



- DOCUMENTO DE TRABAJO -

- LINEAMIENTOS GENERALES Y PRINCIPALES ACCIONES 1984-1987. -

1- FUNDAMENTACION HISTORICA Y CONCEPTUAL:

- Social* 1.1. Venimos de una "revolución regresiva" (conceptualización del Dr. Vicente ---  
*personal* GALLI, Director Nacional de Salud Mental).  
Intentamos salir de ella como actores y protagonistas de los cambios necesari-  
os rescatando nuestra propia regresión como paso previo imprescindible para  
el crecimiento colectivo.
- adecuación* 1.2. Pretendemos producir las modulaciones de los diversos conocimientos y expe-  
riencias adquiridas para poder generar las transformaciones necesarias. Proponemos  
que las prácticas habituales adquieran dentro del marco de la dimensión social  
un significado diferente en función de nuevos objetivos.
- auto crítica* 1.3. Reconocemos que las prácticas tradicionales médico-psicológicas individuali-  
zan las dificultades humanas minimizando la naturaleza social del comporta-  
miento humano. Intentamos desprofesionalizar los problemas humanos volcándo-  
los al ámbito del debate público rompiendo con la preeminencia del experto y  
reconociendo el control social que con nuestras prácticas hemos ejercido y -  
aún ejercemos.
- comunidad* 1.4. Agradecemos a nuestra comunidad a la cual nos debemos y de la que somos par-  
te. Nunca será suficiente el agradecimiento a todos aquellos trabajadores y  
pacientes, conocidos y anónimos, que en el transcurso de los años han permiti-  
do que hoy nosotros sigamos aprendiendo.

2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA:

- Salud* 2.1. Entendemos que el eje del trabajo pasa por la Salud, redefinida en su ver-  
*participación* tiente bio-psico-social poniendo énfasis en el aspecto cualitativo fundamen-  
tal que hace a la vida del ser humano: "participar activamente en los cam-  
bios propios y los del entorno social".
- derechos* 2.2. La Salud es por lo tanto un derecho de las personas las cuales son entendi-  
das como protagonistas de su propia historia y de la historia social portado-  
ras de hábitos, costumbres y valores.
- valor* 2.3. Promover la Salud como un valor estimulando los procesos que permitan a las  
diferentes comunidades y sectores conocer sus necesidades y encontrar los ca-  
minos más adecuados para satisfacerlos, rescatando los recursos de salud pre-  
sentes en las personas.
- trabajadores de salud* 2.4. Orientar a los trabajadores de Salud en general para que puedan conocer y u-  
tilizar las motivaciones humanas y características socioculturales en mate-  
ria de salud y enfermedad para poder relacionar programas y técnicas con ne-  
cesidades y valores de la población.



*Cultura Transformadora*  
2.5. Planteamos una propuesta de apertura que crea problemas. En el manejo de estos problemas se modifica la cultura de los actores en juego. Esto determina la capacidad de autotransformación y aprendizaje del Equipo y de los profesionales en particular. Entendemos que el cambio de estructuras y el cambio de sujetos y de su cultura no pueden acontecer más que conjuntamente.

*Sujetos → actores*  
2.6. Lograr interesar, movilizar e implicar a los sujetos sociales como actores del cambio.

*Plan SAM*  
2.7. Tomamos como referencia los Lineamientos Nacionales para un Plan Nacional de Salud Mental. (GOLDEMBERG -GALLI - otros Bs.As. 1984), adecuándolo a las características particulares de nuestra Provincia, incorporando las necesidades, recursos y experiencias existentes.

*Política Global de Salud*  
3. DESCRIPCION DEL PROGRAMA:

*Equipos*  
3.1. Integrarse efectivamente en la Política global de Salud.

3.2. Conformar equipos que funcionen de acuerdo a las pautas de un grupo interdisciplinario que sea motivador y organizador de la tarea incorporando a recursos no tradicionales. Tender al logro de compartir el trabajo y socializar - el conocimiento generando un ámbito donde la teoría y la práctica se persigan mutuamente.

