Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Trabajo Social Tesis de Trabajo Social

2011

Los cuatrocientos metros con vallas en la gestión de recursos del trabajador social en el ámbito judicial : una sistematización de la práctica pre-profesional en la Curaduría Oficial de Alienados. Periodo 2008/09

Gonzalo, Maricel Andrea

http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/486

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.

UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL

TESIS FINAL

"Los cuatrocientos metros con vallas en la gestión de recursos del trabajador social en el ámbito judicial".

Una Sistematización de la práctica Pre- profesional en la Curaduría Oficial de Alienados.

Período 2008//09

AUTORA: Gonzalo, Maricel Andrea

DIRECCIÓN: Curto, Javier
CO-DIRECCIÓN: Méndez, Rubens

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.
Inventario 4264
Signatura Top
Vol.:
Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata
23 NOV 2012

COMITÉ EVALUADOR: Curto, Javier
Lali, Alejandra
Sena, Marcela

Año 2011

ÍNDICE

Pág.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN 4
OBJETIVO GENERAL 7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS 8
CONTEXTO INSTITUCIONAL 8
Actividades y Recursos 10
Características Diagnósticas Prevalentes en la Población Representada ... 11

CAPITULO II

EL PROBLEMA 17
La Salud Mental y las Políticas Del Estado 21
Marco Legal 25
Dispositivos y Nuevas Modalidades de Atención En Salud Mental 28
Calidad de Vida 42
Los Recursos y su Importancia en la Intervención del Trabajo Social 45
Servicios y Prestaciones 48
Burocracia y Contexto Institucional 49
El Trabajo Social en Salud Mental 52
El Trabajador Social como Perito en el Ámbito Judicial 55

CAPITULO III

EL TRABAJO SOCIAL Y SUS MODOS DE INTERVENCIÓN 59
I) Intervención directa 59
II) Intervención indirecta 65
ASPECTOS METODOLÓGICOS 70

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS 75
Caso 1: N. O. 75
Caso 2: D. O. 77
Caso 3: E. P. 79
Caso 4: S. A. 81
Caso 5: G. M. 83
Caso 6: I. D. 85
Caso 7: R. I. 88
Caso 8: P. R. 990

CAPITULO V

CONCLUSIONES 94

BIBLIOGRAFÍA 98
ANEXOS 101

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Entre junio del 2008 y mayo del 2009 llevé a cabo la práctica pre-profesional de la Licenciatura en Trabajo Social en el área de Salud Mental dentro del ámbito de la Justicia en la Curaduría Oficial de Alienados (COA) de los Departamentos Judiciales de Mar del Plata, Dolores y Necochea, provincia de Buenos Aires. A partir de la mencionada práctica pude interiorizarme sobre la realidad específica de las personas que sufren padecimientos psíquicos severos, permitiendo de ese modo realizar la siguiente sistematización.

Las personas con padecimiento psíquico viven su enfermedad como una situación que les imposibilita satisfacer sus necesidades. Los síntomas propios de las personas con trastorno mental se prolongan a lo largo del tiempo de manera que perjudican su capacidad para seguir con sus actividades significativas y rutinas normales.

En el ámbito de la intervención de la COA, el servicio social tiene entre sus funciones trabajar sobre la calidad de vida de las personas afectadas por padecimientos psíquicos severos e invalidantes, en esta tarea la tensión entre necesidades y satisfactores es una constante. .

Los trabajadores sociales estamos cotidianamente vinculados a las personas con padecimiento mental. Es precisamente en ese ámbito de la experiencia donde se dialoga, se discute sobre la existencia que ellos hacen y la percepción que ellos tienen de su propia existencia. Esto nos pone dentro de la discusión sobre las capacidades que poseen las personas con padecimiento psíquico o deberíamos decir, las capacidades que tienen aún padeciendo esa enfermedad.

A pesar que hay avances relevantes en los espacios de integración en la comunidad, aún existen prejuicios y estereotipos que prevalecen respecto a las personas con padecimiento mental. Todavía se enfrentan a obstáculos importantes

especialmente en el acceso a los sistemas de salud, vivienda, educación y trabajo.

En cada servicio que demandan se encuentran con diferentes trabas institucionales. El trabajador social deberá superar dichas trabas en cada etapa de la intervención, para satisfacer las necesidades de los asistidos. Deberá tener un mayor conocimiento de la situación, evaluar los recursos materiales, financieros, humanos y adecuarlos a cada circunstancia.

La COA trabaja en conjunto con otras instituciones de las cuales muchas de estas personas con padecimiento psíquico dependen, pero que a veces no responden en tiempo y forma a sus demandas, por falta de personal o por no contar con los recursos necesarios. Esto ocasiona una demora en la respuesta a sus necesidades.

La Curaduría Oficial de Alienados tiene entre sus objetivos integrar en su comunidad a quienes las características de su problemática no lo posibilita, dado que se considera que el padecimiento psíquico no es sinónimo de institucionalización permanente, teniendo en cuenta que el tratamiento es un dispositivo terapéutico, imprescindible para poder incluirlos y que para cumplir con dicho tratamiento es necesario que cuenten con protección asistencial, cobertura social y contención.

El propósito del presente trabajo es sistematizar y comunicar la intervención llevada a cabo en el periodo mencionado descubriendo, ordenando y analizando todos los datos recabados a partir de los casos en los cuales se ha participado, a fin de elaborar conocimientos que permitan, no sólo comprender la intervención del Trabajador Social en el aspecto institucional con personas con padecimiento Psíquico, sino también contribuir a convertir ese nuevo conocimiento en una herramienta útil para transformar nuestra realidad.

"Desde la Curaduría se parte de la idea de que la posibilidad de mejorar la Calidad de Vida de las personas con padecimiento psíquicos crónico y su entorno no

puede depender sólo de un elemento improbable hasta el momento como lo es la curación definitiva de la enfermedad" [1]

A partir de esta perspectiva, un abordaje integral incluye no sólo un eje clínico que requiere tratamiento, sino además un eje social y económico, ya que este último permitirá mejorar su atención médica y por ende su calidad de vida. Los mismos deben ser atendidos a través de acciones que apunten al mejoramiento (quizás amplio y difuso) de las condiciones socio-eco-ambientales de las personas.

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

En el **eje social** se analizará en qué situación se encuentra la red social de la persona y cómo se trabaja con ella, apuntando a mantener la máxima inserción social posible.

En el **eje económico** se evaluarán los recursos materiales que permitan a la persona satisfacer sus necesidades básicas, solventar sus gastos, garantizando una mejor calidad de vida.

"....Es importante considerar que estas personas con padecimiento psíquico, pueden vivir de forma normalizada y digna en la comunidad si se les ofrece atención, apoyo flexible e individualizado que posibilite la participación de los representados en el proceso de rehabilitación y en el control de sus propias vidas es un objetivo y un instrumento esencial en la intervención". [2]

El Servicio Social no tiene herramientas para discutir, desde el discurso psiquiátrico, sobre los niveles de desorganización en el cual una persona puede caer. Pero si tiene herramientas metodológicas para establecer cómo es el desenvolvimiento social de una persona o el reconocimiento que ella tiene de ese desenvolvimiento y así comprender sus posibilidades-capacidades de estructurar

---

[1] TAUCAR N .MENDEZ, RUBENS. "La Curaduría de Alienados "un enfoque integrado Tercer encuentro sobre Curadurías Oficiales. Comisión 11 Noviembre de 1996 Pág. 4

[2] AMICO L." Desmanicomialización" Hacia una transformación de los Dispositivos hegemónicos en Salud Mental Ver en WWW. Margen org/margen35/Amico

una experiencia humana.

Frente a las problemáticas hasta aquí esbozadas surge como interesante objeto el análisis y comprensión de alternativas implementadas desde el Servicio Social de la C.O.A. para poder suplir la carencia de políticas sanitarias, la carencia de ingresos económicos y la marginación y/o automarginación de la red vincular del paciente de Salud Mental en particular y de ese modo contribuir al mantenimiento en su ámbito comunitario a las personas representadas y asistidas, manteniendo un nivel de Calidad de vida .

Para construir el Marco Teórico se plantearon los siguientes interrogantes:

1 ¿A qué nos referimos cuando hablamos de salud mental?

2 ¿Cuáles son las alternativas de atención que la comunidad ofrece a las personas con padecimiento psíquico que no cuentan con una obra social?

3 ¿Cómo se conceptualiza "calidad de vida"?

4 ¿Cuál es la importancia de los recursos en la intervención social y cómo se clasifican?

5 ¿Qué significa "burocracia" y "burocracia institucional"?

6 ¿Qué vinculación hay entre el trabajo social y la salud mental?

7 ¿Qué rol cumple el trabajador social como perito en el ámbito judicial y qué alternativas de intervención se pueden aplicar desde la COA?

OBJETIVO GENERAL

Realizar un análisis de los casos, sistematizando las intervenciones en la gestión de recursos en respuesta a las necesidades de las personas con padecimiento psíquico representados de la COA. Mar del Plata, periodo mayo 08 junio 09.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

-Indagar acerca de los beneficios, que la COA ofrece a los asistidos.

-Indagar la Intervención del trabajador social en el ámbito de la Curaduría Oficial de Alienados, en la gestión de recursos.

-Analizar los cambios en la Calidad de vida de los representados, a partir del acceso a los beneficios asistenciales otorgados por la COA.

CONTEXTO INSTITUCIONAL

La Curaduría Oficial de Alienados con asiento en la ciudad de Mar del Plata, se creó en 1985 y está a cargo de un Curador Oficial. 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.

La C.O.A. se encuentra ubicada en la calle Rawson 2462 de la ciudad de Mar del Plata, Partido de General Pueyrredón, provincia de Buenos Aires. 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.

La Curaduría 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. Hay que destacar que la sede se encuentra distante 200 Km. de Dolores y a 128 Km. de Necochea. 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.

Las funciones centrales de la Institución son:

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: Aquellas personas que sufriendo algún padecimiento psíquico, cometen delito y son sobreseídas en razón de su enfermedad. Son inimputables. En el articulo 43 de la ley 26657 en el Capitulo XII, sustituido el artículo 482 del Código Civil, el que quedara redactado de la siguiente manera: *"No podrá ser privado de su libertad el declarado incapaz por causa de enfermedad mental, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para si o para terceros."*

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

- *Intervención como Curador Provisional*, representando a personas con juicio de insanía o inhabilitación iniciado y que carecen de bienes de fortuna o recursos.
- *Intervención en carácter de Curador Defensor*, con posterioridad a la declaración judicial de insanía o inhabilitación, en los casos de personas sin recursos y que no exista pariente o allegado que pueda asumir tal función.
- *Intervención 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.
- *Tutela de los hijos menores de sus representados*, cuando no hay otros parientes con capacidad para hacerlo.
- *Velar, conjuntamente con el Asesor de Menores y el Juez interviniente*, para que se

cumplan los tratamientos indicados en cada caso, cuando carezcan de medio familiar capacitado para ello.

- *Administración* del 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.
- Tramitar 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.
- Analizar 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).

Actividades y Recursos

Las *actividades y recursos* que se gestionan son: visitas institucionales y domiciliarias, entrevistas de orientación y/o seguimiento a familiares, asistidos representados y actores institucionales; entrevistas en sede por demanda espontánea.; gestiones telefónicas con instituciones de salud, hogares sustitutos, geriátricos, centros, contactos familiares; gestiones para la obtención de alojamiento; compra y/o trámite ante la autoridad correspondiente para la obtención de medicación; obtención de turnos e informes médicos en hospitales y centros de salud; Informes sociales.

La Curaduría Oficial de Alienados efectúa tramites antes diferentes autoridades previsionales, judiciales, administrativas, de obras sociales y particulares: *Programa Federal de Salud* PROFE, (es un programa de Cobertura Médica para las Personas que poseen una pensión no contributiva), el solicitante no debe contar con ninguna obra social, el trámite de afiliación se efectúa en zona VIII ; *Afiliaciones*

a PAMI; *Programa Provincial de Ayuda Alimentario*(se gestiona a cada representado de la COA, la entrega de una bolsa de mercadería o una tarjeta que la emite la municipalidad, para la compra de mercadería); Para los traslados se realiza el trámite de *Pase municipal gratuito de transporte urbano e interurbano*(en la empresa Unión tranviaria Automotor(UTE), para la obtención de dicho pase, se debe presentar el *Certificado de discapacidad Provincial,* este certificado se gestiona en la zona VIII.

En caso del causante no poseer ningún ingreso o beneficio, se tramita una *Pensión Graciable no Contributiva que es* aquella que se otorga por invalidez/ incapacidad a personas que no están amparadas por ningún beneficio provisional de retiro, jubilación, pensión, etc. Esto requiere que el causante no se encuentre como trabajador en relación de dependencia, ni cuente con recursos de cualquier tipo que permitan su subsistencia.

También se gestiona el *Beneficio Asistencial que establece la ley 10315*, mediante un régimen especial de prestaciones asistenciales destinadas a posibilitar externación de enfermos mentales internados en instituciones psiquiátricas provinciales, cuando la misma se ve impedida por falta de parientes en condiciones de recibirlos o por carencias económicas del núcleo familiar para admitirlo en su seno. También se podrán otorgar tales prestaciones a enfermos mentales que se encuentren en un régimen ambulatorio a fin de asegurarle su tratamiento psiquiátrico y la subsistencia durante el mismo.

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:

El 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.

* *Retraso mental leve:* coeficiente intelectual entre 50-55 a 70. Se los denomina los de la "etapa educable" son alrededor del 85 % de las personas afectadas por el trastorno. Suelen desarrollar habilidades sociales y de comunicación durante los años preescolares (0-5 años de edad), tienen insuficiencias mínimas en las áreas sensorias motoras y con frecuencia no son distinguibles de otros niños sin retraso mental hasta edades posteriores. Acostumbran adquirir habilidades sociales y laborales adecuadas para una autonomía mínima, pero pueden necesitar supervisión, orientación y asistencia, especialmente en situaciones de estrés social o económico desusado. Contando con apoyos adecuados, los sujetos con retraso mental leve acostumbran a vivir satisfactoriamente en la comunidad, sea independientemente, sea en establecimientos supervisados.

* *Retraso mental moderado:* coeficiente intelectual 35-40 a 50-55. El retraso mental moderado equivale aproximadamente a la categoría pedagógica de "adiestrable". Este grupo constituye alrededor del 10 % de toda la población con retraso mental. Adquieren habilidades de comunicación durante los primeros años de la niñez. Pueden aprovecharse de una formación laboral y, con supervisión moderada, atender a su propio cuidado personal. También pueden beneficiarse de adiestramiento en habilidades sociales y laborales, pero es improbable que progresen más allá de un segundo nivel en materias escolares. Pueden aprender a trasladarse independientemente por lugares que les son familiares. En su mayoría son capaces de realizar trabajos no cualificados o semicualificados, siempre con supervisión, en talleres protegidos o en el mercado general del trabajo. Se adaptan bien a la vida en comunidad, usualmente en instituciones con supervisión.

* *Retraso mental grave:* coeficiente intelectual 20-25 a 35-40. Incluye el 3-4 %

de los individuos con retraso mental. Durante los primeros años de la niñez adquieren un lenguaje comunicativo escaso o nulo. Durante la edad escolar pueden aprender a hablar y pueden ser adiestrados en habilidades elementales de cuidado personal. Se benefician sólo limitadamente de la enseñanza de materias preacadémicas como la familiaridad con el alfabeto y el cálculo simple, pero pueden dominar ciertas habilidades como el aprendizaje de la lectura global de algunas palabras imprescindibles para la "supervivencia". Los adultos pueden ser capaces de realizar tareas simples estrechamente supervisadas en instituciones. En su mayoría se adaptan bien a la vida en la comunidad a no ser que sufran alguna discapacidad asociada que requiera cuidados especializados o cualquier otro tipo de asistencia.

**Retraso mental profundo:* coeficiente intelectual 20-25. Incluye aproximadamente el 1-2 % de las personas con retraso mental. La mayoría de los individuos con este diagnóstico presentan una enfermedad neurológica identificada que explica su retraso mental. Durante los primeros años desarrollan considerables alteraciones del funcionamiento sensorio motor. Puede predecirse un desarrollo óptimo en un ambiente altamente estructurado con ayudas y supervisión constantes, así como con una relación individualizada con el educador. El desarrollo motor y las habilidades para la comunicación y el cuidado personal pueden mejorar si se les somete a un adiestramiento adecuado. Algunos de ellos llegan a realizar tareas simples en instituciones protegidas y estrechamente supervisados.

**Retraso mental de gravedad no especificada* (esta definición se utiliza cuando existe claridad sobre el retraso mental, pero no es posible verificarlo mediante los test).

Dependiendo del nivel de gravedad del retraso mental (discapacidad intelectual), el sujeto se puede "educar" y/o capacitar para que aprenda a vivir en la sociedad; puede dominar ciertas habilidades de lectura global (señalización de

tránsito, por ejemplo: "STOP"), pueden trasladarse a lugares desconocidos o familiares, pueden aprender un oficio y trabajar en él; siempre y cuando la sociedad le dé la oportunidad de hacerlo. El retraso mental, en la escala de medición de la inteligencia está por debajo de 70 de CI (cociente intelectual). Es la contraparte al otro extremo de la inteligencia, que es la superdotación, que se encuentra por arriba de 130 de CI.

