Los efectores del subsector estatal de salud están facultados para reclamar ante el organismo nacional correspondiente, el pago de las facturas originadas en prestaciones brindadas a los beneficiarios de las obras sociales, cumplidos los plazos y por los mecanismos que establezca la reglamentación.

**Artículo 47°.- Padrones de beneficiarios.** La autoridad de aplicación debe arbitrar todos los medios que permitan mantener actualizados los padrones de beneficiarios y adherentes de los entes financiadores de salud de cualquier naturaleza.

**Artículo 48.- Legislación específica.** La presente ley se complementa con legislación específica en los siguientes temas:

- a. Consejo General de Salud;
- b. Ejercicio profesional;
- c. Salud mental, que contempla los siguientes lineamientos:

1. El respeto a la singularidad de los asistidos, asegurando espacios adecuados que posibiliten la emergencia de la palabra en todas sus formas;
  2. Evitar modalidades terapéuticas segregacionistas o macificantes que impongan al sujeto ideales sociales y culturales que no le fueran propios;
  3. La desinstitucionalización progresiva se desarrolla en el marco de la ley, a partir de los recursos humanos y de la infraestructura existentes. A tal fin se implementarán modalidades alternativas de atención y reinserción social, tales como casas de medio camino, talleres protegidos, comunidades terapéuticas y hospitales de día;
- d. Régimen marco de habilitación, categorización y acreditación de servicios;
  - e. Medicamentos y tecnología sanitaria; que garantice la calidad, eficacia, seguridad y acceso del medicamento, la promoción del suministro gratuito de medicamentos básicos a los pacientes sin cobertura, y el uso de genéricos;
  - f. Trasplante de órganos y material anatómico, que contempla la creación del organismo competente jurisdiccional, la promoción de la donación y el desarrollo de los servicios estatales;
  - g. Régimen regulatorio de sangre, sus componentes y hemoderivados asegurando el abastecimiento y la seguridad transfusional;
  - h. Régimen regulatorio integral de alimentos en su relación con la salud;
  - i. Régimen integral de prevención de VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual, incluyendo los mecanismos de provisión de medicamentos específicos;
  - j. Régimen de atención integral para las personas con necesidades especiales;
  - k. Salud reproductiva y procreación responsable;

- l. Salud escolar;
- m. Salud laboral;
- n. Telemática en salud;
- o. Identificación del recién nacido;

Artículo 49.- Comuníquese, etc.

ANIBAL IBARRA

MIGUEL ORLANDO GRILLO

## **Ley 448**

### **LEY DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES LEY 448**

#### **TÍTULO I**

#### **LA SALUD MENTAL EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES**

##### **Capítulo I**

##### **Disposiciones generales**

**Artículo 1º.- [Objeto]** La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a la salud mental de todas las personas en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

**Artículo. 2º.- [Principios]** La garantía del derecho a la salud mental se sustenta en:

Lo establecido por la Ley Básica de Salud N° 153 en el Artículo 3º y en el

Artículo 48 in

El reconocimiento de la salud mental como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, y está vinculada a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la capacitación y a un medio ambiente saludable. La salud mental es inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio-cultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo;

El desarrollo con enfoque de redes de la promoción, prevención, asistencia, rehabilitación, reinserción social y comunitaria, y la articulación efectiva de los recursos de los tres subsectores;

La intersectorialidad y el abordaje interdisciplinario en el desarrollo del Sistema de Salud Mental.

La articulación operativa con las instituciones, las organizaciones no gubernamentales, la familia y otros recursos existentes en la comunidad, a fin de multiplicar las acciones de salud y facilitar la resolución de los problemas en el ámbito comunitario;

La internación como una modalidad de atención, aplicable cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios;

El respeto a la pluralidad de concepciones teóricas en salud mental

La función del Estado como garante y responsable del derecho a la salud mental individual, familiar, grupal y comunitaria. Evitando políticas, técnicas y prácticas que tengan como fin el control social.