*Grupos*  
3.3. Priorizar en una primera etapa las tareas que faciliten una mejor integración con el Hospital General: Grupos de reflexión con trabajadores de Salud, Psicoprofilaxis-Interconsulta, integrando a la comunidad capacitando a alfabetizados, maestros, policías, vecinos, etc. en el manejo del episodio agudo y en la coordinación de Grupos Institucionales de alcoholismo (G.I.A.) intentando crear una red Provincial.

*Integración*  
3.4. Integración de las experiencias de prevención, tratamiento y rehabilitación aisladas en un contexto Provincial logrando una coordinación coherente y articulada entre los diversos efectores intentando interrelacionar los aportes locales dentro de un marco referencial común. Tender así a consolidar un "Sistema Provincial de Trabajo" buscando generar formas de intercambio y comunicación periódicas de los distintos trabajadores de Salud Mental de las diversas regiones de Rio Negro.

*Actualización Grupos de riesgo*  
3.5. Actualización de la capacitación de los trabajadores de Salud Mental en el marco de la revisión de las prácticas tradicionales y de acuerdo a la priorización correspondiente a los grupos sociales en situación de riesgo, el mayor número de consultas, las posibilidades de prevención, las condiciones para las respuestas más efectivas y el efecto multiplicador de la prestación y teniendo en cuenta las necesidades de los propios trabajadores de Salud Mental.



- 3.6. *Recursos Salud Comunitarios* Propender al desarrollo de acciones que prioricen la efectiva utilización de los recursos potenciales de salud presentes en la comunidad. En cuanto al individuo en crisis: evitar su desarraigo y marginación facilitando la internación domiciliaria y atención ambulatoria. Capacitar a los distintos trabajadores de salud y referentes comunitarios en general en la contención del paciente en crisis y externación y resocialización de los individuos internados por largos períodos. Propiciar una real descentralización y regionalización.
- 3.7. *Interacción* Promover la interacción con otros sectores como Justicia, Educación, Acción Social, Municipios, Policía, etc a fin de coordinar acciones de promoción y prevención más adecuadas y para reubicar la demanda de prestaciones - potenciando los recursos de salud reparadores y rehabilitadores presentes en las Instituciones, redefiniendo el rol del Equipo de Salud y la función social del paciente.
4. ALGUNOS LOGROS:
- 4.1. Se elaboran por primera vez los Lineamientos en Salud Mental; las Misiones y Funciones de un Servicio de Salud Mental y el comienzo de la sistematización de datos a través de las Actividades e Indicadores.
- 4.2. Traslado de la Jefatura del Departamento de Salud Mental desde el Servicio de Allen al Ministerio de Salud Pública en la ciudad de Viedma facilitando una efectiva integración y cambiando así su rol tradicional (manicomial).
- 4.3. Reconocimiento de la Supervisión Zonal de Salud Mental (puesta en función en dos Zonas) y establecimiento como la 5ª Clínica Básica en los 4 Hospitales de mayor complejidad de la Provincia.
- 4.4. Gradual pasaje de la tarea individual a la integración con Equipo en 4 Hospitales con reconocimiento del Psicólogo como Jefe de Servicio y/o Supervisor Zonal. En la actualidad 3 Jefaturas y una Supervisión Zonal están a cargo de Psicólogos. Comienzo de Grupo de reflexión para la tarea en 3 Hospitales.
- 4.5. Capacitación y reconocimiento Institucional del recurso no tradicional incorporando a los Equipos: choferes, mucamas, alfabetizadores, peones rurales, como coordinadores de G.I.A. y otras tareas. Creación de 12 Grupos en 10 localidades.
- 4.6. Creación de un nuevo Equipo en la II Zona Sanitaria e integración de uno en San Carlos de Bariloche.
- 4.7. A través de la implementación de: jornadas y cursos provinciales, ateneos zonales periódicos, reuniones regulares de Jefes de Servicio, el entrecruzamiento de trabajadores en la coordinación de grupos de reflexión, tareas de externación y resocialización que implicaron el desplazamiento a distancia y posibilitaron el encuentro y comunicación e intercambio, se generó el comienzo de la ruptura de los tabicamientos por localismos surgiendo un referente Provincial común integrador de las acciones.