Psicosis: Son las enfermedades mentales propiamente dichas. La enfermedad es de origen cerebral y tiene causa procedentes del exterior (Psicosis exógenas) o bien causas especificas y no del todo comprobadas procedentes de la constitución individual y de factores hereditarios en contraste con el medio ambiente, pero teniendo un papel destacado la herencia (Psicosis endógena). Según el DSM IV TR el término psicótico, se refiere a ideas delirantes y alucinaciones manifiestas, al lenguaje desorganizado o al comportamiento desorganizado catatónico. En el trastorno psicótico debido a una enfermedad médica y en el trastorno psicótico inducido por sustancias, psicótico se refiere a ideas delirantes o únicamente aquellas alucinaciones en las que no hay conciencia patológica. Finalmente en el trastorno delirante y en el trastorno psicótico compartido, psicótico es equivalente a delirante.

Esquizofrenia: Es una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses. Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales, que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización de comportamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad, la motivación y la atención.

Trastorno Esquizofreniforme: se caracteriza por una presentación sintomática equivalente a la esquizofrenia, excepto la duración (la alteración dura de 1 a 6 meses) y por la ausencia del requerimiento de que exista un deterioro funcional.

Trastorno esquizoafectivo es una alteración en la que se presentan simultáneamente episodio afectivo y los síntomas de la fase afectiva de la

esquizofrenia, y esta precedida o seguida por al menos dos semanas de ideas delirantes o alucinaciones sin síntomas importantes de alteración del estado de animo.

Trastorno psicótico breve: es una alteración psicótica que dura más de un día y que remite antes de un mes.

Trastorno psicótico inducido por sustancias: se considera que los síntomas son una consecuencia fisiológica directa de una droga de abuso, una medicación o la exposición a un tóxico.

Trastorno Bipolar I: La caracterización esencial del trastorno Bipolar I, es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios maniacos, o episodios mixtos.

Es frecuente que los sujetos también hayan presentado uno o más episodios depresivos mayores.

Trastorno Bipolar II : La característica esencial del trastorno Bipolar II, es un curso clínico caracterizado por la aparición de uno o mas episodios depresivos mayores acompañados al menos un episodio hipomaníaco. Los sujetos con trastorno Bipolar II, puede que no consideren patológicos los episodios hipomaniacos, a pesar de que los demás se vean afectados por su comportamiento cambiante. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

CAPÍTULO II

EL PROBLEMA

Hacia fines de la década del 80, la Argentina sufrió grandes transformaciones sociales, económicas y culturales que incidieron fuertemente en la estructura de los lazos sociales, en el ámbito familiar y en el individuo marcando un deterioro en las condiciones de vida de los ciudadanos, el cual continuó y se acentuó a partir de los 90. Estas transformaciones que comenzaron en 1976 y se incrementaron en la última década del siglo pasado, dejaron un saldo negativo en la inserción laboral, la distribución del ingreso y en el porcentaje de la población en condiciones de pobreza. El resultado fue un violento proceso de exclusión social y padecimiento humano, fruto de la inequidad en la distribución del costo social del ajuste.

A raíz de la Caída del Estado de Bienestar entra en declinación una forma de hacer política y de anudar solidaridades colectivas que tenían su base en fuertes componentes normativos asociados a ideas de igualdad, seguridad social y servicios estatales organizados. Ejemplo de esto es la declinación de los sistemas de salud y educación.

En el sector Salud, las políticas neoliberales de esa etapa produjeron un desplazamiento del concepto de *servicio de salud* a la idea de *mercado de salud*, con un importante movimiento de capitales. A partir de allí, la prestación estatal tiende a restringirse a los aspectos asistencialistas de supervivencia, focalizándose en los sectores marginados, y los derechos sociales como el trabajo y la seguridad social se fueron resquebrajando. En este escenario las políticas se reducen a un mero asistencialismo, sin producir cambios en la esfera de los derechos de ciudadanos.

Lejos de eliminar la pobreza, las políticas sociales implementadas se encuentran supeditadas a las exigencias del ajuste estructural económico. A esto se suman los procesos de privatización, descentralización y recortes al gasto público.

Los recortes presupuestarios en el área social aceleraron el debilitamiento de los servicios sociales en detrimento de los más necesitados de la población.

El modelo neoliberal no sólo dejó como escenario altos índices de desempleo, inestabilidad económica, exclusión, marginación y pobreza sino que, además produjo una pérdida de identidad colectiva y un debilitamiento de los lazos sociales lo que convierte la vida cotidiana en un espacio donde cualquier circunstancia conflictiva se presenta en términos de padecimiento, angustia, depresión y temor.

La sociedad al igual que los problemas sociales, fueron cambiando a un ritmo acelerado que no fue acompañado por un cambio acorde dentro de las instituciones, acrecentándose la demanda de tal forma que desborda su capacidad de atención y a los profesionales que en ellas trabajan. A este problema se agrega la insuficiencia de recursos y de dispositivos y/o prácticas alternativas para solucionar las problemáticas de los usuarios. Las prestaciones tienden a limitarse a atender lo inmediato y puntual de la demanda.

La agudización de este problema torna al sistema de salud cada vez más inequitativo, inequidad que se manifiesta en la gran diferencia que existe 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, en especial en lo que se refiere a la salud mental: gran cantidad de personas con padecimiento psíquico- mental deambulan de un servicio a otro, en el ámbito hospitalario estatal y en los centros de salud municipal, en busca de atención. Al no encontrar una respuesta a la necesidad de tratamiento, estas personas quedan expuestas a una mayor vulnerabilidad, dando como resultado crisis (recaídas) en sus patologías.

En lo que hace a la Salud Mental, en nuestro país desde comienzos del siglo XX, hubo una creciente preocupación por las problemáticas, tanto en el ámbito estatal como en organizaciones no gubernamentales; pero actualmente pareciera

que asistimos a un progresivo desinterés en este campo. Con un gobierno que ha realizado un importante movimiento referente a Derechos Humanos en relación a las graves consecuencias de las políticas del terrorismo de Estado, la Salud Mental continúa siendo un espacio invisibilizado.

La historia de las políticas de salud mental muestra un recorrido que ha sido cambiante de acuerdo a los periodos, a lo largo de los cuales 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. 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.

Esto no sólo sucede en la Argentina ya que en muchos países del mundo son escasas las iniciativas específicas en relación a la atención y rehabilitación de las personas con padecimiento psíquico crónico

Una verdadera solución debería apuntar a pensar en la integración comunitaria de esta población lo que implica una seria y profunda reflexión sobre las condiciones sanitarias de la misma.

Para superar el modelo asilar de atención se requiere de mecanismos concretos para la efectiva deshospitalización de los enfermos mentales, tanto en los hospitales públicos como en los privados, a través de la intensificación de los programas de hogares protegidos, hospitales de día y casas de convivencia, los cuales deberían ser creados fuera de los muros del hospital psiquiátrico, en los barrios, con la garantía de una asesoría técnica por parte del sector estatal.

Franco Basaglia fue el iniciador de los movimientos de desinstitucionalización en Italia. Su obra se basó en la convicción de que el hospital psiquiátrico no tenia

ningún valor terapéutico; para atender "humanamente" al otro se requería redefinir nuevas relaciones, nuevos espacios, nuevos sujetos; la única posibilidad para alcanzar una dimensión terapéutica en el hospital psiquiátrico era su transformación.

La desinstitucionalización como política de desmanicomialización, debe tender a legitimar la prestación pública para lo cual es necesario disminuir la barrera de accesibilidad, promover redes de apropiación de las instituciones por parte de las comunidades y antagonizar con la tendencia a la burocratización y el aislamiento.

El Estado debe garantizar que ningún habitante se encuentre por debajo de un nivel de satisfacción de necesidades humanas, definidas como básicas o en otras palabras, garantizar el derecho a la ciudadanía. Si bien el nivel básico no es fácilmente definible y depende del grado de desarrollo de una sociedad, implica asegurar a cada habitante el acceso a una adecuada alimentación y nutrición, a los servicios de atención médica de saneamiento ambiental, vestimenta y vivienda, educación, cultura, participación social y política y el pleno e integral desarrollo de la persona. Estos derechos integran el nivel básico que el Estado debe garantizar.

"Cualquier necesidad humana fundamental que no es adecuadamente satisfecha revela pobreza. Cada pobreza a su vez genera patología, toda vez que rebasa límites críticos de intensidad y duración"[3]

Cotidianamente la realidad da cuenta de violaciones y privaciones del desarrollo humano. Si bien se postula universalmente el desarrollo pleno de las potencialidades del ser humano como razón de ser de la existencia del hombre, no basta con reconocer este fin último sino que deben encontrarse las condiciones para alcanzarlo. Estas condiciones, suponen la existencia de recursos para la satisfacción de necesidades y el acceso a éstos. De ahí el carácter históricamente determinado del modo como se satisfacen las necesidades humanas.

Se considera de suma importancia el análisis de la relación existente entre

---

[3] MAX NEFF;M Desarrollo a Escala Humana Nordan Uruguay 1983

esas necesidades y la calidad de vida alcanzada por personas con padecimiento psíquico, por cuanto que el pleno desarrollo de éstas requiere primeramente de la cobertura de un nivel básico de subsistencia, lo cual implica indefectiblemente el acceso a toda cobertura social, atención medica, medicación, tratamiento, entre otros, que garanticen las condiciones de existencia digna.

Salud Mental y Políticas de Estado

El concepto de Salud Mental esta implícito y es inseparable del concepto de salud entendida en un sentido amplio e integral. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Salud Mental 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".

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 cómo actuar en su tratamiento.

Por otra parte, hay que enfatizar el hecho de que la interacción social es el camino para la significación de la persona. Es la vida cotidiana con la plena vigencia de sus derechos la que verdaderamente permite la recuperación de personas con padecimiento psíquico, al promover una vida humana plena. Galende (1994) sostiene que *"el campo delimitado por la Salud Mental es amplio, complejo y aunque todavía requiera precisiones en relación con sus alcances y limites, podemos afirmar que la Salud Mental debe concebirse como inherente a la salud*

integral y al bienestar social de los individuos, familias, grupos humanos, instituciones y comunidad"[4] El mencionado autor en esta definición articula el estudio de los problemas de la salud y enfermedad mental, la investigación de las necesidades psicosociales y la organización de los recursos para satisfacerlas.

Esta concepción de Salud Mental, resulta viable teórica y operativamente, debido que tiene en cuenta el máximo de bienestar posible en cada momento histórico y circunstancia determinada, producto de la interacción permanente de transformación reciproca entre el sujeto social y su realidad. Se define a la Salud Mental no sólo como la ausencia de enfermedad, sino de un modo positivo por las condiciones necesarias para un bienestar físico, psíquico y social, por lo que se encuentra íntimamente relacionada con las condiciones sociales de vida.

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

En nuestro país el año 1957 marca un hito en la reconstrucción histórica de este campo. Entre otras variables, se creó el instituto Nacional de la Salud Mental, que comenzó a regular las actividades de los profesionales fomentando institucionalmente políticas que iban a permitir que los psiquiatras reformistas, promovieran algunas modificaciones en las estructuras 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 dejo de ser la profesión exclusiva que curaba las enfermedades mentales

---

[4] GALENDE; EMILIANO" Psicoanálisis y Salud Mental" Paídós. Buenos Aires. 1994 Pág. 56

En nuestro país, con el afianzamiento de lo que se dio en llamar "Estado de Bienestar" se consolidó una orientación universalista en la configuración del campo de la salud que adquirió el estatus de un derecho social del cual el Estado debe ser el garante.

Durante el periodo de la última dictadura militar en Argentina (1976-1983), prácticamente se devastó el campo de la Salud Mental. Los servicios de las organizaciones públicas se fueron desmantelando. La mayoría de los movimientos reforzados en el periodo 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 salud mental como una prioridad del sector. Desde la Dirección Nacional en Salud Mental se implementó una estrategia que implicaba un profundo cambio ideológico, incorporando entre las 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, y a pesar esta nueva orientación de las políticas de salud mental, no se abordó directamente la problemática de las instituciones psiquiátricas ni las demandas de **desmaniacomialización**[5] que habían surgido en la década del ´60.

Desde la perspectiva del análisis del presupuesto público destinado a políticas de Salud Mental, el porcentaje destinado a las instituciones psiquiátricas públicas es

[5] ***Desmaniacomialización*** hace referencia a experiencias llevadas a cabo por grupos políticos y técnicos cuyo objetivos simbolizan una redefinición de las practicas en salud mental "opositoras" al manicomio como instancia de internamiento crónico Esta redefinición se basa en el cierre del manicomio y en la transformación total del modo de la practica psiquiátrica, con la finalidad de recrear o crear redes vinculares y sociales que posibiliten la contención extramuros.

muy escaso, lo cual imposibilita la obtención de recursos para la implementación de programas alternativos.

En los ´90, el Estado comienza a perder representatividad y legitimidad. La pérdida de estos atributos, otrora constitutivos del espacio estatal, dificulta la labor pública, especialmente a las instituciones que intervienen en el campo de lo social. El mercado compite con la democracia, no garantiza la igualdad y a partir de ello surgen restricciones en la ciudadanía; el acceso a los recursos básicos de bienestar antes provistos por el Estado o mínimamente asegurados por éste, dependerá de la inserción de cada persona en el mercado, inserción que se presenta con cierta incertidumbre. Así la salud, la educación y la vivienda se mercantilizan y pierden su sentido social.

Todas estas transformaciones, vistas desde la esfera del Estado, implican un fuerte impacto en sus instituciones sanitarias, educativas y judiciales, las cuales se manejan aparentemente con una lógica más burocrática, carente de sentido percibido por los sujetos de la intervención social como aquellos que la llevan adelante.

El modelo productivo y las políticas llevadas a cabo a partir del 2003, implicaron un quiebre en la lógica neoliberal, que guió la mayoría de las decisiones desde mediados de los ´70. Las políticas implementadas apuntaron a un nuevo modelo económico y social, que recupera el rol del Estado, desde una mirada heterodoxa en lo económico, que se articule y tenga absoluta coherencia con las dimensiones sociales y laborales. Así se posicionó al empleo en el centro de las políticas públicas, afirmando al trabajo como articulador entre la esfera económica y la social, como fuente de dignidad de las personas y como factor básico de ciudadanía. La promoción del empleo genuino y de calidad y la ampliación del sistema de protección social constituyen los principales canales a través de los cuales el actual enfoque político mejora las condiciones de vida de las personas. La

estabilidad democrática, sumada al cambio de orientación de las políticas públicas desde el 2003, ha vuelto a generar la esperanza en que es posible construir una sociedad mejor, con mayor integración social. Para hacer esto posible, es necesario fortalecer al Estado en su capacidad de gestión, dándole las herramientas necesarias para permitirle transformar la realidad para aquellos sectores que requieren políticas de protección y sostén frente al mercado.

Es importante tener en cuenta que el Estado no es cualquier organización, se trata de la institución que debe garantizar el interés colectivo, que debe velar por los intereses generales de la sociedad de acuerdo al proyecto político en marcha y fundamentalmente a los derechos garantizados por la constitución a toda la ciudadanía.

No obstante, es claro que siguen persistiendo problemáticas sociales con respecto a los sistemas de salud, educación, vivienda y trabajo, que aun afectan a gran parte de la población. Es necesario que se profundice políticas que modifiquen definitivamente la estructura socio-económica del país, con el objetivo de lograr una Argentina más equitativa, productiva, inclusiva y con justicia social.

Marco Legal

En .el año 2001 se sancionó la Ley Nacional N° 25.421 que establece la creación del "Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental". En el artículo 2 la ley determina que las personas tienen derecho a recibir atención de salud mental dentro de los servicios de atención primarios, y prevé que las personas con enfermedades mentales deben ser rehabilitadas y reinsertadas socialmente.[6] Sin embargo, el gobierno federal no ha reglamentado esta ley por lo que su cumplimiento es prácticamente nulo.

[6] Programa de Asistencia Primaria en Salud Mental, ley 25.421. . (Ver Anexo)

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la Ley Básica de Salud Nº 153 impulsa, desde el gobierno de la ciudad, la desinstitucionalización progresiva de los enfermos mentales y para ello ordena que se deberán "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[7]. En cumplimiento de esa normativa, en el año 2000 se aprobó la Ley de Salud Mental Nº 448. Su objetivo 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.[8] 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. En el artículo 3 se enumeran los derechos humanos específicos de las personas con discapacidades mentales, buscando de ese modo transformar el modelo asilar actual y promover servicios comunitarios de Salud Mental, como así también determinar que debe procurarse que el tratamiento sea otorgado de manera ambulatoria. Además esta ley dispone que la atención en SM deba ser suministrada por equipos interdisciplinarios, y erradica cualquier estatus jerárquico entre los profesionales de la SM.

Aunque sólo rige en la Ciudad Autónoma de Buenos y aun no ha sido implementada de manera integral, la Ley 448 constituye un importante paso adelante en las reformas del sistema de Salud Mental y un buen antecedente a imitar en todo el país.