Artículo 3° [Derechos]. Son derechos de todas las personas en su relación con el Sistema de Salud Mental:

Los establecidos por la Constitución Nacional, la Convención de los Derechos del Niño y demás tratados internacionales, la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, y la Ley N° 153 en su artículo 4°;

A la identidad, a la pertenencia, a su genealogía y a su historia;

El respeto a la dignidad, singularidad, autonomía y consideración de los vínculos familiares y sociales de las personas en proceso de atención;

A no ser identificado ni discriminado por padecer o haber padecido un malestar psíquico;

A la información adecuada y comprensible, inherente a su salud y al tratamiento, incluyendo las alternativas para su atención;

A la toma de decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento;

La atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos y sociales;

El tratamiento personalizado y la atención integral en ambiente apto con resguardo de su intimidad;

La aplicación de la alternativa terapéutica más conveniente y que menos limite su libertad;

La rehabilitación y la reinserción familiar, laboral y comunitaria;

A la accesibilidad de familiares u otros, en el acompañamiento de los niños, niñas y adolescentes internados, salvo que mediare contraindicación profesional

## Capítulo II

### Autoridad de aplicación

Artículo 4º [Autoridad de aplicación] La autoridad de aplicación de la presente Ley es el nivel jerárquico superior del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en materia de Salud Mental.

Artículo 5º [Autoridad de aplicación. Funciones] La autoridad de aplicación conduce, regula y controla el Sistema de Salud Mental. Son sus funciones:

La formulación, planificación, ejecución y control de las políticas de salud mental de conformidad a los principios y objetivos establecidos en la presente Ley;

La elaboración del Plan de Salud Mental;

La conducción, coordinación y regulación del Sistema de Salud Mental;

La habilitación y control de los establecimientos y servicios de salud mental de los tres subsectores y la evaluación de la calidad de las prestaciones;

La regulación y control del ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud mental, de conformidad con la legislación vigente;

El desarrollo de un sistema de información, vigilancia epidemiológica y planificación estratégica como elemento de gestión del Sistema;

La promoción de la capacitación de todo el personal que desarrolle actividades de salud mental en los tres subsectores;

La articulación de políticas y actividades de salud mental con los municipios del Conurbano Bonaerense, orientados a la constitución de una red metropolitana de servicios de salud mental;

La concertación de políticas de salud mental con los gobiernos nacional y provinciales;

Todas las acciones que garanticen los derechos relativos a la salud mental de todas las personas;

Convocar al Consejo General de Salud Mental no menos de seis veces al año para el tratamiento de los temas con referencia a sus funciones;

Elaborar anualmente el presupuesto operativo de Salud Mental, a fin de garantizar la estimación y previsión de los fondos suficientes para: los gastos operativos, la readecuación de los actuales servicios y la construcción e implementación de la estructura inexistente y necesaria. El mismo deberá contemplar la totalidad de los efectores individualizados en la presente Ley.

Artículo 6º [Consejo General de Salud Mental] La autoridad de aplicación crea y coordina un Consejo General de Salud Mental, de carácter consultivo, no vinculante, honorario, con funciones de asesoramiento integrado por representantes de:

trabajadores profesionales y no profesionales del subsector estatal;

asociaciones de asistidos y familiares; asociaciones sindicales con personería gremial; instituciones de formación;

instituciones académicas;

asociaciones profesionales;

la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires.

La autoridad de aplicación, invitará al Poder Judicial y a la Universidad de

Buenos Aires a integrarse al Consejo General.

Artículo 7º [Consejo General de Salud Mental. Funciones] Son funciones del

Consejo General de Salud Mental asesorar en:

la formulación de políticas, programas y actividades de salud mental;

la evaluación y seguimiento del Plan de Salud Mental;

los aspectos vinculados a cuestiones éticas;

los lineamientos generales de políticas en articulación con el Consejo General de Salud.