- 4.8. Conformación del Equipo de Externación y Resocialización y luego el de Intervención en Crisis (I Zona Sanitaria). Elaboración de las Normas de Abordaje de la Urgencia por parte de los distintos trabajadores de Salud Mental en los ateneos zonales.
- 4.9. Disminución del 50% en el Número de pacientes internados y transformación en un servicio abierto del que fuera único Neuropsiquiátrico de la Provincia (Allen). Regionalización de las internaciones: pasaje del 60% de pacientes zonales en 1985 al 92% en 1986. Se internan pacientes en Hospitales Generales y en salas comunes con clínica médica. Cierre definitivo de la Sala para pacientes crónicos del Hospital de Ingeniero Huergo.
- 4.10. En cuanto a la tarea interinstitucional: con Educación se establece por calendario escolar provincial un día al mes sin actividades para la realización de un espacio de reflexión para los docentes. Reuniones quincenales con Directores y vice con igual propósito/ En Viedma participan el 90% de las Escuelas determinando la disminución de las derivaciones de niños al Servicio de Salud Mental en un 40% y 80% en el pedido de charlas. Con Justicia: se conforman 2 comisiones locales para el tratamiento y discusión de problemáticas comunes. Se realizan las Primeras Jornadas Provinciales de Justicia-Legislación y Salud Mental. Con Acción Social: se realiza un Seminario Provincial, sobre Estimulación Materno Infantil, se interviene en la Ley del Discapacitado, se realizan acciones conjuntas en Centros Periféricos y se promueven reuniones con Asistentes Sociales Municipales. Con Municipios y Policía se interactúa en acciones para la prevención y rehabilitación del alcohólico y en comisiones contra el narcotráfico. Se los integra en la resocialización de pacientes. Intervención en la elaboración de la ley del ejercicio profesional del Psicopedagogo y para la conformación de una Comisión Provincial Contra el Narcotráfico y uso indebido de Drogas.
- 4.11. En cuanto a la capacitación: se participó en el Curso de Administración de Servicios y de Políticas y Planificación en Salud Mental organizados por la Universidad Nacional de Córdoba y la Dirección Nacional de Salud Mental. Se comienza los cursos Provinciales de Coordinación de Grupos de Reflexión Salud Mental Educación, Atención Primaria en Salud Mental en la niñez, Supervisión de casos clínicos. 60 Participantes de 8 localidades. Pasantía de Médicos y Psicólogos residentes de la Provincia de Buenos Aires. Capacitación de Coordinación de Grupos de Alcoholismo, y entrenamiento de Asistentes Sociales en Salud Mental.
- 4.12. En cuanto a la investigación: se contó con el apoyo de la SECYT, área Salud Ciencias Sociales - Temáticas a abordar: "espacios de reflexión de las Escuelas" - "Percepción Social de la Salud Mental".
- 4.13. Se elaboraron 3 cartillas para la capacitación en la urgencia de todos los trabajadores de Salud de las Guardias comenzándose el entrenamiento en 5 Hospitales. Se realizan 35 viajes de los Equipos de patrulla a Hospitales Rurales llegando a muchos de ellos por primera vez.
- 4.14. Interacción con los Departamentos de Educación para la Salud, Educación a Distancia, Rehabilitación, Maternidad e Infancia, Nutrición, etc. en programas comunes.