Por su parte la Ley 25529 -sancionada el 21/10/ 2009 y promulgada de hecho el día 19/11/2009 - hace referencia a los "Derechos de los Pacientes en relación con los profesionales e instituciones de Salud". En el primer apartado trata sobre los

[7] Ley Básica de Salud N 153 (Ver anexo)

[8] Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, Nº 448. Sancionada en el año 2000. Art. 12 y 13. (Ver Anexo)

derechos del paciente, la Historia clínica y consentimiento informado. El Artículo I de la norma regula los derechos del paciente, entre los que se encuentran la autonomía de la voluntad, el derecho a la información y la documentación clínica.

El Articulo II, de la misma ley enumera los derechos del Paciente, constituyen derechos esenciales entre el paciente y/o los profesionales de la Salud, el o los agentes del seguro de salud y cualquier efector. En sus 7 encinos enumera los siguientes derechos: trato del paciente por parte del profesional; el derecho de ser asistido sin discriminación por raza, religión, políticas, condición socio- económicas; respeto por la dignidad del paciente, respeto por el resguardo de su intimidad; tener confidencialidad con respeto a la documentación clínica del paciente; el paciente con autonomía de voluntad podrá rechazar determinadas terapias. Además tendrá el derecho a recibir información con respecto a su salud y a la interconsulta médica"...[9]

La ley N° 26657, "Nueva ley de Salud Mental" sancionada el 25 de Noviembre del 2010 y promulgada el día 2 de Diciembre del mismo año, hace referencia al "Derecho de Protección de la Salud Mental"

"En el *Capítulo I, "Derechos y garantías"* Art. 1: la presente ley tiene como objeto asegurar el derecho a la protección de la Salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentren en territorio nacional.

En el Capitulo IV de la misma ley , Artículo 7 : enumera dieciséis incisos los cuales, hacen referencia a los Derechos que el Estado debe reconocer a las personas con Padecimiento psíquico : Derecho a recibir atención Sanitaria integral humanizada a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios con el objetivo de asegurar la recuperación y preservación de

[9] Ley 26529 "Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud." .Sancionada 21 de Octubre de 2009. Promulgada de hecho 19 de Noviembre del 2009. (Ver Anexo)Pág.

su salud; Derecho a preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su historia; Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos; entre otros".[10]

En su letra, la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657, puesta en vigencia a partir del 5 de noviembre de 2010, plantea puntos que permiten concebir a la enfermedad mental desde su integralidad y promueve medidas tendientes a la inclusión social de quienes padecen este tipo de flagelos. Entre ellas la creación de nuevas modalidades de atención alternativas a la internación y la ampliación de la misma hacia los hospitales generales. Según establece, la intención es dejar atrás las viejas prácticas manicomiales que atentan contra la dignidad de los pacientes.

También propone la optimización del trabajo interdisciplinario basado en una verdadera rehabilitación psicosocial de la persona que padece una enfermedad psiquiátrica.

Entre las falencias halladas en la legislación que detalló el psicoanalista y psiquiatra Emilio Vaschetto, en representación de APSA (Asociación de Psiquiatras Argentinos), se encuentran: problemas conceptuales, la idea de desmanicomialización mal planteada, escasas explicaciones sobre los modos de aplicación en las provincias y la inconsistencia en cuanto al planteamiento del trabajo interdisciplinario"[11]

Dispositivos y Nuevas Modalidades de Atención en Salud Mental

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 Salud Mental de la población, en el

[10] Ley 26657 "Nueva ley de Salud Mental", "Derecho a la Protección de la Salud mental".Derogase la ley N° 22914 Sancionada el 25 de Noviembre de 2010. Promulgada el 2 de Diciembre del 2010.
[11] http://www.nudigital.tv/novedades/index/ley-de-salud-mental-un-debate-a-profundizar

marco de la Atención Primaria de la Salud Mental (APSM)

El Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental Tendrá por función propiciar y coordinar las acciones que se derivan de la aplicación de la presente ley N° 25421. El Ministerio de Salud es el organismo de aplicación de la misma. 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. Las Instituciones y organizaciones prestadoras de salud de públicas y privadas deberán disponer, a partir de la reglamentación de la presente ley, los recursos necesarios para brindar asistencia primaria de la salud mental a la población bajo su responsabilidad, garantizando la supervisión y continuidad de las acciones y programas.

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. Se consideran dispositivos y actividades del Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental, las que realizan los efectores del APSM. Los Recursos necesarios para la realización del Programa provendrán de las partidas específicas del Ministerio de Salud.

El Programa de Asistencia Primaria de la Salud hace referencia a los tres niveles de atención y a la obligación de los organismos públicos de la Salud a garantizar redes locales, regionales y nacionales, que contemplen el desarrollo adecuado de los recursos para la Atención Primaria de la Salud mental, la articulación de los diferentes niveles y establecer los mecanismos de referencia y contrarreferencia que aseguren y normalicen 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 limites que marcan la ética y los preceptos jurídicos.

La comunidad del Partido General Pueyrredón cuenta con una Dirección de Salud Mental 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.

Según lo establecido por la nueva ley de Salud Mental, las autoridades de Salud de cada jurisdicción en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, deben garantizar acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria, promover el desarrollo de dispositivos tales como consultas ambulatorias, servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisadas y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y *prevención* en Salud Mental, así como otras prestaciones tales como Casa de convivencia, Hospital de día, cooperativas de trabajo; centros de capacitación socio-laboral; emprendimiento sociales, hogares, y familias sustitutas.

La prevención: este término hace referencia al conjunto de medidas encaminadas a evitar, en el individuo, la familia y la colectividad, la aparición,

desarrollo, y propagación de enfermedades, manteniendo y promoviendo la salud y limitando las invalideces que aquellas pueden ocasionar. Esta definición persigue dos fines: curar la enfermedad y proteger la salud. Señalando los tres tipos de esfuerzos preventivos ante la enfermedad, su no aparición, su desaparición y desarrollo de capacidades compensatorias. Estos tres niveles son primario, secundario y terciario.

Prevención primaria: Es un concepto comunitario, que implica la disminución del índice de incidencia, es decir la proporción de casos nuevos de trastornos mentales en una población, durante un cierto periodo, contrarrestando las circunstancias perniciosas. Cuando un programa de prevención primaria se ocupa del individuo, lo ve como un elemento de un grupo, y su tratamiento abarca aspectos relacionados, intentar modificarlos. La información que se recoge sobre el caso no se usa exclusivamente para el diagnóstico individual si no también, para hacer un diagnóstico situacional de elementos y recursos para ser utilizados de forma terapéutica y preventiva.

Prevención secundaria: Tiene como objeto la disminución del índice de prevalencia número de casos existentes en la comunidad en un momento dado mediante la reducción del tiempo de la enfermedad, una vez que esta se ha presentado. La posibilidad de un diagnóstico precoz, individual y situacional, están muy en relación con el nivel de formación psiquiátrica del modelo general y con el nivel de educación sanitaria de la población y exige una postura activa de los servicios de salud mental, y en un nivel de integración de estos servicios en la comunidad que facilite al máximo su accesibilidad.

La eficacia terapéutica, comporta acercar y poner a disposición del enfermo y de su entorno próximo todos los medios terapéuticos necesarios, actuales y conseguir la oportuna adecuación y coordinación de las instituciones o espacios asistenciales que deban cubrir con sus dispositivos todas las fases o incidencias de

Biblioteca C.E.C.S. Y S.S.

la enfermedad. Aumentar la disponibilidad y adecuación de los servicios, comporta una logística de utilización óptima de recursos.

Prevención terciaria: Comprende el conjunto de medidas orientadas a reducir la frecuencia e intensidad de las secuelas y la incapacidad. Se centra en la rehabilitación social o resocialización de los pacientes y procura reducir, en la comunidad, la proporción del funcionamiento defectuoso debido a los trastornos mentales. La rehabilitación debe comenzar con el diagnóstico, debe transcurrir paralelamente con el tratamiento y continuar si es preciso concluidos el diagnóstico y la terapia.

Debe mantenerse la comunicación con la red social procurando que, el tratamiento sea en la comunidad y en caso de ser necesaria la hospitalización, esta debe ser breve para conseguir el alta precoz. Es preciso establecer desde el ingreso un programa de alta, antes aun que un programa de tratamiento y facilitar durante la estancia hospitalaria los contactos familiares. La continuidad y coordinación de los cuidados es fundamental, tiene que haber un seguimiento.

El papel de la familia es importante en la prevención terciaria y en los otros dos niveles. La familia como recurso en la prevención, el tratamiento y rehabilitación.

La atención y asistencia familiar y la psico-educación de familias son en la actualidad elementos importantes en una psiquiatría integral atenta a los tres niveles de prevención.

El desafío ha sido poner en marcha estrategias que se centren en constituir una Red única de Salud mental, para articular eficazmente los dispositivos de los tres niveles de atención y lograr la prevención, asistencia y rehabilitación de la enfermedad mental sea eficiente.

"La cuestión radica en elaborar y proyectar alternativas viables a esas instituciones que, enfrentando al paciente a la realidad de verse con su patología compensada y con alta judicial, se hace necesaria la alternativa de constituir un

emprendimiento contenedor, que le permita reinsertarse en la sociedad a partir de una instancia intermedia[12]

Centros de Asistencia Primaria de la Salud Mental, son centros situados en el seno de la comunidad (barrio o comarca), y están estrechamente vinculados a ella, atienden un régimen ambulatorio y de visita domiciliaria, las demandas asistenciales procedentes de la población. Aquellas que por su complejidad requieren de otro régimen de asistencia, son remitidas a otros equipamientos del circuito. Además de su función asistencial, realizaran tareas encaminadas a la prevención y potenciación de la salud, colaborando con los promotores de la salud de su área y articulando, coordinando otros recursos en programas de acción comunitaria a partir de los casos atendidos.

Los (CAP) deben contribuir a facilitar las altas de la unidad terapéutica de hospitalización, asumiendo el seguimiento de los pacientes, su rehabilitación y su reinserción. Según la información obtenida a partir de la entrevista al Sr. F. D. S. , representante de la Red de Salud Mental y jefe del Departamento de Salud Mental del Municipio la ciudad de Mar del Palta, cuenta con 32 Centros de Salud, de los cuales 19 de ellos realizan atención Primaria de Salud Mental y no atienden a pacientes crónicos.

Centros de día, son dispositivos de hospitalización parcial que dentro de un circuito, se sitúa a medio camino entre los Centros de Asistencia Primaria y la unidad hospitalaria, contribuyendo a evitar o acortar los ingresos y facilitando la articulación del paciente en su medio social familiar. El acceso al Centro de día, se realiza siempre a través del CAP, tanto si procede de este como de la unidad terapéutica de hospitalización. Como experiencia mixta entre lo público y lo privado, se encuentra en la ciudad, el (CPS) Centro de Promoción social, como alternativa socio-

[12] En la actualidad el PREA (Programa de Rehabilitación y Externación Asistida), implementado por la Pcia. de Bs. As. Hace 5 años, sigue la tendencia mundial de disminuir las internaciones psiquiátricas a cambio de favorecer la inserción social de quienes padecen una enfermedad mental (La Nación, 2004)

terapéutica, constituido por convenio entre la ONG AIPE (Asociación Integradora de Personas con Padecimiento psíquico)[13] y el HIGA. (Hospital Interzonal de Agudos), apunta a la rehabilitación e inserción social de personas con padecimiento psíquico. Actualmente incluye un Centro de día, talleres terapéuticos de Producción, Organización y supervisión de grupos de convivencia y acompañamiento en inserción comunitaria. Esta propuesta, surgió ante la carencia de una respuesta integral a las instancias de rehabilitación de un sin número de personas en situación de riesgo social por desventajas en su integración familiar, laboral y social a consecuencia de la cronicidad y dificultades en las condiciones adaptativos en que su situación los había sumido. Los pacientes al superar su descompensación deambulaban por las distintas instalaciones sanitarias en busca de una respuesta ó bien centrando su vida en su rol de enfermos y funcionando como enfermos. Es obvio considerar que el destino final de la mayoría de estas personas estaría signado por una única posibilidad: la internación manicomial. La atención esta dirigida a personas adultas con padecimiento psíquico crónico, con red social de continencia afectiva deficitaria y cuya situación económica le impida acceder a otras propuestas. No se establece límite de edad por considerarse adecuada la integración intergeneracional.

La Unidad Terapéutica de Hospitalización está situada en el Hospital General o en el Hospital Psiquiátrico (dependiendo de la ubicación de cada zona). Es la encargada de garantizar una hospitalización breve, que exige niveles de intervención técnica y terapéutica elevados. Atienden por tanto, aquellas situaciones que no pueden ser contenidas en dispositivos de régimen ambulatorio.

El acceso a esta unidad se efectuará desde el Centro de Asistencia de

[13] AIPE" (Asociación Integradora de Personas con Padecimiento Psíquico). Objetivos: Promover la Prevención, tratamiento y rehabilitación integral de personas con padecimiento psíquico; Posibilitar la creación de servicios alternativos: albergues, talleres de formación laboral, talleres de producción micro emprendimientos; centros de día , centros de atención familiar , Estimulación de redes comunitarias, Atención, Tratamiento ambulatorio, Propiciar la interrelación con todas las instituciones nacionales e internacionales; Organizar cursos , seminarios, congresos, equipos de investigación; Organizar su propio centro de pasantias y post grado, Podrán hacer donaciones y/o recibirlas, como así también solicitar subsidios ante cualquier Organismo nacional y/o internacional, gubernamental y no gubernamental

Prevención de la Salud, excepto en situaciones de urgencia, siendo el ingreso comunicado posteriormente a este Centro. En sede Hospitalaria del Servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA), se instaló un **Hospital de día** como alternativa al manicomio. Es un dispositivo externo al Hospital General o monovalente que atiende en forma ambulatoria patologías agudas o crónicas. El paciente recibe tratamiento y esencialmente desarrolla actividades de taller y permanece en la institución de 4 a 8 horas diarias.

Se trata de una instancia terapéutica con un abordaje global del paciente, su grupo familiar y su entorno social. El objetivo del tratamiento está dirigido a la resocialización y rehabilitación psiquiátrica del paciente y contempla cambios en la estructura familiar y en su entorno social. Este abordaje interdisciplinario supone el funcionamiento de un equipo que le da al paciente un modelo de tratamiento grupal.

El Hospital Interzonal de Agudos, brinda atención de agudos a través de guardias, consultorios externos y cuenta con 46 camas para internación.

Las Unidades de Rehabilitación de tipo Residencial (URR), están situadas en principio en los espacios arquitectónicos del Hospital Psiquiátrico y son las encargadas de proseguir el tratamiento y la rehabilitación de aquellos pacientes que no han podido ser reinsertados socialmente tras haber recibido la ayuda terapéutica intensiva correspondiente. El equipo de la URR debe mantenerse en contacto con el Centro de Atención Primaria, y con los centros de servicios sociales de su zona para movilizar recursos que posibiliten la rehabilitación y la reinserción.

Las Casas de convivencia o Casas de Pre-alta, son una alternativa para la Rehabilitación y reinserción social del enfermo mental. Se trata de un dispositivo consistente en viviendas fuera del ámbito hospitalario, que albergan grupos de pacientes en proceso de rehabilitación, alojados en habitaciones de no más de 3

camas.

La rehabilitación puede desarrollarse en cualquiera de los niveles, desde el primer nivel con programas terapéuticos y estrategias de Salud Mental que integren a la comunidad en forma participativa, para lograr que ésta se desempeñe en un rol activo en la promoción de la salud. Puede proseguir con otras modalidades terapéuticas, tanto en los servicios de internación de los hospitales psiquiátricos, como en los consultorios externos de los hospitales generales o en hospitales de día.

Asimismo, constituye un factor importante en la tarea de resocialización, que los pacientes elaboren sus propias normas de convivencia, contemplando la distribución en forma rotativa a las tareas de alimentación, limpieza, mantenimiento de la Casa y que paulatinamente pueden hacerse cargo económicamente de las mismas. Los Recursos Humanos requeridos son: 6 enfermeros para cubrir turnos de 8 horas; un Médico Psiquiatra; un Psicólogo; un Trabajador Social; un Terapista Ocupacional y Talleristas.

Las actividades del Equipo de Salud se orientarán a:

-Facilitar a los pacientes la búsqueda de actividades renumeradas, como así también, su reconexión con los vínculos familiares y sociales.

-Seguimiento de las condiciones de convivencia y del cumplimiento del tratamiento que realizan los pacientes en otros efectores en salud mental, o en la Casa de Pre-Alta como así también, la resolución de crisis grupales que pueden presentarse.

-Los pacientes permanecerán aproximadamente un año, y serán dados de alta una vez que estén consolidados, por fuera de la Casa de PRE- ALTA, sus lazos sociales, el empleo y la vivienda.

Las Casas de Convivencia son un dispositivo consistente en una vivienda, donde se alojan pequeños grupos de pacientes externados. Se conciben como

espacios con características de hogares, destinados a personas que por haber padecido algún trastorno psiquiátrico han debido permanecer un tiempo internadas. Son pacientes que, encontrándose en condiciones de externarse, en función de su patología, requieren un periodo de cierta continencia institucional, que por razones sociales no puede brindársela el grupo familiar, porque no existe o no es receptivo, así como para pacientes que, teniendo el alta terapéutica, no pueden ser externados por razones socio - económicas que les impiden tener una vivienda.