### Capítulo III

#### Sistema de Salud Mental

Artículo 8º [Sistema de Salud Mental. Integración] Está constituido por los recursos del Sistema de Salud Mental de los subsectores estatal, de seguridad social y privado que se desempeñan en el territorio de la Ciudad, en los términos del Art. 11 de la Ley 153.

Artículo 9º [Denominación] Se establece para todos los efectores y servicios del Sistema, la denominación uniforme “de Salud Mental”.

Artículo 10º [Sistema de Salud Mental. Lineamientos y acciones] La autoridad de aplicación debe contemplar los siguientes lineamientos y acciones en la conducción, regulación y organización del Sistema de Salud Mental.

La promoción de la salud mental de la población a través de la ejecución de políticas orientadas al reforzamiento y restitución de lazos sociales solidarios;

La prevención tendrá como objetivo accionar sobre problemas específicos de salud mental y los síntomas sociales que emergen de la comunidad;

La asistencia debe garantizar la mejor calidad y efectividad a través de un sistema de redes;

La potenciación de los recursos orientados a la asistencia ambulatoria, sistemas de internación parcial y atención domiciliaria, procurando la conservación de los vínculos sociales, familiares y la reinserción social y laboral;

La asistencia en todos los casos será realizada por profesionales de la salud mental certificados por autoridad competente;

La recuperación del bienestar psíquico y la rehabilitación de las personas asistidas en casos de patologías graves, debiendo tender a recuperar su autonomía, calidad de vida y la plena vigencia de sus derechos

La reinserción social mediante acciones desarrolladas en conjunto con las áreas de Trabajo, Educación, Promoción Social y aquellas que fuesen necesarias para efectivizar la recuperación y rehabilitación del asistido;

La conformación de equipos interdisciplinarios de acuerdo a las incumbencias específicas

Los responsables de los establecimientos asistenciales deben tener conocimiento de los recursos terapéuticos disponibles, de las prácticas asistenciales, de los requerimientos de capacitación del personal a su cargo, instrumentando los recursos necesarios para adecuar la formación profesional a las necesidades de los asistidos.

Artículo 11° [Organización] El Sistema de Atención de Salud Mental de la Ciudad se organiza e implementa conforme a los principios rectores derivados de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, de la Ley Básica de Salud y de la presente Ley.

Artículo 12° [Subsector estatal. Lineamientos] A los efectos de lo dispuesto en el artículo precedente son criterios en la conformación del subsector estatal:

La implementación de un modelo de atención que, en consonancia con lo dispuesto por la Ley Básica de Salud, garantice la participación a través de prácticas comunitarias;

La adecuación de los recursos existentes al momento de la sanción de la presente Ley, a los efectos de transformar el modelo hospitalocéntrico, para el desarrollo de un nuevo modelo de salud mental;

A los efectos de la implementación de lo dispuesto en los artículos 28° y 31° y concordantes de la ley N° 153, se reconoce la especificidad del Sistema de Salud Mental;

Promover la participación de los trabajadores, profesionales y no profesionales del subsector, a los efectos de dar cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 48, inciso c) de la Ley N° 153;

La implementación de la historia clínica única, entendida como herramienta del trabajo terapéutico, no pudiendo constituirse en fuente de discriminación;

Los integrantes de los equipos interdisciplinarios delimitan sus intervenciones a sus respectivas incumbencias, asumiendo las responsabilidades que derivan de las misma

Las intervenciones de las disciplinas no específicas del campo de la Salud Mental, serán refrendadas por los profesionales cuya función les asigna la responsabilidad de conducir las estrategias terapéuticas, efectuar las derivaciones necesarias e indicar la oportunidad y el modo de llevar a cabo acciones complementarias que no son de orden clínico;

La actualización y perfeccionamiento del personal existente, mediante programas de formación permanente y acordes a las necesidades del Sistema;

La implementación de acciones para apoyo del entorno familiar y comunitario; La coordinación intersectorial e interinstitucional con las áreas y sectores de promoción social, trabajo, educación, Poder Judicial, religiosas, policía, voluntariados, ONGs, organizaciones barriales y otras;

La centralización de la información registrada en los establecimientos de salud mental;

Podrán acceder a los concursos para los cargos de conducción, todos los profesionales con título de grado, en las disciplinas de salud mental.