Las normas que rigen el funcionamiento de estas casas son:

-Se alojarán pacientes que hayan pasado previamente por una estadía en Casa de Pre- Alta, o bien que provengan directamente de un Hospital Monovalente, o de otro efecto de Salud Mental.

-El ingreso se hace a través de la evaluación que efectúa el equipo de salud de la Casa de Pre Alta, debiendo tener autorización del juez civil que hubiere intervenido en la internación.

-Se alojan pacientes adultos de 18 a 65 años con distintas patologías psiquiátricas compensadas y estabilizadas, que tengan condiciones de autovalimiento, esto es, automanejo de la medicación, capacidad para mantener su higiene personal y la de su hábitat; capacidad para manejar dinero, cocinar sus propios alimentos y conducirse independientemente en los medios de transporte.

-Se albergan grupos pequeños, de 3 a 4 personas que usufructuaran la vivienda.

-Se alojan aquellos que contaren con un subsidio, otorgados por la Curaduría Oficial de Alienados, pensión graciable no contributiva, o algún tipo de beneficio previsional.

-Asimismo deberán tener alguna actividad laboral, que podría estar canalizada a través de talleres de oficio, o trabajos temporarios que les permitan tener una autonomía económica, ya que se harán cargo de los gastos que demande el mantenimiento de la CASA, efectuaran compras de alimentos y limpieza, como se hace en cualquier casa de familia.

-Se trabajará con el Barrio donde este instalada la CASA, para ayudar a resolver los obstáculos que pueden presentarse y facilitar la inserción social. Esta función la realizaran como mínimo 2 trabajadores de Salud Mental que estén a cargo del Programa de Casas de Convivencia (Asistente Social; Psicólogo, Enfermero, Psiquiatra, designados por el equipo de la CASA de PRE- ALTA.

-Una vez en funcionamiento se realizaran visitas periódicas a fin de supervisar las condiciones generales de la convivencia y la continuidad de los tratamientos de los pacientes que se realizara en el Servicio de donde provienen o donde se halla oportunamente derivado.

-La pertenencia en estas Casas no tendrá tiempo límite.

El rol del trabajador social es muy importante, aparece como un vector correlacionante entre el adentro y el afuera institucional, se integra a los equipos de trabajo, para construir con el resto de las disciplinas el proceso dialéctico-sano-enfermo, que permita brindar un espacio terapéutico a la problemática de salud mental.

Los dispositivos y alternativas de atención que funcionan en la ciudad de Mar del Plata:

Dispositivo Artquimia: Este dispositivo está dirigido a jóvenes y adultos con padecimiento psíquico crónico, externados o en proceso de externación; cuyas redes sociales se encuentran fragmentadas y presentar carencias afectivas, familiares y económicas; y una patología psiquiátrica de base que recrudece la indefensión. En su mayoría están bajo la curatela de Curaduría Oficial de Alienados. Está diseñado especialmente para contemplar las necesidades culturales en general (artísticas, expresivas y comunicacionales en particular), de personas con sufrimiento psíquico.

En un principio el objetivo se enmarca en lo personal, para generar confianza en el propio decir y hacer; para después poder concretar proyectos culturales

elaborados grupalmente. Toda actividad artística debe tender a logar una producción, de manera tal que circule en la cultura. *Se busca incidir en tres niveles*: el *individual*, produciendo una modificación en su subjetividad; a nivel *institucional*, cuando llega la producción al medio promueve lazos sociales; y a nivel social, cuando circula la obra y se crea con el otro, la comunidad transforma su mirada. La modalidad de trabajo es la de taller lo que significa que se enseñan y practican actividades que buscan la creatividad y la expresión en grupo. También puede ser visto como el espacio de concentración de estímulos cuya respuesta es la expresión. Las actividades propias de cada taller son:

1-Taller de lecto-escritura:- Según las características de los Talleristas, las actividades son a veces diferenciadas, puesto que algunos son analfabetos: lectura y diferenciación de distintos tipos de textos, lectura crítica, producción literaria. Hacemos hincapié en la motivación a través de distintos tipos de técnicas y recursos recorriendo el camino de la simplicidad a la complejidad.

2- Taller de Artes Plásticas -Trabajo bidimensional y tridimensional -Utilización de distintas técnicas, materiales y soportes -Trabajo de sensibilidad -Alfabetizad visual -Producción artística El arte brinda el placer de la expresión por otros medios que no son la palabra y posibilita el crear.

-El propósito es realizar grupalmente actividades culturales que desmitifiquen a las personas con sufrimiento mental, modificando su rol. Pudiendo insertarse así en los distintos ámbitos socio-culturales.

-Mejorar la calidad de vida trabajando la revalorización personal, autonomía y autoestima.

-Participar en la realización de un proyecto viable, real, concreto y gratificante

-Propiciar que la persona se valorice, se sienta digna, respetada, escuchada, para poder así sentirse mejor en esta sociedad que la margina.

-Efectuar actividades que involucren áreas cognitivas, expresivas, artística y

comunicacionales para la recuperación, integración, y resocialización.

-Modificar la mirada de los otros, partiendo del trabajo artístico-comunitario

Cosechando tiempo: Es un Centro para discapacitados mentales (CIDIME), es una asociación civil de bien publico, sin fines de lucro, dedicada a la atención de personas con capacidades mentales severas y profundas. La institución es administrada por una comisión directiva conformada por familiares de los asistentes, que junto con el equipo profesional, hacen que sea una organización modelo por su calidad humana y técnica.

"Cosechando tiempo" cuenta con 2 niveles de atención:

Un Hogar Permanente y el otro es el Centro de día Ambos se sustentan en idénticos criterios reconocimiento de la dignidad, respeto por las diferencias y búsqueda permanente de mejor Calidad de vida de sus concurrentes.

Hogar Permanente: Funciona los 365 días del año configurando su hábitat, cuidadosamente diseñado para brindar confort, seguridad y bienestar psicofísico a quienes viven en el. Por tratarse de personas adultas, se da particular relevancia a un tipo de convivencia donde se privilegia la autonomía y la inserción participativa de modo de afianzar en los residentes, el espíritu de familia y de pertenencia hogareña. Los residentes del hogar son concurrentes al Centro de día, lo que suma a su interacción y convivencia con otras personas.

El Centro de día: funciona de lunes a viernes de 9 a 17 hs., trabajando en diferentes aspectos de la vida cotidiana con los concurrentes. En este sentido y teniendo en cuenta que son personas adultas, ellos participan de diversos talleres acompañados por profesionales.

Las áreas de los talleres son: terapia ocupacional; actividades recreativas y socializantes; actividades artísticas; educación física; apicultora y equinoterapia.

Los Talleres protegidos: También son una alternativa para propiciar la inserción social del discapacitado en la comunidad. La rehabilitación se apoya en estas

estructuras intermedias que ofertan la continuidad de cuidados que precisa el paciente psiquiátrico para recuperar su funcionalidad psíquica y conseguir socialización.

Taller protegido "El portal del sol": El taller Protegido Mar del Plata es un área laboral de la institución El Portal del Sol y tiene como objetivo promover la inserción socio-laboral de personas que padecen Diferencias Mentales.

Comenzó a funcionar en el mes de diciembre del año 1979 con el esfuerzo de algunos docentes de la Escuela Especial y de los padres que se encontraron en ese momento con la necesidad de hallar un espacio donde sus hijos pudieran seguir desarrollando sus capacidades, un espacio de contención y compañía junto a sus padres. Así nació el Taller Protegido hace 25 años.

En la actualidad concurren a ella diariamente sesenta jóvenes y adultos, de entre 25 y 56 años de edad, a ocupar un puesto de trabajo en algunos de los diferentes sectores de la institución.

El taller cuenta con diferentes áreas laborales donde nuestros jóvenes se desempeñan. Para lograr el buen rendimiento los mismos se entrenan y capacitan en alguno de los sectores, teniendo en cuenta inquietudes y capacidades particulares, y se desarrollan en esa actividad.

Los sectores son:

Artesanías en madera: Se confeccionan tablas de picadas, tablas pizzerías, tallados de domicilios y nombres

Cestería: Se fabrican canastos de diferentes formas y tamaños: de compras, materos, jugueteros, leñeros, portarramas, bandejas. Se realizan pedidos por encargue.

Cocina y Pastelería: Se elaboran productos de panificación, piononos, tartas dulces y saladas, empanadas, dulces y conservas, todo de elaboración artesanal. Pedidos para ocasiones especiales como cumpleaños, reuniones, eventos.

Arte en papel: Se elaboran diferentes productos a base de papel: cuencos, lapiceros, cajas decoradas, collares con cuentas de papel, portarretratos, tarjetas artesanales, señaladores, regalería en general y tarjetería para fechas especiales.

Además los jóvenes y adultos que asisten al Taller realizan la actividad complementaria de gimnasia.

También cuenta con un área de recreación, organizando al menos una vez por mes, una salida o una actividad dentro del taller exclusivamente de recreación para que todos compartan con sus compañeros apuntando a favorecer la socialización y la relación afectiva entre ellos.

Durante el período 2008/2010 se realizaron una serie de reestructuraciones edilicias para facilitar las condiciones laborales de los operarios que concurren al Taller. Las instalaciones del Taller cuentan en este momento con ámbitos que albergan los sectores de cocina, polietileno, cestería y artesanías en madera, arte en papel, baños para varones y para mujeres, salón de ventas, oficinas de secretaría, dirección y sala de personal.

En lo futuro la institución tiene proyectada la ampliación de los baños teniendo en cuenta el crecimiento de la población que concurre actualmente.

Calidad de Vida

El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60" hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.

En un primer momento, la expresión Calidad de Vida aparece en los debates

públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50"y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos.

El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los 70 y comienzos de los 80, provocará el proceso de diferenciación entre éstos y la Calidad de Vida. La expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos:

El concepto Calidad de Vida, fue analizado desde diferentes enfoques, los cuales se engloban en dos tipos: *Enfoques cuantitativos*, cuyo propósito es operacionalizar la Calidad de Vida. Para ello, se han estudiado diferentes indicadores: Sociales (se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc.); Psicológicos (miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales); y Ecológicos (miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente) y, *Enfoques cualitativos* que adoptan una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente.

El concepto de Calidad de vida puede ser utilizado para una serie de propósitos, incluyendo la evaluación de las necesidades de las personas y sus

niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población general y a otras más específicas, como la población con discapacidad.

La Calidad de vida, es el objetivo que debería tender el estilo de desarrollo de un país que se preocupe por el ser humano integral. Este concepto alude al bienestar en todas las facetas del hombre, atendiendo a la creación de condiciones para satisfacer sus necesidades materiales (comida, vivienda), psicológicas (seguridad y afecto), sociales (trabajo, educación derechos y responsabilidades) y ecológicas (calidad del agua, aire).

Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social.

Las tradicionales medidas de mortalidad y morbilidad están dando paso a esta nueva forma de valorar los resultados de las intervenciones, comparando unas con otras y en esta línea, la meta de la atención en la salud se esta orientando no solo, a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la Calidad de vida del paciente.

Durante los años 80, el término calidad de vida se adoptó como concepto sensibilizador que podía ofrecer a los profesionales de distintas disciplinas un lenguaje común y guiar las prácticas de los servicios humanos, mas orientados ahora hacia la persona, su autodeterminación y el logro de una mayor satisfacción con su vida.

Los Recursos y su Importancia en la Intervención del Trabajo Social

Toda institución es una unidad de producción que transforma determinados objetos en productos, mediante la utilización de recursos humanos, materiales, naturales, técnicos y financieros. En tanto unidad de producción nos permite abordarla desde el Trabajo Social como recurso para el logro de objetivos profesionales. Y en tanto espacio donde se configuran determinadas relaciones de producción, nos permite abordarla desde el Trabajo Social como objeto de trabajo.

La intervención del Trabajo Social se concreta en las acciones con las personas y colectivos que sufren las consecuencias de situaciones carenciales, conflictos y crisis. Su fin es posibilitar el desarrollo humano y autonomía a través de la movilización de sus capacidades y de los recursos.

Los Recursos pueden ser agrupados en tres apartados:

Recursos Humanos o número y cualificación de los profesionales que en un momento dado, pueden atender la colectividad. Toda población real o potencialmente apta, es requerida como recurso humano, para la ejecución de un plan, programa y proyecto de trabajo, dirigidos a elevar la Calidad de vida de esa misma población, sea calificada o susceptible de serlo.

El más humilde ciudadano aun analfabeto o con capacidades diferentes, son un recurso humano. Los hombres son el recurso básico esencial de toda sociedad, ya que ellos son los que producen la riqueza y el desarrollo, organizan y sostienen instituciones, prestan servicios, conforman familias y grupos, crean y trasmiten cultura, lo que es recurso en los hombres es su capacidad física, intelectual, emocional y profesional.

El desarrollo de los Recursos humanos en tanto proceso intenso, complejo y autosostenido, implica mejorar la capacidad creativa de los hombres para resolver su propia problemática. Esto implica centrarse en cubrir cualitativa-cuantitativamente

las necesidades de realización personal y colectiva.

Un plan de desarrollo de recursos humanos consiste en aumentar los conocimientos, la capacitación, la habilidad y las posibilidades innatas de todos los miembros de una sociedad.

Los recursos sociales, son una herramienta importante para mejorar el tratamiento y rehabilitación de las personas con padecimiento psíquico. Tienen un *componente objetivo y uno subjetivo: El componente subjetivo* se relaciona con el apoyo emocional, el afecto familiar, los confidentes, la satisfacción con la familia y los sentimientos de utilidad y de soledad, entre otros. La red social como recurso humano cumple un rol fundamental. En cada intervención se evalúan los componentes básicos de la función familiar disminuidos o nulos, que inciden en la satisfacción de la persona con padecimiento psíquico:

Apoyo: Ayuda que recibe de la familia en caso de necesidad.

Aceptación: Forma que tienen los miembros de la familia de aceptar los deseos del individuo de iniciar nuevas actividades y realizar cambios en su estilo de vida.

Participación: Forma en que la familia le brinda lugar en la discusión de cuestiones y la solución a problemas de interés común.

Comprensión: Modo en que los miembros de la familia son capaces de entender la conducta y el punto de vista de la persona que sufre padecimiento mental.

Protección: Forma en que la familia le brinda cuidados, en dependencia de las limitaciones funcionales que pueda presentar el individuo.

El componente objetivo se relaciona con el tamaño de la red familiar social, los recursos financieros, las características de la vivienda, la convivencia, la necesidad y existencia de un cuidador, entre otros.

Recursos institucionales o equipamientos existentes o necesarios en las que se puede apoyar una política asistencial, coherente y congruente.

Recursos económicos, fuentes de financiación y órganos de gerencia, que

permitan la creación y el mantenimiento de una red asistencial racionalizada y completa.

Los Recursos humanos, institucionales y económicos gerenciales, corresponden respectivamente a los modelos de intervención, institución y gestión que, integran un modelo asistencial completo.

La sociedad a través de su historia y de sus diferentes modos de organización, ha generado formas diversas para la satisfacción de las necesidades del hombre, que básicamente pueden distinguirse en aquellas de carácter societario o instituido (Redes formales) y aquellas de carácter comunitario o no instituido (Redes informales)

Es importante hacer referencia a los conceptos: Necesidades-Recursos, aparecen así como un binomio como una unidad de dos términos en íntima interrelación e interdependencia, ya que la satisfacción de una necesidad impulsa a demandar y utilizar un recurso disponible, accesible. Esto genera un resultado: satisfacción o no de la necesidad.

La relación entre Necesidades y recursos no es armónica, ya que no todas las necesidades individuales, grupales y comunitarias, disponen del recurso para satisfacerla debidamente.

La dinámica de las necesidades en ciertas ocasiones es ascendente, los recursos destinados a satisfacerlas, no siempre tienen el mismo dinamismo, ya que en la producción de estos inciden variables económicas, sociales, culturales y políticas. El concepto de necesidad, debe entenderse no como accidente o inconveniente en la vida de la persona, sino como parte constitutiva de la naturaleza humana y por lo tanto presente en todos. Esta idea de necesidad, se plasma como resultante de un deseo, de una potencialidad y de una carencia en la posibilidad de satisfacción, que instrumenta, a partir de ello estrategias individuales o colectivas para su realización y satisfacción.

Servicios y Prestaciones

Se entiende por Servicios Sociales a los medios que se ponen a disposición pública de la comunidad para su uso y beneficio colectivo por ejemplo una escuela, un hospital. Se concretan fundamentalmente en la Política Social del Estado en países subdesarrollados.

Las Prestaciones Sociales Son medios que se proporcionan a los individuos para su uso privado pero cumplen igualmente una función social (becas, pensiones, jubilaciones). Las concretan en los países desarrollados. En los subdesarrollados no existe una clara delimitación de funciones y competencias entre entidades privadas y oficiales que prestan servicios asistenciales.

Prestaciones Sociales a Nivel Comunitario. Son las prestaciones sociales dirigidas a individuos y familias en situaciones de especial necesidad. Las prestaciones pueden ser ejecutadas por los servicios sociales locales o por grupos de voluntariado. Tienen como principal objetivo evitar ingresos inapropiados en residencias u hospitales por razones de riesgo social. Es importante, que las prestaciones sociales estén coordinadas, para evitar duplicación de esfuerzos y para focalizar las mismas de manera tal que, aseguren el servicio de acuerdo a las necesidades de las personas dando prioridad y cobertura de manera equitativa a las personas con mayor necesidad.

Resulta evidente que la dispersión de recursos sin la capacidad necesaria para utilizarlos conduce al despilfarro y que la capacidad sin disposición de recursos lleva a la frustración.

En cuanto a los recursos, para responder a las diversas necesidades de la población, se debe tener presente la capacidad disponible de estos para satisfacer las demandas y aquí cabe definir tal concepto: Se le llama *demanda* a los requerimientos de esos recursos para satisfacer necesidades. La demanda es el

acto fundador de la intervención. En este aspecto, la demanda proviene de los sujetos que acuden a las instituciones. Pero también, es generada desde las instituciones, la agenda de políticas públicas, los medios de comunicación, etc. Cada demanda, se determina por el uso que la población hace de un determinado servicio o conjunto de servicios.

En muchas ocasiones la demanda sobrepasa la cantidad del personal y esto produce distintos contratiempos en cuanto a la atención.

Burocracia y Contexto Institucional

Introducido el concepto por Gournay, al referirse a la aparición de un grupo dirigente en la Francia del siglo XVIII, para quienes gobernar era un fin en si mismo, la palabra *burocracia* ha ido adquiriendo distintas acepciones con el correr de los años. Es sinónimo de eficiencia y organización racional de las actividades, o de rutina, ineficacia y complicación estéril. Es una de las formas bajo las cuales las clases dominantes ejercen poder o es una clase social o categoría social especial cuyo poder, depende del funcionamiento del aparato estatal y por lo tanto de las relaciones de clase que se dan en el seno de una sociedad determinada.

"La burocracia es una necesidad racional de las actividades del Estado, la verdadera esencia del proceso de modernización política. La burocracia así concebida es un instrumento del Estado y el burocratismo su aparato, estructurado para administrar ese poder, como resultado de una alta división del trabajo"[14] Weber caracteriza en los siguientes términos esa burocracia:

1) Rige el principio de las atribuciones oficiales, fijas ordenadas, mediante reglas, leyes o disposiciones, lo que da a la estructura su carácter de racionalidad.

2) Existe una firme distribución de las actividades metódicas, consideradas como

[14] WEBER, MAX, Economía y Sociedad , México , FCE, 1944, t. 2, Pág. 716-719 y 744

deberes oficiales para cumplir los fines de la organización.

3) Los poderes de mando necesarios para el cumplimiento de estos deberes se hallan igualmente determinados de modo fijo, estando bien delimitados mediante normas, los medios coactivos que les son asignados.

4) Para el cumplimiento regular y continuo de los deberes así distribuidos y para el ejercicio de los derechos correspondientes, se toman las medidas necesarias con vistas al nombramiento de personas con aptitudes bien determinadas.

5) Rige el principio de la jerarquía funcional, es decir un sistema firmemente organizado de mando y subordinación.

6) La actividad burocrática basada en documentos o expedientes, presupone un concienzudo aprendizaje profesional.

7) El desempeño del cargo exige rendimiento y el estricto cumplimiento de normas

8) El cargo es una profesión y el funcionario pretende siempre y disfruta frente al dominado, de una estimación estamental, garantizada por instrucciones que se refieren al rango ocupado.

.La Burocracia como recurso de poder fundado legalmente, crea relaciones de dominio inquebrantables, ya que encadenan al funcionario a su labor, concentra los medios en manos de un jefe, somete el interés individual al interés del Estado y condiciona la conducta de sus integrantes.

En síntesis. mientras para Weber y Merton, la burocracia es parte del poder del Estado, ya que le permite un orden y estabilidad racional, funcionando de acuerdo a cánones de eficiencia y división del trabajo en la producción de bienes, en un enfoque de aceptación tacita y acrítica de ese orden vigente, Touraine y Poulantzas contraponen el concepto de burocracia como atributo del aparato del Estado, al servicio de la clase dominante en una sociedad capitalista.

En cada espacio profesional se encuentran relaciones de poder, de dominación existente. Gobernar una institución conlleva a una interacción, entre gobernados y

gobernantes, una tensión entre administrativos y técnicos, entre jefes y subordinados, entre usuarios y personal y una práctica profesional que sucumbe a ella si no hay un grupo creativo y realmente innovador que actúe con las estrategias del caso.

Las instituciones no gubernamentales también pueden caer fácilmente en la burocracia con la igual finalidad, como por ejemplo muchos sindicatos en los que la cúpula sindical se entroniza a costa de la masa obrera. Se entiende entonces que, si bien toda institución es una estructura dinámica, la forma en que la burocracia se inserta en ella para mantener el statu quo, frena las posibilidades del cambio. Esto es importante para comprender que muchos de los llamados cambios institucionales, son solo cambios en la forma es decir, lo viejo persiste como efecto de una herencia cultural. Lo nuevo surge como efecto de innovación, pero crea resistencias en las conciencias conservadoras para las cuales todo tiempo pasado fue mejor.

La ubicación de la institución para la cual se trabaja comprende la descripción y el análisis, no solamente de su organigrama, reglamentos y objetivos explícitos, sino de la actividad que transcurre en su interior, los programas que realiza y que demuestran el como se organiza socialmente el uso de los recursos, con los que cuenta y los contenidos concretos de los servicios que presta.

Cabe señalar que, las instituciones son parte de una estructura social y por consiguiente son mecanismos a través de los cuales se llevan a efecto determinados tipos de programas, que llegan a los usuarios unas veces como política social ya planificada, u otras como ensayos de convertir los programas en tales.

El trabajador social dentro del ámbito institucional corre el riesgo de desviar su acción hacia una práctica burocrática, en la cual se busca aplicar actividades de tramitación aisladas del contacto con los usuarios en este sentido, las características y situaciones personales no interesan pues nada se realiza fuera de las normas y además porque la burocracia oculta su saber y la actividad frente a la critica. Una de

las desviaciones que han venido preocupando en la práctica profesional es el burocratismo. La consecuencia más palpable del burocratismo, es el inevitable distanciamiento entre las personas y los organismos administrativos, ya sean estos organismos pertenecientes a estados, empresas o cualquier otro tipo de organización. El caso del burocratismo estatal, es una forma deliberada de alejar a las masas de sus derechos legítimos, mediante la desorientación y el desgaste utilizando para ello exigencias administrativas excesivas.

Los problemas actuales de la práctica profesional, es que se desarrollan a través de soluciones prefabricadas por equipos técnicos, que proponen respuestas a necesidades sociales, sin considerar la participación de los usuarios en los programas sociales. Se sugiere la necesidad de situarnos frente a las limitaciones del Trabajador social dentro del espacio profesional, apreciándolas como manifestación o expresión de lo que se podría llamar contradicción de intereses entre la institución, los usuarios y el Trabajador Social.

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[15]

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.

El trabajador social como las demás disciplinas porta un saber, una competencia especifica, que nos posiciona en un lugar determinado frente a la verdad y a las luchas políticas que se desenvuelven alrededor de ella. Nuestra actividad cotidiana, nos ubica en lugares concretos (la universidad, el poder judicial, las clínicas de salud mental, los geriátricos, hospitales) y frente a problemas específicos (las terapias de rehabilitación, las relaciones con familiares, la sexualidad, las condiciones de trabajo), donde tenemos la posibilidad de acceder a una conciencia más concreta y material de la lucha. Porque como miembro de la institución, podemos identificar como circulan y se forman los discursos que dicha institución, toma como verdaderos y que son los que motorizan a las prácticas institucionales.

En la construcción de este proceso es indispensable el aporte del trabajador social, quien debe reconstruir las significaciones, sentidos de la experiencia concreta

[15] DE ROBERTIS, C. "Metodología de la intervención en trabajo social".Editorial El Ateneo. Segunda edición Barcelona. Buenos Aires. México. Lima. 1992. Pág. 131.

de la persona con padecimiento mental, su familia y el entorno en general. Tal situación cuestiona el modelo de intervención tradicional en beneficio de uno interpretativo- cualitativo[16].

La nueva cuestión social relaciona la intervención profesional con tres esferas concretas: la escucha, la mirada y la palabra. Bajo este modelo, el campo de la intervenciones construye en función de las interpretaciones de todos los actores involucrados y los sentidos que estos den a sus practicas (instituciones, entorno, persona con padecimiento mental, trabajador social).

El objeto del trabajador social es otorgar positividad a la palabra y acciones de la persona con padecimiento psíquico, teniendo en cuenta sus posibilidades del "hacer," es en esta actividad donde la persona percibe el reconocimiento de otros que retoma a si mismo.

La función del trabajador social, será recrear vínculos con la comunidad para evitar la cronicidad, aislamiento del paciente de su entorno, reconstruir aquello que institucionalmente fue creado. Dar al paciente externado autonomía para terminar con las huellas de la institucionalización.

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.

La relación del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental, se establece desde dos perspectivas distintas: por una parte, el papel que juega la misma

[16] Este paradigma implica entender al sujeto desde una visión histórica social, en relación con otros sujetos atravesados por cuestiones económicas, políticas, culturales y como este sujeto construye los problemas sociales. Es necesario reconocer los resabios del pasado en la actualidad

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.

El Trabajador Social interviene en los programas específicos de Salud Mental y en el programa de rehabilitación de personas con padecimiento psiquiátrico, donde contribuye a la identificación de los factores familiares y socio ambientales 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 Trabajador Social como Perito en el Ámbito Judicial

Dentro del ámbito judicial, el proceso de comunicación 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 *"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*[17]

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

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.

---

[17] ROBLES, C. "La Intervención pericial en Trabajo Social". Orientaciones teórico-prácticas para la tarea forense. Ed. Espacio. Bs.As. 2004. Pág. 174

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 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 Curaduría Oficial de Alienados, 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 Salud Mental sobresaturados por la demanda, en relación a sus capacidades operativas y/o imbuidas en 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 Curaduría Oficial de Alienados.

En una primera apreciación de la lectura del mismo, deberá clarificar cuál es 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.

CAPÍTULO III

EL TRABAJO SOCIAL Y SUS MODOS DE INTERVENCIÓN

I) *Intervención directa*

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 aportar la asistencia profesional necesaria al asistido (...). Sobre él convergen las expectativas del asistido y del empleador. En efecto, es él quien tiene la responsabilidad de controlar -tanto como sea posible- las influencias que ejerce y, en todos los casos, de analizar, explicar claramente y escoger las intervenciones que se llevan a cabo*[18]

En su obra *Metodología de la Intervención en Trabajo Social,* Cristina Di Robertis expone seis grandes 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.

1- Clarificar –apoyar:

Esta intervención tiene como objetivo permitir al asistido analizar los diversos

[18] DE ROBERTIS;C "Metodología de la Intervención en Trabajo Social" Editorial El Ateneo Segunda edición. Barcelona Buenos Aires. México Lima 1992. Pág. 135

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). *"El trabajador social utiliza su relación con el asistido, como un medio privilegiado, como una palanca de las potencialidades latentes en el asistido, como motor de cambio"*[19]

La Clarificación implica una acción atenta del Trabajador Social, para lo cual emplea 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.

Observar implica percibir los mensajes no verbales, gestuales y corporales que expresan los sentimientos del asistido (tensión, abatimiento, alegría, etc.). Así, escuchar y observar son dos actividades complementarias del trabajador social que intenta comprender.

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, se pueden realizar dos actividades de clarificación; el trabajador social puede reordenar los elementos (tanto objetivos como subjetivos) con que cuenta de la situación del asistido, tal como los comprendió y comprobar con el asistido si su comprensión fue pertinente, o bien formular preguntas complementarias, centradas en el problema expuesto. Esto permite abrir nuevas

---

[19] DE ROBERTIS; Obra citada Pág. 137

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 adecuada atención, 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.

Comprensión 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.

Es un proceso dinámico que no se detiene; siempre debe completarse, es difícil y doloroso. En un primer nivel la persona debe lograr una comprensión de la dinámica del pasado, del origen y desarrollo de la propia personalidad. En un segundo nivel se busca promover la comprensión de sí mismo, de su comportamiento y actitudes.

2- Informar –Educar:

El trabajador social utiliza sus conocimientos y saberes para responder a las necesidades del asistido. Este tipo de intervención reconoce tres formas:

Información: tiene como objeto proveer al asistido de los conocimientos suficientes para que pueda escoger y hacer valer sus derechos tanto en lo legal y administrativo (información acerca de cómo guiarse y actuar en diferentes organismos). Se provee información sobre los recursos y los 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.

Desde la Curaduría y tendiendo en cuenta que varios de sus representados atraviesan una carencia material excepcional, este tipo de intervención se presenta en forma recurrente y dado que ningún proyecto de vida puede ser realizado sino se asegura, previamente la alimentación, la vestimenta, la vivienda, como primeros aspectos que hacen a la condición humana.

En el caso de los representados de la Curaduría a veces las personas no están capacitadas para actuar por sí mismas y es el trabajador social quien debe procurarles los recursos que necesitan y capacitarlos para utilizarlos de un modo constructivo.

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.

3- Persuadir-Influir: En trabajo social, diferentes formas de intervención utilizadas corrientemente tienden a ejercer –en forma conciente y querida- una 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 otras influencias menos conscientes, y recíprocamente, experimentan influencias de parte de sus asistidos.

Entre estos tipos de intervenciones se definen:

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.

La 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 que en varios casos la capacidad para proyectarse en el futuro y para imaginar el porvenir es limitada.

La 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 objetivo imponer al asistido, coacciones y límites, así como ejercer sobre él una cierta vigilancia. Se pueden distinguir 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 la 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 en la medida de lo posible y coordinadamente con el lugar de tratamiento y/o entorno familiar y red social de la persona, realiza un seguimiento que tiene por

objeto no sólo proteger la situación patrimonial de ésta, 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:

Estas intervenciones tienen 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: establecer un ritmo para los encuentros, 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 habituales: 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.

II) Intervención indirecta

Además de las intervenciones en relación directa con los asistidos, los trabajadores sociales tienen la posibilidad de realizar otras intervenciones, que actúan de forma indirecta. Las 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"[20]

Cristina De Robertis expone 5 tipos de intervención indirecta:

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.

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

---

[20] DE ROBERTIS, C. Obra citada Pág. 138.

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 a tres 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

A) Fases preliminares a la constitución de un grupo

B) Organización de actividades de grupos puntuales

C) 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; Cas abierta; 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.

En el trabajo que se desarrolla en la Curaduría cuando se toma intervención, el deterioro de la red social desatendida por largos periodos no siempre permite retrotraerse a etapas de autonomía, de la red de la que forma parte el causante. Se trata entonces de establecer en que medida esa red podrá recuperar sus capacidades o deberá ser asistida para el cumplimiento de sus funciones.

Cuando la red natural esta debilitada o deteriorada es preciso pensar en su sustitución, por una red institucional o artificial. Esto lo observamos cuando la persona se encuentra en faz aguda de una descompensación clínica o cuando su capacidad de mantener un proyecto de vida autónomo es inexistente o se ha agotado.

Cuando la red sustituta esta destinada a suplantar una red primaria inexistente o una en que los vínculos que establece son de carácter negativo, esta indicado trabajar sobre proyectos de mayor permanencia, tales como casa de Pre -alta, casa de medio camino, casas de convivencia, familias alternativas etc.

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 este tipo de intervención puede ser un intercambio de informaciones que permitan realizar evaluaciones pertinentes y elaborar planes de acción, estudiar y analizar un problema, etc.

Se distinguen 4 tipos diferentes de colaboración entre trabajadores sociales:

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 Presente tesis constituye una Investigación en áreas específicas, se basa en una sistematización, es decir a partir del registro de una práctica lograr un acercamiento a una realidad determinada. "A través de la sistematización se concreta la unidad teórica-practica, la praxis en el sentido de reflexionar haciendo y hacer reflexionando" [21]

Para su realización se seleccionaran los casos, a partir de las propias intervenciones y los datos suministrados por informantes claves, equipo de Trabajo de esta Dependencia, lectura de Legajos y de las Instituciones que los representan.

Para la elaboración de la muestra se seleccionaron representados de la Curaduría Oficial de Alienados de ambos sexos, con padecimiento psíquico crónico declarados insanos, con domicilio en la ciudad de Mar del Plata, que registraran una o más intervenciones del Servicio Social para la resolución de su problemática en cuanto a las demandas realizadas en las distintas Instituciones.

Se tomó como casos de análisis las instituciones que trabajan en conjunto con la C.O.A. Estas son I. O. M. A, P. A. M. I. y el HIGA.

Las técnicas de recolección de datos utilizadas para la realización de la sistematización fueron:

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

1-Observación documental y análisis bibliográfico:

[21] KISNERMAN, N MUÑOZ, D "Quien le teme a la sistematización" Editorial Lumen Humanitas. Buenos Aires. Argentina. 1996. Pág. 15

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.