Artículo 13º Los dispositivos del subsector estatal funcionan integrando la Red de Atención del Sistema de Salud Mental, debiendo ejecutar acciones en relación a las siguientes características específicas:

Prioridad en las acciones y servicios de carácter ambulatorio destinados a la promoción, prevención, asistencia, rehabilitación y reinserción social en Salud Mental, garantizando la proximidad geográfica de los efectores a la población; Coordinación interdisciplinaria, interinstitucional e intersectorial de las acciones y servicios;

Participación de la comunidad en la promoción, prevención y rehabilitación de la Salud Mental;

Proyección del equipo interdisciplinario de salud mental hacia la comunidad;

Internación de corto plazo en hospitales generales y monovalentes de salud mental;

Internación de tiempo prolongado en hospitales monovalentes de salud mental, en los hospitales generales pediátricos, y hospitales de infecciosas y otros establecimientos específicos en salud mental.

Artículo 14º [Efectores] A los efectos de la conformación de la Red, se deben respetar las acciones y servicios, establecidos en los artículos precedentes,

determinándose una reforma de los efectores actuales, e incorporando los recursos necesarios para la implementación de las nuevas modalidades. Para ello se establecen los siguientes efectores:

Centros de Salud Mental;

Atención de salud mental en Centros de Salud y Acción Comunitaria; Dispositivos de atención e intervención domiciliar respetando la especificidad

en Salud Mental; Consultorios Externos;

Equipos de interconsulta, incluyendo la intervención en todas las acciones y servicios de alta complejidad médica y tecnológica;

Prestaciones en Hospital de Día y Hospital de Noche;

Un sistema de intervención en crisis y de urgencias con equipos móviles debidamente equipados para sus fines específicos;

Un sistema de atención de emergencias domiciliarias en salud mental infanto-juvenil, el cual atenderá en la modalidad de guardia pasiva;

Áreas de atención en salud mental en los hospitales generales de agudos, hospitales de infecciosas y hospitales generales pediátricos, la autoridad de aplicación definirá un mínimo y un máximo de camas, de acuerdo al efector;

Residencias Protegidas de hasta veinte (20) camas; Hospitales monovalentes de salud mental;

Casas de Medio Camino;

Centros de capacitación sociolaboral promocionales; Talleres protegidos;

Emprendimientos sociales;

Atención especializada en salud mental infanto-juvenil;

Equipos de salud mental en guardias en hospitales generales de agudos, hospitales de infecciosas y hospitales generales de pediatría;

Hogares y familias sustitutas; Granjas terapéuticas.

Artículo 15° [Rehabilitación y reinserción] La personas que en el momento de la externación no cuenten con un grupo familiar continente, serán albergadas en establecimientos que al efecto dispondrá el área de Promoción Social

Artículo 16° Las personas externadas deben contar con una supervisión y seguimiento por parte del equipo de salud mental que garantice la continuidad de la atención. Todos los recursos terapéuticos que la persona requiera deben ser provistos por el dispositivo de salud mental correspondiente al área sanitaria de referencia.

#### Capítulo IV

##### Docencia e investigación

Artículo 17° Se promueve la docencia y la investigación en los efectores de Salud Mental.

#### Capítulo V

##### Regulación y fiscalización

Artículo 18° La autoridad de aplicación ejerce el poder de policía en el ámbito de su competencia, de acuerdo a lo establecido en los artículos 41°, 42°, 43° y 44° de la Ley N° 153, contemplando la especificidad de la Salud Mental.

## TITULO II

### REGIMEN DE INTERNACIONES

#### Capítulo I

##### Principios generales

Artículo 19° La internación es una instancia del tratamiento que evalúa y decide el equipo interdisciplinario cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios.