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"[22]

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[23]

[22] ANDER, EGG. Ezequiel, "Técnicas de Investigación Social".ed. Humanitas. 21 ediciones. Buenos Aires. Argentina. Mayo 1997Pag. 22

[23] ANDER, EGG, Obra citada Pág. 24

3-Entrevista semiestructurada y en profundidad:

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.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

Caso 1: N. O.

Edad: 53 años.

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 especula 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° 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. Si bien la Sra. N.O. cuenta con una hermana que reside en esta ciudad, no mantienen un vínculo estable, ni recibe de ella ningún tipo de ayuda económica adicional.

En relación a su situación económica-laboral, a raíz de su enfermedad se vio

imposibilitada de continuar desempeñándose como azafata de aeronave, quedando de esta forma sin ingresos estables para su manutención.

Respecto a su situación habitacional, residió en diferentes pensiones, hoteles 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.

En cuanto a su situación sanitaria, la causante era atendida por la guardia del Servicio de SM del HIGA, esto ocasionaba una dificultad para controlar su tratamiento 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.

Estrategia de Intervención (en la gestión de recursos):

A partir de la designación de la COA como representante, se comenzaron a realizar gestiones para la obtención del Subsidio Asistencial Previsto por la Ley 10315 y, paralelamente, para una pensión graciable a Nivel Nacional. Actualmente cuenta con la percepción de dicha pensión, por medio de la cual se obtiene la Obra Social del Programa Federal de Salud (PROFE), un programa de cobertura medica para personas que poseen una pensión no contributiva. A través del mismo se busca asegurar el cumplimiento de las políticas de prevención, recuperación de la salud y el ejercicio del derecho de los afiliados a gozar de las prestaciones médicas conforme a lo establecido por el PMO (programa médico obligatorio).

Se la incluyó en el Programa Provincial de Ayuda Alimentaria por el que se gestiona la entrega de una bolsa de mercadería.

Obtención del Pase gratuito de transporte urbano.

Obtención del Certificado Provincial de discapacidad expedido por la Zona VIII.

Calidad de vida

Hasta la finalización del presente informe mayo del 2009, la Sra. N.O, continuaba con los controles psiquiátricos y médicos. La cobertura médica permite garantizar a la causante un tratamiento digno y continuado por consultorio externo.

En cuanto a su calidad de vida, se comenzó a trabajar con la accionada en referencia a un tratamiento para sus adicciones, logrando que se incorpore a un grupo de Alcohólicos Anónimos donde encontró contención.

A partir de los beneficios otorgados por la COA, se logró mejorar su manutención económica. Además se la incorporó a un dispositivo de Hogar sustituto y esto permitió ubicarla en una vivienda estable.

Caso 2: D.O.

Edad: 35 años

Nacionalidad: argentino

Estado civil: soltero

Diagnóstico: "Retraso mental leve"

Cobertura social: no posee

Síntesis del caso:

El causante, porta un diagnóstico de "Retraso mental Leve" 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 "Retraso Mental Moderado". 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.

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

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

Estrategia de Intervención (En la gestión de recursos)

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 necesaria 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. En esa oportunidad el médico que lo asistió, no considero necesaria una continuidad para su tratamiento, ni la indicación de medicación.

Esta consulta medica, permitió que desde la COA se pudiera comenzar a trabajar conjuntamente con el causante en la obtención de los siguientes beneficios:

Obtención del certificado de discapacidad.

Solicitud del Beneficio Asistencial Ley 10315.

Solicitud de una Pensión graciable.

Inclusión en el Programa Alimentario Único.

Obtención del pase gratuito de transporte urbano de pasajeros

Calidad de vida:

Hasta la finalización del presente informe, el accionado no presentó alteraciones en su patología y se desenvolvió con cierta autonomía en sus actividades cotidianas. A través de la incorporación a la Obra social PROFE, se logro una continuidad y control en su tratamiento clínico y psiquiátrico. Debido a que el causante no poseía vivienda propia, con los beneficios otorgados se logró alquilar una habitación en una pensión.

Caso 3 E.P

Edad: 70 años

Estado civil: soltera

Nacionalidad: argentina

Diagnóstico: Trastorno Psicótico (inducido por enfermedad)

Cobertura social: PROFE

Síntesis del caso:

La causante porta un diagnóstico de Trastorno psicótico inducido por una lesión germinativa desde los 6 años de edad. Por ese 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 siete 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 curador representante de la causante.

En cuanto al eje económico, la accionada se dedicaba a la venta callejera (lapiceras, mapas, broches y otros) sobre todo en las inmediaciones del Hospital Interzonal de Agudos HIGA obteniendo ingresos inestables e insuficientes para cubrir sus 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 aquella quebró y se vio imposibilitada de continuar con el pago.

En cuanto al eje sanitario la causante ha registrado reiteradas internaciones en el servicio de Salud mental del HIGA, por descompensaciones en su patología, que se prolongaron como consecuencia de contar con una minima contención y apoyo familiar por parte de su hija. La causante concurrió al Hospital de día de dicho nosocomio hasta el mes de mayo del 2008, 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 emocional a consecuencia de su patología, por tal motivo en el mes de junio del presente año sufrió una internación luego de la cual fue trasladada a un geriátrico.

Estrategia de intervención (en la gestión de recursos)

Desde la intervención de la COA se gestionó la solicitud del subsidio

asistencial de la Ley 10315, que le permitió realizar el pago de dicho hogar, dejando los magros ingresos que la encartada percibía por la venta callejera, para la compra de sus elementos personales.

Se gestionó el préstamo de una silla de ruedas ante la institución CILSA, dado que la accionada había sufrido una caída (antes de ser internada) en el lugar donde residía, que le causó traumatismo de cadera.

Solicitud de pensión graciable. El otorgamiento de la misma posibilitó cubrir los gastos de traslado desde su lugar de internación a un geriátrico, e incluirla en la Obra Social PROFE.

Calidad de vida

Hasta el momento del cierre del presente informe, la causante se hallaba compensada en su patología. La incorporación a la Obra Social permitió la continuidad y control de su tratamiento clínico y psiquiátrico. Con la obtención del subsidio Asistencial, se pudieron cubrir sus necesidades básicas y gastos personales (vestimenta, artículos de aseo personal, etc.).

Caso 4 S A

Edad: 46 años

Estado civil: soltero

Nacionalidad: argentino

Diagnóstico: Retraso Mental Leve

Cobertura social: No posee

Síntesis del caso:

Durante los primeros años de vida el causante presentó signos de retraso madurativo y una dificultad en el desarrollo de sus capacidades motoras. Conforme al certificado expedido por la Región Sanitaria Zona VIII del Ministerio de la Salud de la

Pcia. de Bs. As, el causante es portador de un Retraso Mental Leve.

En el año 2004 fallece la madre del accionado, quien padecía problemas cardiacos y estaba incapacitada, por este motivo se queda sin familiar que ejerciera su contención. La tía del accionado es el único referente familiar, la misma tiene dos hijas, las cuales, por razones laborales, no pueden asumir el cargo de Curador pero asumen el compromiso de ofrecerle contención afectiva.

A través de una entrevista efectuada en la Curaduría, se le notificó al accionado la aceptación de esta dependencia como Curador Oficial.

Con respecto a la situación habitacional, el accionado continúa viviendo solo desde el fallecimiento de su madre en un inmueble alquilado ubicado en la calle Jara 3124.

En cuanto al aspecto sanitario, en la actualidad el causante no necesita tratamiento farmacológico, pero concurre mensualmente a los controles psiquiátricos por consultorio externo en el servicio de Salud Mental del HIGA.

Con respecto a su vida social su red vincular está compuesta por el personal del Registro Civil del cuartel de bomberos de este medio y con la Licenciada del Área de discapacidad Municipal.

En cuanto a la situación económica: el accionado desempeña tareas informales, cuidando coches en la entrada del Registro Civil de las Personas, y además realiza trámites (paga impuestos y otros mandados para los empleados del lugar).

Dichos ingresos son insuficientes para cubrir sus necesidades básicas y para solventar el alquiler del lugar donde reside.

Estrategia de Intervención (en la gestión de recursos)

Desde la intervención de la Curaduría, se gestionaron los siguientes beneficios

Solicitud del beneficio Asistencial de la ley 10315,

Solicitud de pensión graciable.

Obtención del Pase gratuito de transporte urbano.

Obtención del Certificado de discapacidad Provincial otorgado por la zona VIII.

Inclusión en el Programa Alimentario.

Calidad de Vida:

Hasta la finalización del presente informe el causante se encontraba estable, no requiriendo tratamiento psiquiátrico ni farmacológico. En su cotidianidad se desempeña en forma independiente, cuidando su higiene personal y manteniendo una red vincular favorable.

Su calidad de vida cambió de forma satisfactoria a raíz de los beneficios otorgados con los cuales puede afrontar la totalidad de los gastos relativos a su manutención básica y el pago del alquiler de la habitación donde reside.

Continúa con los controles clínicos y psiquiátricos en el Hospital Interzonal de Agudos.

Caso 5: G.M.

Edad: 38 años

Nacionalidad: argentina

Estado civil: soltero

Diagnóstico: Trastorno Psicótico (inducido por sustancias)

Cobertura social: PAMI

Síntesis del caso:

El causante porta un diagnóstico de Trastorno Psicótico inducido por el consumo de sustancias toxicas y por se 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. A raíz de continuos episodios de descompensación, fue internado en el servicio de Salud Mental del Higa. Por 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 encontraba desvinculado afectiva y materialmente de la totalidad de su grupo familiar.

En cuanto al aspecto económico, el accionado trabaja desempeñándose como cuidador de coches en el estacionamiento del Hospital Interzonal de Agudos, obteniendo por ello ingresos inestables e insuficientes para su manutención

Respecto al eje sanitario, realiza sus controles psicofarmacológicos en el servicio de Salud Mental del HIGA, por consultorio externo y fue incluido a un dispositivo de Hospital de día en 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 a consecuencia de su patología, por no contar con una atención adecuada. Esta situación lo llevó a protagonizar episodios conflictivos con sus pares y con el personal del Hospital de día, episodios que derivaron en la exclusión del causante de dicho Hospital.

Estrategias de Intervención (en la gestión de recursos)

A raíz de no contar el accionado con ningún ingreso estable, desde la Curaduría:

* Se gestionó la obtención del beneficio Asistencial previsto por la ley 10315, y, paralelamente, una pensión graciable. Esto permitió incluirlo en el Programa PROFE. (Programa Federal de Salud)

* En el 2009 se gestionó su incorporación a Anses como hijo a cargo de la madre y su afiliación a PAMI.

* Se tramitó además su admisión en el Centro de Prevención de Adicciones (SEDMA), que funciona en el Centro de Salud "Jara".

* Se lo incluyó en un dispositivo de Casa de Convivencia.

* Se lo incluyó en el CPS (Centro de Promoción Social) el cual tiene convenio para su funcionamiento con la ONG AIPE (Asociación Integradora de Personas con

Padecimientos Psíquicos)

Calidad de vida:

Hasta el cierre del presente estudio, el causante continuaba con controles psicofarmacológicos mensuales por consultorio externo en el servicio de Salud Mental del HIGA. La afiliación a PAMI permitió obtener una mayor cobertura de su tratamiento, tanto en atención clínica como psiquiátrica y la adquisición de medicamentos, en especial los que requiere por su enfermedad de HIV. Para el control de su problema de adicción, seguirá concurriendo al Centro de Atención a las Adicciones. Continuará participando de los talleres del CPS (Centro de Promoción Social), permitiendo este dispositivo, mejorar su desarrollo personal, la recuperación de su integridad y el desarrollo de sus potencialidades laborales y culturales.

El dispositivo de Casa de Convivencia, permitió ubicarlo en una vivienda estable y lograr su rehabilitación e inserción social.

***Caso 6*: I D.**

Edad: 45 años

Estado civil: soltero

Nacionalidad: argentino

Diagnóstico: Esquizofrenia.

Cobertura social: no posee

Síntesis del Caso

La patología del causante es de larga data (infancia- adolescencia), habiendo registrado dos internaciones en el Servicio Social de Salud Mental del HIGA (Hospital Interzonal de Agudos).

En cuanto al aspecto familiar, el causante convivía con la Familia del Sr. P. conformada por su esposa y las hijas del matrimonio. Al momento de efectivizar la adopción plena a esta familia, el accionado se rehúso.

En diciembre de 1994, con la sentencia de incapacidad dictada por el Juzgado

Civil N° 2 Dpto. Judicial de Mar del Plata fue designado el Sr. P. en el cargo de curador. El 6 de febrero del 2003, el mismo, de avanzada edad, fallece y se resuelve dejar sin efecto su nombramiento, asumiendo su reemplazo la Curaduría Oficial de Alienados

A partir del año 2003, no ha habido ningún vínculo entre el accionado y las hijas del Señor P.

Con respecto a la situación habitacional, el accionado vive solo en una pensión, en la zona de la ex terminal de ómnibus (entre las calles Sarmiento y Alberti).

En cuanto al aspecto económico, el causante hasta la fecha no ha contado con ningún tipo de ingreso.

En relación a la salud: el accionado mantiene controles ambulatorios en el servicio de salud Mental del HIGA, los cuales no son realizados con la frecuencia necesaria por las características propias de su enfermedad. A raíz de esta situación, en el año 2004 el Servicio de Salud Mental del HIGA recomienda su internación.

Estrategia de Intervención (en la gestión de recursos)

En mayo del 2008, se comienza a intervenir en el caso a partir de una entrevista a la Directora del Departamento de Salud Mental del HIGA, lugar donde permanecía internado el causante. En el mismo año el accionado fue dado de alta y desde el Servicio Social de la COA surge la necesidad de buscarle un alojamiento.

Debido a que el accionado no tenía contacto con las hijas del Sr. P, desde la COA se comienza a trabajar para recuperar dicho vínculo. En junio del 2008 se mantiene una comunicación telefónica con una de las hijas y se acuerda una entrevista. En octubre del mismo año se presentan ambas en esta dependencia, explicando que por razones laborales y personales, no pueden asumir el cargo de curadoras. Pero si estarán dispuestas a colaborar con el tratamiento del Sr. ID efectuando un aporte mensual de quinientos pesos.

Teniendo en cuenta la carencia de sostén afectivo, se comenzó a trabajar en la

inclusión de un dispositivo de acompañamiento terapéutico mediante el pago del servicio.

Dado que el accionado no posee ningún ingreso para su manutención básica, se gestionaron los siguientes beneficios:

Solicitud del beneficio Asistencial previsto por la Ley 10315

Solicitud de pensión graciable.

Alquiler de una habitación con baño privado en un Hospedaje para su residencia permanente.

Inclusión en un dispositivo Centro de Día el CPS (Centro de Promoción Social), el cual trabaja por convenio con una ONG AIPE (Asociación Integradora de Personas con Padecimientos Psíquicos)

Obtención del Pase gratuito de transporte urbano de pasajeros.

Obtención del Certificado Provincial de Discapacidad otorgado por la zona VIII.

Inclusión en el Programa Alimentario.

Calidad de Vida

Hasta el cierre del presente estudio, el causante sigue concurriendo a los talleres del CPS (Centro de promoción social), donde realiza diversas actividades ocupacionales, artísticas, expresivas, deportivas y recreativas. Su inclusión al dispositivo favoreció su desarrollo personal e inserción social. Continúa con los controles psicofarmacológicos y clínicos de forma mensual por consultorio externo del Servicio de Salud Mental del HIGA.

Con la incorporación de un AT (Acompañante terapéutico) se logró: Tener un mejor control de su tratamiento, fortalecer los lazos sociales y contención afectiva.

Los beneficios asistenciales otorgados por la Curaduría, y el aporte de 500 pesos, permitieron cubrir los gastos de alquiler y satisfacer sus necesidades de manutención básica (artículos de aseo personal, vestimenta, alimentación, etc.).

Caso 7: *R.I.*

Edad: 47 años

Estado Civil soltero

Nacionalidad: Argentino

Diagnóstico: Esquizofrenia crónica

Cobertura Social: No posee.

Síntesis del Caso

El Sr. RI. porta un diagnóstico de esquizofrenia crónica, que data de 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 éste, a cambio de permanecer en una vivienda perteneciente 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 esta 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 Curaduría como representante del causante.

El Sr. RI, dadas las características de su patología, no registró hábitos laborales, ni desempeñó nunca tarea remunerativa alguna, motivo por el cual no cuenta con el respaldo de un haber previsional. Tampoco percibe beneficio asistencial alguno. El único ingreso con el que cuenta para satisfacer sus necesidades lo constituye la ayuda proveniente 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.

Con respecto a la situación sanitaria, el encartado se trataba por su patología en el servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal de Agudos. En el año 2005, su médico tratante cesó en sus funciones quedando el Sr. R sin atención, dado que no fue cubierto tal cargo. Esto motivó la concurrencia del accionado 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 en la guardia, ya que no concurría por crisis o brotes en su patología. Por tal motivo, y a raíz de la escasez de profesionales, se lo derivó al Servicio de Salud Mental Municipal, para darle continuidad al tratamiento que requiere. Al concurrir al área Municipal de salud mental, se encontró con la dificultad que no contaba con médicos psiquiatras. En virtud de esta situación, el accionado quedó desprotegido, generándose una recaída en su patología.