Cuando esta deba llevarse a cabo es prioritaria la pronta recuperación y resocialización de la persona. Se procura la creación y funcionamiento de dispositivos para el tratamiento anterior y posterior a la internación que favorezcan el

mantenimiento de los vínculos, contactos y comunicación de la persona internada, con sus familiares y allegados, con el entorno laboral y social, garantizando su atención integral.

**Artículo 20°** La internación de personas con padecimientos mentales, en establecimientos destinados a tal efecto, se debe ajustar a principios éticos, sociales, científicos y legales, así como a criterios contemplados en la presente Ley y en la Ley N° 153. Para ello se debe establecer la coordinación entre las autoridades sanitarias, judiciales y administrativas. Sólo puede recurrirse a la internación de un paciente, cuando el tratamiento no pueda efectuarse en forma ambulatoria o domiciliaria, y previo dictamen de los profesionales del equipo de salud mental u orden de autoridad judicial para los casos previstos.

**Artículo 21°** Las internaciones a las que aluden los artículos precedentes se clasifican en:

Voluntaria, si la persona consiente a la indicación profesional o la solicita a instancia propia o por su representante legal;

Involuntaria, conforme al artículo 30° de la presente Ley; Por orden judicial.

## Capítulo II

### Procedimientos comunes a todas las internaciones

**Artículo 22°** Dentro de las 24 horas siguientes a la admisión del internado, el equipo interdisciplinario del establecimiento iniciará la evaluación para establecer el diagnóstico presuntivo, de situación y el plan de tratamiento. Será emitido un informe firmado por el equipo de salud mental precisando si están dadas las condiciones para continuar con la internación

**Artículo 23°** Dentro de los quince (15) días de ingresado y luego, como mínimo, una vez por mes, la persona internada será evaluada por el equipo interviniente del establecimiento que certifica las observaciones correspondientes al último examen

realizado; confirmando o invalidando las mismas, precisando la evolución e informando en la historia clínica sobre la desaparición de las causas justificantes de la internación.

Artículo 24° Las internaciones de personas con padecimiento mental podrán ser mantenidas por períodos máximos renovables de un (1) mes.

Artículo 25° Para el caso de instituciones de carácter privado y de la seguridad social, deben elevarse los informes a los que alude el artículo 23° a la autoridad de aplicación, a fin de que tome conocimiento de las causas y condiciones que sustentan la necesidad del procedimiento y su mantenimiento, en los términos de lo establecido en el artículo 24°.

Artículo 26° Toda disposición de internación, sea voluntaria, involuntaria o judicial, deberá cumplir con los siguientes requisitos:

Evaluación y diagnóstico de las condiciones del asistido; Datos acerca de su identidad y su entorno socio-familiar; Datos de su cobertura médico asistencial; Motivos que justifican la internación;

Orden del juez, para los casos de internaciones judiciales; Autorización del representante legal cuando corresponda

Artículo 27° Una vez efectuada la internación del paciente, el establecimiento debe remitir a la autoridad de aplicación la información pertinente, garantizando la confidencialidad de los datos. Dichos informes deberán remitirse en forma mensual en el caso de continuar con la internación.

Artículo 28° Toda internación debe ser comunicada por el director del establecimiento a los familiares de la persona, a su curador o representante legal si los tuviere y al juez de la causa si correspondiere, así como a otra persona que el paciente indique.

Capítulo III

## Internación Involuntaria

Artículo 29°.- La internación involuntaria de una persona procede cuando a criterio del equipo profesional mediare situación de riesgo cierto o inminente para sí o para terceros.

Artículo 30°.- A los fines del artículo precedente deberá mediar formal solicitud interpuesta por un familiar de la persona cuya internación se pretende, o demás personas con legitimidad para actuar conforme al Código Civil u organismo estatal con competencia

Artículo 31°.- La internación involuntaria debe ser certificada por dos profesionales, los que no pueden pertenecer a la misma institución privada o de la seguridad social. No debe existir entre los profesionales y el asistido relación conyugal, de parentesco, de amistad o enemistad íntima ni tener intereses o vínculos económicos entre sí. En el subsector estatal, ambos certificados podrán provenir de dos profesionales del mismo efector.

Artículo 32° La internación de niños, niñas y adolescentes, en los términos de la Ley N° 114, y la de incapaces, deberá ser comunicada, dentro de las 72 horas de producida, al Asesor de Menores e Incapaces.

Artículo 33° Si el paciente fuera recibido en consulta de urgencia y la internación se considerase indispensable a los fines de evitar una demora indeseable y potencialmente riesgosa para el bienestar del paciente y/o de terceros, el profesional podrá disponer la internación por un máximo de 72 horas. Durante ese lapso un segundo profesional deberá evaluar al paciente. Si ambos profesionales concordasen en la indicación de continuar la internación, entonces deberán indicar el tratamiento a seguir en forma debidamente fundamentada, de acuerdo con lo establecido en el presente Capítulo. Los profesionales que deben avalar la internación estarán sujetos a las limitaciones previstas en el artículo 31°.

**Artículo 34°** Para que proceda la internación involuntaria además de los requisitos comunes a todas las internaciones, debe hacerse constar:

Dictamen profesional urgente e imprescindible; Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento;

Informe acerca de las instancias previas implementadas, constanding detalles acerca de la duración y alcance de las mismas;

Dos (2) certificados profesionales que confirmen la necesidad de internación, conforme al artículo 31° de la presente.

#### **Capítulo IV Internación judicial**

**Artículo 35°.-** El juez competente en materia penal tiene incumbencia para hospitalizar a los procesados, en el caso en que padezcan trastornos mentales, cuyo tratamiento demande esta medida extrema, de acuerdo con lo establecido en la presente ley, y lo prescripto por el Código Penal o medida de seguridad aplicada según lo establecido por la legislación vigente

**Artículo 36°.-** El juez competente en materia civil y de familia tiene incumbencia sobre la internación de personas con trastornos mentales, cuyo tratamiento demande esta medida extrema, de acuerdo con lo establecido en la presente ley y lo prescripto por el Código Civil

**Artículo 37°.-** A los efectos de un adecuado seguimiento sobre el estado de la persona, el director del establecimiento debe elevar al Juez interviniente, en forma mensual, las novedades producidas en la historia clínica

**Artículo 38°.-** Los jueces que dispongan internaciones, deben requerir a la autoridad de aplicación información acerca de la disponibilidad de los establecimientos asistenciales, a efectos de garantizar el debido cuidado y seguridad del asistido

Artículo 39°.- La autoridad de aplicación informará trimestralmente al Consejo de la Magistratura los casos en que las internaciones dispuestas judicialmente no fueran necesarias, a juicio del equipo de salud mental interviniente.

## Capítulo V

### Externación, altas y salida

Artículo 40° El alta de la persona afectada por un padecimiento mental conforma un acto terapéutico por lo que debe ser considerado como parte del tratamiento y no como la desaparición del malestar psíquico

Artículo 41° El alta definitiva será decidida por el responsable del equipo interdisciplinario de salud mental, debiendo contar con el aval y certificación del director del establecimiento

Artículo 42° Las altas transitorias o definitivas y las derivaciones a otra institución, deberán ser debidamente fundamentadas en el dictamen del profesional o equipo a cargo del tratamiento del paciente y contar con la certificación del director del establecimiento. Las mismas serán comunicadas al juez interviniente si lo hubiere, dentro de las 24 horas anteriores a su producción

Artículo 43° En el caso de las personas internadas por decisión judicial, el establecimiento podrá solicitar al juez interviniente un acuerdo de alta condicionada, la cual conformará una parte importante en el tratamiento y rehabilitación de la persona.

Artículo 44° Los niños, niñas y adolescentes internados que no registren la presencia de un grupo familiar de pertenencia, en caso de alta, dentro de las 72 horas serán derivados a la institución intermedia que corresponda, en los términos del artículo 15° de la presente y de la Ley N° 114, previa comunicación al Asesor de Menores e Incapaces

Artículo 45° Cuando se reciba una persona derivada por vía judicial y surja de su evaluación que no posee patología esalud mental o que no se justifica su internación en un servicio de salud mental o en un hospital monovalente de salud mental, se dará inmediata información al juez interviniente a fin que disponga su pertinente externación o traslado.