Estrategias de intervención (en la gestión de recursos)

A partir de lo expuesto y con el fin de que el accionado logre continuidad en su tratamiento, la asignación de un médico tratante y la provisión de medicamentos, desde la COA se establecieron contactos con diferentes instituciones nacionales y municipales encargadas de la atención primaria en salud mental, solicitando que se le designe un médico psiquiatra tratante al accionado. Luego de reiteradas comunicaciones telefónicas con la dirección de dichas instituciones se logró, en octubre del 2008, una respuesta favorable.

En términos de Dewey se puede decir 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 del certificado de discapacidad, para poder realizar diferentes trámites.

*Obtención del pase gratuito de transporte urbano.

* Obtención de un turno para consulta oftalmología 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)

Calidad de vida

A partir de poder garantizar al causante un tratamiento continuado por consultorio externo y la provisión de medicamentos, se observó que el mismo no registró internaciones.

En la actualidad continúa con los talleres en el dispositivo Artquimia; esto le permite desarrollarse en diferentes actividades (artísticas, laborales, culturales, etc.), lograr su integración social y laboral. Hasta el cierre del presente informe el accionado se maneja de forma independiente y no ha presentado recaídas ni inconvenientes con respecto a su salud.

Caso 8: PR

Edad: 58 años

Estado Civil: Soltero

Nacionalidad: Argentino

Diagnóstico: Trastorno Psicótico

Cobertura social: No posee

Síntesis del caso

El causante es portador de un diagnóstico de Trastorno Psicótico 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 la situación desembocó en agresiones físicas y verbales hacia su madre.

A raíz del fallecimiento de ésta (5 años atrás) el accionado sufrió

descompensaciones a consecuencia de su patología. Esto lo llevó a protagonizar episodios violentos con algunos vecinos de su barrio. En uno de los episodios, el encartado fue agredido físicamente causándosele traumatismo de cráneo severo, por lo cual se lo trasladó al Hospital Interzonal de Agudos.

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 ciudad, 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.

En cuanto al aspecto sanitario, el causante realizaba sus controles mensuales por consultorio externo, en el servicio de salud mental del HIGA, manteniendo continuidad en los controles, donde además le proveían la medicación indicada.

Estrategias de intervención (en la gestión de recursos)

En el mes de abril del 2008, esta Dependencia fue mencionada 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. PR.

Se dio inicio a los trámites para Obtención del Certificado de discapacidad.

*Se gestionó pase gratuito de Transporte urbano;

*Solicitud del Beneficio Asistencial previsto por la ley 10315;

*Solicitud de pensión graciable;

* Inclusión en el Plan Alimentario.

Calidad de vida

Hasta la finalización del presente informe, el causante no ha presentado recaídas en su patología. Para sus controles clínicos y psiquiátricos continúa concurriendo al Servicio de Salud Mental en el HIGA, por consultorio externo.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

Podemos observar que nuestra sociedad, naturaliza la institucionalización de la personas con padecimiento psíquico y lo juzga como algo inevitable. La lógica manicomial no necesita de la creación de un neuropsiquiátrico, dado que es reproducida por los servicios de Salud mental y las instituciones encargadas del Sistema de Atención Primaria de la Salud, la refuerzan, cuando las políticas planteadas redundan en la exclusión de diversas patologías, convirtiéndose en espolsadores hacia los servicios de Salud Mental o los asilos.

El sistema argentino de servicios sociales y de salud Mental para las personas discapacitadas psiquiátricas, se encuentra desfasado respecto a los cambios ocurridos en el mundo durante los últimos años. Debido en gran parte a la inexistencia de servicios de salud mental en la comunidad, las personas con discapacidad mental han sido segregadas de la sociedad, al ser ubicadas en instituciones psiquiátricas. Esta segregación constituye una forma de exclusión social.

Mar del Plata no cuenta con un Hospital Psiquiátrico monovalente, realidad que permite entrever que, debido a la cantidad de habitantes, los dispositivos terapéuticos existentes en la ciudad no son suficientes. Este es el motivo por el que se puede apreciar una sobredemanda asistencial en el Servicio de Atención de Agudos del HIGA, dada por la escasez de alternativas terapéuticas que contemplen las capacidades individuales y tiendan a llevar adelante acciones de desarrollo a nivel comunitario (nivel intermedio de atención, Centro de día, Casa de Medio Camino).

El ámbito público de atención sanitaria se halla crónicamente desbordado. En el mismo hay exceso de pacientes crónicos y nuevos pacientes provenientes de todos los niveles de atención. El análisis permite observar, además, que:

-Hay déficit de profesionales, principalmente médicos psiquiatras.

- Se observa 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 centro de salud.

- Falta de interacción entre Nación y Provincia. Llegan los programas pero no se pueden concretar, debido a la insuficiencia de recursos.

-Grado de deterioro avanzado en las personas que deambulan por varias instituciones y no encuentran un dispositivo que las cubra.

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

-Las personas con padecimiento psíquico crónico que no cuentan con una obra social, dependen para su atención sanitaria de su inclusión en el sistema público de SM (Hospital Interzonal de Agudos, etapa aguda de la enfermedad).

-Las que no cuentan con atención sanitaria en salud mental por consultorio externo, deambulan por distintas instituciones de este medio, en busca de una satisfacción a su demanda.

-Las que no cuentan con médico psiquiatra tratante sólo pueden acceder a atención si presentan una recaída a consecuencia de su patología, que derive en la internación en el servicio público de salud mental.

-Las personas con patologías duales (padecimiento mental y algún tipo de adicción), no cuentan con un dispositivo terapéutico adecuado para su atención.

-Las personas con padecimiento mental que presentan problemáticas habitacionales, de Salud y económicas dependen de la obtención de subsidios o pensiones graciables no contributivas para satisfacer sus necesidades.

Estas problemáticas se dan como resultado de una mala asignación de los recursos existentes y de la falta de una planificación adecuada para la Atención Primaria en Salud Mental.

La falta de una política integral e integradora de Salud Mental lleva a que los profesionales e instituciones implementen estrategias de intervención capaces de cubrir estas falencias, en pos del derecho como ciudadanos que tienen las personas con padecimiento psíquico, a obtener una calidad de vida 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 o domicilio, con el objetivo de clarificar-apoyar, informar-educar, persuadir-influir, poner en relación-crear nuevas oportunidades y estructurar relaciones de trabajo con los asistidos, 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 no contributiva, beneficio asistencial, inclusión al Programa Alimentario; inclusión a dispositivos como Talleres Protegidos, Centro de Promoción Social; Hogares sustitutos; Casa de convivencia; entre otros).

En cuanto a la atención sanitaria en salud mental, se establecieron contactos con las diferentes instituciones nacionales y municipales encargadas de la Atención Primaria de la Salud Mental, solicitando la designación de médicos tratantes.

Desde su rol, el Trabajador Social toma conciencia que, a través de su intervención estratégica y sistemática, puede dar respuesta a las demandas de las personas. Las intervenciones forman parte de un conjunto tendiente a la construcción de diferentes alternativas destinadas a favorecer los derechos de ciudadanía para las personas con padecimiento psíquico: el derecho a tener una casa, ingresos, formación e instrucción de acuerdo a sus posibilidades, a generar

redes de solidaridad y reforzar vínculos sociales.

Sin embargo, cabe destacar que si no se da un cambio en las políticas sanitarias, estas intervenciones quedan relegadas a la satisfacción de lo meramente inmediato y puntual.

Argentina cuenta con los recursos necesarios para desarrollar nuevas políticas que apunten a un cambio en la manera en que se prestan los servicios de públicos Salud Mental: amplia base de profesionales, modelos de reforma de SM y leyes progresistas que favorecen a la Promoción y prevención de la atención en SM, en la atención primaria. Para que este cambio se lleve adelante hace falta un verdadero compromiso tanto del sector profesional como de la dirigencia política y toda la comunidad.

El tratamiento de la patología mental requiere acciones de sostén que apunten fundamentalmente a la organización de la vida cotidiana. Las personas con padecimiento psíquico tienen derecho como ciudadanos y deben por ello recibir una atención digna y adecuada.

Como cierre del presente trabajo, adhiero a las palabras de Lamamoto cuando se refiere a los desafíos que los trabajadores sociales deben asumir: "*el trabajador social vive el presente, debe desarrollar la capacidad de descifrar la realidad, construir propuestas de trabajo creativos capaces de preservar y efectivizar los derechos, a partir de demandas que emergen desde lo cotidiano. En fin, se trata un profesional propositivo y no sólo ejecutivo." (1998:20)*

BIBLIOGRAFÍA

AMICO, L. "Desmaniacomialización, Hacia una transformación de los dispositivos hegemónicos en salud mental" Disponible en www.margen.org/margen35/AMICO

AMICO, L. La Institucionalización de la Locura-La Intervención del Trabajo Social en Alternativas de atención. Editorial Espacio REC. Bs. As. 2005.

BIESA, M., CARROZA, C. y CASTELVETRI, J "La intervención del Trabajador Social en la gestión de Recursos materiales, para el desarrollo y sostén de la realidad de vida de las personas con padecimiento psíquico Tesis de grado de la Carrera de lic. en Servicio Social UNMDP Año 2004

BUSTELO, E. ISUANI, "Mucho, poquito, nada- Crisis y alternativas de Política Social en los 90". Material de Cátedra de Planificación y Desarrollo de la Carrera de Servicio Social. UNMDP, Año 2008

DE ROBERTIS, C, "Metodología de la Intervención en Trabajo Social" Editorial El Ateneo Segunda Edición. Barcelona, Bs. As, México, Lima 1992 Pág. 131.

DELL ANGLIO, M., "La Práctica del Perito Trabajador Social". Una Propuesta metodológica de Intervención Social

FALEIROS, VICENTE DE PAULA "Espacio Institucional y Espacio Profesional en Trabajo Social e Instituciones Editorial Humanitas Bs. As. 1986

FARAONE, Silvia, "Políticas en Salud Mental", Revista Margen Edición 7/8 abril de 1995

FOUCAULT, M "Historia de la Locura en la Época Clásica". Vol. I y Vol.II Editorial: Fondo de cultura económica. 1997

GALENDE, Emiliano, "Situación actual de la Salud Mental en Argentina", Revista Salud, problemas y debate Año I X N° 17 Editorial Paidós, Buenos Aires 1997

GALENDE, E. "De un Horizonte incierto" Editorial Paidós, Bs. As, 1999, Pág. 21

GARCÍA, SALOR SUSANA, "Especificidad y rol en Trabajo Social" Editorial Lumen Humanitas, Argentina 1998 Pág. 41.

HAMILTON, G, "Teoría y Practica del T. S. de Casos". Ediciones Científicas La Prensa Medica Mexicana. S.A. 6 ta. Reimpresión 1982 Editorial Founier. Pág. 2.

HARBINSON, FRDERICK, "Los Recursos Humanos y el Desarrollo en Aspectos Sociales y económicos del Planeamiento de la Educación UNESCO, 1965 Pág. 1

HENRI, EY, BERNARD, P, BRISSET, CH "Tratado de Psiquiatría" Ed. Toray Masson 8° Edición España 1998.

HILL, RICARDO, "Caso Individual" Editorial Humanitas. Bs. As 1979 Pág. 46.

KISNERMAN, N MUÑOZ, D "Quien le teme a la Sistematización" Editorial Lumen Humanitas. Buenos Aires Argentina. Agosto de 1996

LAS HERAS, PATROCINIO Y CORTAJARENA, ELVIRA, "Introducción al Bienestar Social, Madrid. Federación Española de Asociaciones de Asistentes Sociales (Fedas) 1998 Pág. 30

MELANO, MARÍA CRISTINA, "Pistas para la Sistematización de Técnicas Participativas en Trabajo Social", Anuario Departamento de Servicio Social, UNMDP, Abril 1997.

MAX NEEF, M "Desarrollo a Escala Humana", Ed. Nordan, Uruguay, 1983.

M. LÓPEZ - CABANAS Y CHACON FERNANDO, "La Intervención Psicosocial y Servicios Sociales." Un enfoque Participativo Editorial Síntesis Bs. As. Edición 1997 Cap I Pág. 22

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

PALAST, GREGORY, "El Desarrollo Local y la Economía Social desde la perspectiva de la integración regional "Aportes de las Universidades del MERCOSUR. Apuntes de Cátedra Teoría y Planificación .Año 2008

POULANTZAS; NICOS Poder político y clases sociales en el Estado Capitalista Editorial Siglo XXI, México 1973 Pág. 124 y 455-459.

REVIERE, PICHÓN, "El Proceso Grupal" Ediciones Nueva Visión Pág. 174 Bs. As 1985.

ROBLES, C, M. "La Intervención pericial en Trabajo Social "Orientaciones Teóricas - practicas para la tarea forense Editorial Espacio Bs. As 2004 Pág. 174.

RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, A, GOURAN GONZÁLEZ, F, AGUIRRE, M "Rehabilitación e Inserción Social de enfermos Mentales crónicos sin hogar", Revista Intervención Psicosocial", Colegio de Psicólogos Delegación Madrid,1998 Número monográfico sobre "Personas sin Hogar" Publicado en el Vol. 7 N° 1

TAUCAR, N, MÉNDEZ, R., "Las Curadurías de Alienados Un enfoque integrado". Tercer encuentro sobre Curadurías Oficiales, Comisión II, noviembre de 1996.

TOURAINE, ALAIN: "Sociología de la acción", Editorial Ariel. Barcelona, 1973 Pág. 188-189

UNIDAD COORDINADORA EJECUTORA DE SALUD MENTAL Y COMPORTAMIENTO SALUDABLE DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, 27 de junio de 2005

WEBER, MAX, Economía y Sociedad, México, Editorial FCE, 1944, t. 2, Pág. 716-719 y 744

ANEXOS

LEY 25241

CREACIÓN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PRIMARIA DE SALUD MENTAL (APM)

BUENOS AIRES, 4 de Abril de 2001

BOLETÍN OFICIAL, 03 de Mayo de 2001

Vigentes

GENERALIDADES

CANTIDAD DE ARTÍCULOS QUE COMPONEN LA NORMA 8

TEMA

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

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 (APM), 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.

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 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 procurarán integrar en las estrategias generales y específicas de APSM y Salud Pública.

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

ARTICULO 7 - Invitase 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 PROTECCIÓN- Actividades dirigidas a poblaciones de riesgo que promueven 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. PREVENCIÓN- Aplicación de los recursos de promoción y protección para evitar situaciones específicas que se detectan en grupos de riesgo. Ejemplo: ludotecas, 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 normen 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 BÁSICA 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 ÚNICO

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 11º. 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 12º. 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. DEFINICIÓN Y OBJETIVOS

Artículo 13°. 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 14°. 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 Nº 2.524, BOCBA Nº 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;

.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 15º.- 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 16º.- 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 17º.- 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 18º.- 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 19º.- 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 aquéllas 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 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 22º.- 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 23º.- 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 28º.- 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. FINANCIACIÓN

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 34º.- 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 35º.- 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 36º.- 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 37º.- 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 INVESTIGACIÓN

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 40º.- 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. REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN

CAPITULO ÚNICO

Artículo 41º.- 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 42º.- 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 43º.- 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 44º.- 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 45º.- 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 46º.- 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 47º.- 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 masificantes que impongan al sujeto ideales sociales y culturales que no le fueran propios.

3. La desinstitucionalización progresiva se desarrolla en el marco de la ley, a partir de los recursos humanos y de la infraestructura existente. A tal fin se implementarán modalidades alternativas de atención y reinserción social, tales como casas de medio camino, talleres protegidos, comunidades terapéuticas y hospitales de día;

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 NACIONAL DE SALUD MENTAL Nº 26.657

Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Derógase la Ley Nº 22.914.

Sancionada: Noviembre 25 de 2010

Promulgada: Diciembre 2 de 2010

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

Capítulo I

Derechos y garantías

ARTICULO 1° — La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

ARTICULO 2° — Se consideran parte integrante de la presente ley los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. Asimismo, la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores; para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990, se consideran instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas.

Capítulo II

Definición

ARTICULO 3° — En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas.

En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

a) Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o

religioso;
b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona;
c) Elección o identidad sexual;
d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.
ARTICULO 4° — Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.
ARTICULO 5° — La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.

Capítulo III

Ámbito de aplicación

ARTICULO 6° — Los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente ley.

Capítulo IV

Derechos de las personas con padecimiento mental

ARTICULO 7° — El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:
a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;
b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia;
c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos;
d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria;
e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;
f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;
g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a

acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;
h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión;
i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado;
j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;
k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;
l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación;
m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente;
n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable;
o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados;
p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

Capítulo V
Modalidad de abordaje

ARTICULO 8° — Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

ARTICULO 9° — El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

ARTICULO 10. — Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de

intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente Ley.
Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.
ARTICULO 11. — La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.
ARTICULO 12. — La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios.
Capítulo VI
Del equipo interdisciplinario
ARTÍCULO 13. — Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.
Capítulo VII
Internaciones
ARTICULO 14. — La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y

comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.
ARTICULO 15. — La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.
ARTICULO 16. — Toda disposición de internación, dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos:
a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra;
b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar;
c) Consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda. Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará invalidado si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria.
ARTICULO 17. — En los casos en que la persona no estuviese acompañada por familiares o se desconociese su identidad, la institución que realiza la internación, en colaboración con los organismos públicos que correspondan, debe realizar las averiguaciones tendientes a conseguir datos de los familiares o lazos afectivos que la persona tuviese o indicase, o esclarecer su identidad, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible. La institución debe brindar colaboración a los requerimientos de información que solicite el órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.
ARTICULO 18. — La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de SESENTA (60) días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al órgano de revisión creado en el artículo 38 y al juez. El juez debe evaluar, en un plazo no mayor de CINCO (5) días de ser notificado, si la internación continúa teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria, con los requisitos y garantías

establecidos para esta última situación. En caso de que la prolongación de la internación fuese por problemáticas de orden social, el juez deberá ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos y la externación a la mayor brevedad posible, comunicando dicha situación al órgano de revisión creado por esta ley.