Artículo 46° Las salidas y permisos especiales serán decididas en función del curso del tratamiento, debiendo ser comunicados a los familiares responsables o tutores responsables, Asesoría de Menores e Incapaces o juez, de acuerdo con la condición legal de la persona internada, con no menos de 24 horas de anticipación al momento autorizado de salida, debiendo contar con certificación del director del establecimiento

Artículo 47° Durante las internaciones se promueven, cuando sea posible, los permisos de salida como parte del tratamiento y rehabilitación del paciente, favoreciendo la continuidad de su relación con el medio familiar y comunitario.

## Capítulo VI

### Responsabilidad de los directores de los establecimientos asistenciales

Artículo 48° Son deberes y obligaciones de los directores de los establecimientos asistenciales:

Cuando un paciente sea derivado de un establecimiento a otro, sea este público o privado, debe ponerse en conocimiento a la máxima autoridad de salud mental

Establecer la existencia e identidad de familiares o allegados de las personas hospitalizadas a los fines de cumplimentar cabalmente lo establecido en el artículo 28° de la presente Ley;

Procurar para los lugares de internación la dotación de personal, recursos y sitios adecuados para sus fines y funcionamiento.

En el subsector estatal, cuando el establecimiento se encuentre ocupado en un

95% de su capacidad, el director deberá notificar tal extremo a la autoridad de aplicación. A partir de la fecha de notificación, los ingresos deberán ser autorizados por la misma.

#### DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera.- Hasta tanto el Sistema de Salud Mental disponga los recursos y dispositivos dispuestos por la presente Ley, el ingreso a la Red podrá ser realizado por cualquiera de los efectores de atención.

Segunda.- La autoridad de aplicación debe realizar, dentro de los trescientos sesenta (360) días de promulgada la presente Ley, un relevamiento de la totalidad de las personas internadas, a fin de poder determinar las causas, tiempo de internación y certificar la necesidad o no de continuar con la internación.

Tercera.- [Vigencia de normas]. Los artículos 35º, 36º y 38º quedan suspendidos en su vigencia hasta que los jueces nacionales de los fueros ordinarios de la Ciudad de cualquier instancia, sean transferidos al Poder Judicial de la Ciudad.

**Anexo V**

**Subsecretaría de Salud y Protección Sanitaria**

A Secretaría Legal y Técnica

A los fines de responder el Oficio enviado por la Defensoría Oficial General Dra. Boeri, se remite el texto elaborado por esta Secretaría de conformidad con la temática referida.

En el Municipio de General Pueyrredón el Primer Nivel de Atención Médica recibe la demanda espontánea y el Segundo Nivel Psiquiatría recibe consultas referenciadas desde el Primer Nivel Médico Municipal.

En referencia al llamado proceso evolutivo de salud a enfermedad, el caudal de atención mayor se encuentra en los periodos prepatogénicos = trastornos de Salud Mental y se reduce en los patogénicos = enfermedad psiquiátrica instalada.

Acorde al último párrafo hasta la fecha la funcionalidad en la ciudad de la incumbencia del Municipio y sus recursos y la Provincia y sus recursos se halla descrito en la copia de origen Ministerial que se adjunta correspondiente al año 1999= casos agudos.

Es sabido que en los tiempos de crisis surgen problemas comunitarios en la salud mental general e individual producto de desajustes adaptativos.

En resumen hasta la fecha el Municipio trabaja los periodos prepatogénicos y de los patogénicos los que corresponden a dispositivos de baja complejidad y no se logra actualmente esta articulación ya que se recepta solicitudes de atención de lo expresado ut supra y de institucionalizados ej: detenidos preventivos en comisarias y/o penitenciarias y/o coberturas permanentes de mermas prolongadas y/o ausencia de recursos en por ej: Cerenil, escuelas-especiales (ciegos, sordomudos), Curaduría, casa de atención de Menores institucionalizados con causas penales, Hospitales Interzonales locales ambos y/o monovalentes en Psiquiatría Regional Pública crónica.