ARTICULO 19. — El consentimiento obtenido o mantenido con dolo, debidamente comprobado por autoridad judicial, o el incumplimiento de la obligación de informar establecida en los capítulos VII y VIII de la presente ley, harán pasible al profesional responsable y al director de la institución de las acciones civiles y penales que correspondan.

ARTICULO 20. — La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar:

a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra;

b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento;

c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.

ARTICULO 21. — La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de DIEZ (10) horas al juez competente y al órgano de revisión, debiendo agregarse a las CUARENTA Y OCHO (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20. El juez en un plazo máximo de TRES (3) días corridos de notificado debe:

a) Autorizar, si evalúa que están dadas las causales previstas por esta ley;

b) Requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a evaluar si existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema de la internación involuntaria y/o;

c) Denegar, en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso debe asegurar la externación de forma inmediata.

El juez sólo puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria cuando,

cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 20, el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla.

ARTICULO 22. — La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento. El juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento.

ARTICULO 23. — El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 18 ó 26 de la presente ley. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente. Queda exceptuado de lo dispuesto en el presente artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal.

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

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

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

ARTICULO 26. — En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los artículos 20, 21, 22, 23, 24 y 25 de la presente ley. En el caso de niños, niñas y adolescentes, además se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos.

ARTICULO 27. — Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos

alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos.

ARTICULO 28. — Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592.

ARTICULO 29. — A los efectos de garantizar los derechos humanos de las personas en su relación con los servicios de salud mental, los integrantes, profesionales y no profesionales del equipo de salud son responsables de informar al órgano de revisión creado por la presente ley y al juez competente, sobre cualquier sospecha de irregularidad que implicara un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento o limitación indebida de su autonomía. La sola comunicación a un superior jerárquico dentro de la institución no relevará al equipo de salud de tal responsabilidad si la situación irregular persistiera. Dicho procedimiento se podrá realizar bajo reserva de identidad y contará con las garantías debidas del resguardo a su fuente laboral y no será considerado como violación al secreto profesional.

Debe promoverse la difusión y el conocimiento de los principios, derechos y garantías reconocidas y las responsabilidades establecidas en la presente ley a todos los integrantes de los equipos de salud, dentro de un lapso de NOVENTA (90) días de la sanción de la presente ley, y al momento del ingreso de cada uno de los trabajadores al sistema.

Capítulo VIII

Derivaciones

ARTICULO 30. — Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar. Los traslados deben efectuarse con acompañante del entorno familiar o afectivo de la persona. Si se trata de derivaciones con internación, debe procederse del modo establecido en el Capítulo VII de la presente ley. Tanto el servicio o institución de procedencia como el servicio o institución de destino, están obligados a informar dicha derivación al Órgano de Revisión, cuando no hubiese consentimiento de la persona.

Capítulo IX

Autoridad de Aplicación

ARTICULO 31. — El Ministerio de Salud de la Nación es la Autoridad de Aplicación

de la presente ley, a partir del área específica que designe o cree a tal efecto, la que debe establecer las bases para un Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios establecidos.

ARTICULO 32. — En forma progresiva y en un plazo no mayor a TRES (3) años a partir de la sanción de la presente ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del DIEZ POR CIENTO (10 %) del presupuesto total de salud. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

ARTICULO 33. — La Autoridad de Aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país.

ARTICULO 34. — La Autoridad de Aplicación debe promover, en consulta con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y con la colaboración de las jurisdicciones, el desarrollo de estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados.

ARTICULO 35. — Dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días corridos de la sanción de la presente ley, la Autoridad de Aplicación debe realizar un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado para relevar la situación de las personas internadas, discriminando datos personales, sexo, tiempo de internación, existencia o no de consentimiento, situación judicial, situación social y familiar, y otros datos que considere relevantes. Dicho censo debe reiterarse con una periodicidad máxima de DOS (2) años y se debe promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización.

ARTICULO 36. — La Autoridad de Aplicación, en coordinación con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental. Dichos planes, así como todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental. Se promoverá que las provincias y la

Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

ARTICULO 37. — La Autoridad de Aplicación, en coordinación con la Superintendencia de Servicios de Salud, debe promover la adecuación de la cobertura en salud mental de las obras sociales a los principios establecidos en la presente ley, en un plazo no mayor a los NOVENTA (90) días corridos a partir de la sanción de la presente.

Capítulo X

Órgano de Revisión

ARTÍCULO 38. — Créase en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa el Órgano de Revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.

ARTICULO 39. — El Órgano de Revisión debe ser multidisciplinario, y estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.

ARTICULO 40. — Son funciones del Órgano de Revisión:

a) Requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos;

b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado;

c) Evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del juez;

d) Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30 de la presente ley;

e) Informar a la Autoridad de Aplicación periódicamente sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes;

f) Requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares;

g) Hacer presentaciones ante el Consejo de la Magistratura o el Organismo que en cada jurisdicción evalúe y sancione la conducta de los jueces en las situaciones en que hubiera irregularidades;

h) Realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación;

i) Realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a

garantizar los derechos humanos;
j) Promover y colaborar para la creación de órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, sosteniendo espacios de intercambio, capacitación y coordinación, a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones;
k) Controlar el cumplimiento de la presente ley, en particular en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental;
l) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de inhabilidad y durante la vigencia de dichas sentencias.

Capítulo XI

Convenios de cooperación con las provincias

ARTICULO 41. — El Estado nacional debe promover convenios con las jurisdicciones para garantizar el desarrollo de acciones conjuntas tendientes a implementar los principios expuestos en la presente ley. Dichos convenios incluirán:
a) Cooperación técnica, económica y financiera de la Nación para la implementación de la presente ley;
b) Cooperación para la realización de programas de capacitación permanente de los equipos de salud, con participación de las universidades;
c) Asesoramiento para la creación en cada una de las jurisdicciones de áreas específicas para la aplicación de políticas de salud mental, las que actuarán en coordinación con la Autoridad de Aplicación nacional de la presente ley.

Capítulo XII

Disposiciones complementarias

ARTICULO 42. — Incorpórase como artículo 152 ter del Código Civil:
Artículo 152 ter: Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en un examen de facultativos conformado por evaluaciones interdisciplinarias. No podrán extenderse por más de TRES (3) años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible.

ARTICULO 43. — Sustituyese el artículo 482 del Código Civil, el que quedará redactado de la siguiente manera:
Artículo 482: No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial.
Las autoridades públicas deberán disponer el traslado a un establecimiento de salud para su evaluación a las personas que por padecer enfermedades mentales o

adicciones se encuentren en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.
A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la evaluación de un equipo interdisciplinario de salud para las personas que se encuentren afectadas de enfermedades mentales y adicciones, que requieran asistencia en establecimientos adecuados aunque no justifiquen la declaración de incapacidad o inhabilidad.

ARTICULO 44. — Derógase la Ley 22.914.
ARTICULO 45. — La presente ley es de orden público.
ARTICULO 46. — Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.
DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTICINCO DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DIEZ.
— REGISTRADA BAJO EL Nº 26.657 —
JULIO C. C. COBOS. — EDUARDO A. FELLNER. — Enrique Hidalgo. — Juan H. Estrada.

Ley 448

LEY DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

TÍTULO I

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 Nº 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 irrescindible 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 3º [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 4° [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 5° [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
131
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 nacionales 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 6° [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;
132
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 7° [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

Articulo 8° [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".

Articulo 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 11º [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 12º [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 el artículo 28° y 31° y concordante 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 13° 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 14° [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 domiciliara 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 15º [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 16º 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 17º Se promueve la docencia y la investigación en los efectores de Salud Mental.

Capítulo V

Regulación y fiscalización

Artículo 18º La autoridad de aplicación ejerce el poder de policía en el ámbito de su competencia, de acuerdo a lo establecido en los artículos 41º, 42º, 43º y 44º de la Ley Nº 153, contemplando la especificidad de la Salud Mental.

TITULO II

RÉGIMEN DE INTERNACIONES

Capítulo I

Principios generales

Artículo 19º 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 20º 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 Nº 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, constando 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 44º 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 15º de la presente y de la Ley Nº 114, previa comunicación al Asesor de Menores e Incapaces

Artículo 45º Cuando se reciba una persona derivada por vía judicial y surja de su evaluación que no posee patología en salud 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 46º 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 47º 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 48º 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 28º 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]. El artículo 35°, 36° y 38° 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.

Ley Nacional 26.529

Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud

Sancionada: 21-10-09
Promulgada de hecho: 19-11-09
Publicada: 20-11-09

Artículo 1°. Ámbito de aplicación. El ejercicio de los derechos del paciente, en cuanto a la autonomía de la voluntad, la información y la documentación clínica, se rige por la presente ley.

Capítulo I. Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud

Artículo 2°. Derechos del paciente. Constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate, los siguientes:
a) Asistencia. El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente;
b) Trato digno y respetuoso. El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes;
c) Intimidad. Toda actividad médico asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la ley 25.326;
d) Confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente;
e) Autonomía de la Voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud;

f) Información Sanitaria. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.
g) Interconsulta Médica. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

Capítulo II. De la información sanitaria

Artículo 3°. Definición. A los efectos de la presente ley, entiéndase por información sanitaria aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos.

Artículo 4°. Autorización. La información sanitaria sólo podrá ser brindada a terceras personas, con autorización del paciente.
En el supuesto de incapacidad del paciente o imposibilidad de comprender la información a causa de su estado físico o psíquico, la misma será brindada a su representante legal o, en su defecto, al cónyuge que conviva con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o cuidado del mismo y los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad.

Capítulo III. Del consentimiento informado

Artículo 5°. Definición. Entiéndese por consentimiento informado, la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:
a) Su estado de salud;
b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;
c) Los beneficios esperados del procedimiento;
d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;
e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;
f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.

Artículo 6°. Obligatoriedad. Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijen por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente.

Artículo 7°. Instrumentación. El consentimiento será verbal con las siguientes excepciones, en los que será por escrito y debidamente suscrito:
a) Internación; b) Intervención quirúrgica; c) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos; d) Procedimientos que implican riesgos según lo determine la reglamentación de la presente ley; e) Revocación.

Artículo 8°. Exposición con fines académicos. Se requiere el consentimiento del paciente o en su defecto, el de sus representantes legales, y del profesional de la salud interviniente ante exposiciones con fines académicos, con carácter previo a la realización de dicha exposición.

Artículo 9°. Excepciones al consentimiento informado. El profesional de la salud quedará eximido de requerir el consentimiento informado en los siguientes casos:
a) Cuando mediare grave peligro para la salud pública;
b) Cuando mediare una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales.
Las excepciones establecidas en el presente artículo se acreditarán de conformidad a lo que establezca la reglamentación, las que deberán ser interpretadas con carácter restrictivo.

Artículo 10. Revocabilidad. La decisión del paciente o de su representante legal, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando para el caso todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimientos de los riesgos previsibles que la misma implica.

En los casos en que el paciente o su representante legal revoquen el rechazo dado a tratamientos indicados, el profesional actuante sólo acatará tal decisión si se mantienen las condiciones de salud del paciente que en su oportunidad aconsejaron dicho tratamiento. La decisión debidamente fundada del profesional actuante se asentará en la historia clínica.

Artículo 11. Directivas anticipadas. Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes.

Capítulo IV. De la historia clínica

Artículo 12. Definición y alcance. A los efectos de esta ley, entiéndase por historia clínica, el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud.

Artículo 13. Historia clínica informatizada. El contenido de la historia clínica, puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma. A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad.

La reglamentación establece la documentación respaldatoria que deberá conservarse y designa a los responsables que tendrán a su cargo la guarda de la misma.

Artículo 14. Titularidad. El paciente es el titular de la historia clínica. A su simple requerimiento debe suministrársele copia de la misma, autenticada por autoridad competente de la institución asistencial. La entrega se realizará dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de solicitada, salvo caso de emergencia.

Artículo 15. Asientos. *Sin perjuicio de lo establecido en los artículos precedentes* y de lo que disponga la reglamentación, en la historia clínica se deberá asentar:
a) La fecha de inicio de su confección;
b) Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar;
c) Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad;
d) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes;
e) Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si los hubiere;
f) Todo acto médico realizado o indicado, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas.
Los asientos que se correspondan con lo establecido en los incisos d), e) y f) del presente artículo, deberán ser realizados sobre la base de nomenclaturas y modelos universales adoptados y actualizados por la Organización Mundial de la Salud, que la autoridad de aplicación establecerá y actualizará por vía reglamentaria.

Artículo 16. Integridad. Forman parte de la historia clínica, los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas, debiéndose acompañar en cada caso, breve sumario del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante.

Artículo 17. Unicidad. La historia clínica tiene carácter único dentro de cada establecimiento asistencial público o privado, y debe identificar al paciente por medio de una "clave uniforme", la que deberá ser comunicada al mismo.

Artículo 18. Inviolabilidad. Depositarios. La historia clínica es inviolable. Los establecimientos asistenciales públicos o privados y los profesionales de la salud, en su calidad de titulares de consultorios privados, tienen a su cargo su guarda y custodia, asumiendo el carácter de depositarios de aquélla, y debiendo instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de evitar el acceso a la información contenida en ella por personas no autorizadas. A los depositarios les son extensivas y aplicables las disposiciones que en materia contractual se establecen en el Libro II, Sección III, del Título XV del Código Civil, "Del depósito", y normas concordantes.
La obligación impuesta en el párrafo precedente debe regir durante el plazo mínimo

de DIEZ (10) años de prescripción liberatoria de la responsabilidad contractual. Dicho plazo se computa desde la última actuación registrada en la historia clínica y vencido el mismo, el depositario dispondrá de la misma en el modo y forma que determine la reglamentación.

Artículo 19. Legitimación. Establécese que se encuentran legitimados para solicitar la historia clínica: a) El paciente y su representante legal;
b) El cónyuge o la persona que conviva con el paciente en unión de hecho, sea o no de distinto sexo según acreditación que determine la reglamentación y los herederos forzosos, en su caso, con la autorización del paciente, salvo que éste se encuentre imposibilitado de darla;
c) Los médicos, y otros profesionales del arte de curar, cuando cuenten con expresa autorización del paciente o de su representante legal.
A dichos fines, el depositario deberá disponer de un ejemplar del expediente médico con carácter de copia de resguardo, revistiendo dicha copia todas las formalidades y garantías que las debidas al original. Asimismo podrán entregarse, cuando corresponda, copias certificadas por autoridad sanitaria respectiva del expediente médico, dejando constancia de la persona que efectúa la diligencia, consignando sus datos, motivos y demás consideraciones que resulten menester.

Artículo 20. Negativa. Acción. Todo sujeto legitimado en los términos del artículo 19 de la presente ley, frente a la negativa, demora o silencio del responsable que tiene a su cargo la guarda de la historia clínica, dispondrá del ejercicio de la acción directa de "habeas data" a fin de asegurar el acceso y obtención de aquélla. A dicha acción se le imprimirá el modo de proceso que en cada jurisdicción resulte más apto y rápido. En jurisdicción nacional, esta acción quedará exenta de gastos de justicia.

Artículo 21. Sanciones. Sin perjuicio de la responsabilidad penal o civil que pudiere corresponder, los incumplimientos de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de los profesionales y responsables de los establecimientos asistenciales constituirán falta grave, siendo pasibles en la jurisdicción nacional de las sanciones previstas en el título VIII de la Ley 17.132 -Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las mismas- y, en las jurisdicciones locales, serán pasibles de las sanciones de similar tenor que se correspondan con el régimen legal del ejercicio de la medicina que rija en cada una de ellas.

Capítulo V. Disposiciones generales

Artículo 22. Autoridad de aplicación nacional y local. Es autoridad de aplicación de la presente ley en la jurisdicción nacional, el Ministerio de Salud de la Nación, y en cada una de las jurisdicciones provinciales y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la máxima autoridad sanitaria local.
Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a adherir a la presente ley en lo que es materia del régimen de sanciones y del beneficio de gratuidad en materia de acceso a la justicia.

Artículo 23. Vigencia. La presente ley es de orden público, y entrará en vigencia a partir de los NOVENTA (90) días de la fecha de su publicación.

Artículo 24. Reglamentación. El Poder Ejecutivo debe reglamentar la presente ley dentro de los NOVENTA (90) días contados a partir de su publicación.

Artículo 25. Comuníquese al Poder Ejecutivo.