Las palabras que definirían conceptualmente al alcance municipal serían:

**AMBULATORIOS**

**Intervención de baja complejidad**  
**Corto tiempo**  
**Alto impacto**

**Integrada a la Práctica General de Salud**  
**Evitación del surgimiento de enfermedad Mental**  
(Psicopatología- cronicidad).

No hay en la ciudad Instituciones Monovalentes ( solo en Necochea, para toda la Región VIII) para la atención de la enfermedad Psiquiátrica Crónica en su seguimiento de complejidad ni para internación psiquiátrica pública prolongada.

**Subsecretaría de Salud y**  
**Protección Sanitaria**  
19 de octubre, 2004.-

  
Patricia Malagutti  
Subsecretaría de Salud  
y Protección Sanitaria

### SÍNTESIS MODELO APS -SALUD MENTAL-MGP

Nuestro modelo de intervención se caracteriza por la inclusión de las disciplinas de Salud mental en APS: Psicopedagogía, Terapia ocupacional, Fonoaudiología, Servicio Social, Psicología y Psiquiatría.

El énfasis en nuestra tarea está puesto en las tareas de Promoción y Prevención, y en la asistencia de las necesidades básicas de la comunidad , a través de acciones de baja complejidad integradas en los servicios generales de salud.

Psiquiatría en este modelo articula en particular con el tratamiento psicoterapéutico que lleva a cabo el psicólogo , en aquellos casos en que es necesaria una indicación farmacológica . Para poder sostener este tipo de estrategias también se ha articulado con los médicos clínicos y generalistas, con el objetivo de que realizada la evaluación psiquiátrica , dichos profesionales puedan repetir las recetas, contando con el seguimiento farmacológico periódico del Psiquiatra y el psicoterapéutico a cargo de psicólogo .

De manera general, podríamos decir que en APS, se abordan desde el punto de vista de la asistencia, **los trastornos de alta prevalencia en Salud Mental** y además son aquellos donde la intervención del equipo tiene un papel importante en su resolución o atención .

Entre éstos:

**-Trastornos adaptativos.:** Son los más frecuentes en APS. Son aquellos donde el sujeto se encuentra imposibilitado de solucionar un conflicto físico ,psíquico o socialmente.

En el aspecto que nos compete: superación de una etapa vital, crisis accidentales , conflictos interpersonales , etc.

El trastorno adaptativo se manifiesta clínicamente como una alteración emocional, ya sea de ánimo depresivo, ansioso o conductal.

**-Trastornos somatoformes:** Aquellos donde el malestar psicológico se expresa a través de síntomas somáticos, dificultad para verbalizar emociones, conflictos de tipo social, familiar o laboral. Los síntomas aportados son generalmente vagos y poliformos. El paciente justifica éstos síntomas como consecuencia de "lo mal que se encuentra", su "dolor generalizado", "mareos", etc.

**-Trastornos de la afectividad:** Tristeza, dificultad en la expresión, en la atención, lentitud de los procesos mentales y motores, preocupación sentimientos de culpa, falta de interés, etc. Trastornos conductales (sobre todo en el niño), irritabilidad o agresividad , pueden vehicular un estado depresivo ( depresión reactiva, mayor, endógena, trastorno bipolar, trastorno distímico, etc.)

**-Trastornos de la ansiedad:** Estados de ansiedad. Tras de ans. Generalizada, por angustia ( crisis de pánico); trastorno obsesivo-compulsivo, fóbicos etc. También tras de ansiedad acompañando los trastornos mencionados en los ítems. anteriores

Lic. Susana M. Rodríguez  
Jefe Departamento Salud Mental  
Secretaría Calidad de Vida  
M.G.P.