- 4.15. Se realizan 6 Jornadas y Seminarios Provinciales específicos y con justicia, con Acción Social y con trabajadores de la Salud contando con aproximadamente 1.000 participantes de 14 localidades.
- 4.16. Se difunde el Programa Radial semanal por LRA2. Se imprimen 2.000 "Recetarios de la Comunidad" - 150 ejemplares de la Revista-Boletín "Interacción" y 1.000 Números de "Telaraña", revista conjunta con Cultura. *Viedma*

5- OBSTACULOS:

- 5.1. En general, los propios a una experiencia de transformación social.
- 5.2. Grandes distancias entre localidades ,(42.000 Km. recorridos en 24 meses -- por el Jefe del Departamento). Distribución poblacional dispersa con escasos recursos económicos y recursos Humanos tradicionales insuficientes; 1 Psiquiatra c/ 40.000 habitantes, 1 enfermero c/ 18.000, 1 psicólogo c/ 3.500
- 5.3. Resistencia a los cambios por parte de la comunidad que deposita y margina y los propios trabajadores de Salud Mental y Salud en general.
- 5.4. Importante aumento de la demanda real.
- 5.5. A pesar del desarrollo organizativo-administrativo, la continuidad de las acciones depende aún de la voluntad de un Grupo de Trabajadores.
- 5.6. Grado de marginalidad socio económico de la población que condiciona y limita las respuestas.

6- EFFECTOS INDIRECTOS:

- 6.1. En los trabajadores de Salud Mental: la posibilidad de cambiar las operativas tradicionales a partir de salir del Hospital y accionar en terreno. -- Esto facilita también a su regreso la integración con el propio Hospital. -- Sobrecarga en las tareas a partir de la visualización de acciones alternativas a las respuestas tradicionales que implican una necesaria priorización y consecuente organización de las actividades diarias y de la estructuración de los Servicios. Emergen crisis en algunos Equipos reflejo del cuestionamiento propio y externo a sus prácticas habituales. Se comienza a reconocer que la internación de por sí no resuelve la problemática del paciente
- 6.2. En la Comunidad Extrahospitalaria: el aumento importante de la demanda general ya señalado. La disminución de un 40% en la derivación de niños a partir de la implementación de los Espacios de Reflexión en Escuelas de Viedma.
- 6.3. En el Sector Salud en General: se generan crisis en Hospitales Generales -- producto de la movilización que genera el enfermo mental internado y la no posibilidad de derivación a otro centro. La carencia de espacio físico y -- recursos humanos reales actúan en este caso como un factor resistencial a la aceptación de integrar al paciente en el Hospital y en la propia Comunidad. Esta crisis ha generado cuestionamientos al propio Programa de algunos sectores de la Administración Central.




6.4. Solo es posible la modificación de estas conductas tanto en los trabajado-- res de Salud como en los de Salud Mental y de la propia comunidad a partir de la presencia del paciente, hecho que genera indefectiblemente un primer momento de confusión y rechazo acentuándose la carencia de los recursos --- apropiados hasta tanto su efectiva reconversión.

7- FUTURO DEL PROGRAMA:

7.1. Es posible y necesaria la consolidación y profundización de las acciones em prendidas a partir de la continuidad de la política emprendida y con los ne cesarios refuerzos en recursos técnicos y humanos imprescindibles en el ac tual momento de desarrollo.

7.2. Dentro de este marco es conveniente la extensión de las acciones para la -- concientización de la Comunidad Hospitalaria y Extrahospitalaria en rela-- ción al enfermo mental, su significado e implicancias sociales y el entrena miento en las respuestas alternativas posibles.

7.3. Será necesario alcanzar un nuevo nivel de organización creando un "Sistema de Salud Mental" que articule las acciones de los sectores que como: Justi cia, Acción Social, Legislatura, Policía, Municipios entre otros deberán -- integrarse en una propuesta común y solidaria propiciando las transformacio nes legales in Institucionales y aportando los recursos necesarios para tal fin.

  
Dr. HUGO A. COHEN  
Jefe Dpto. Salud Mental  
Ministerio de S. Pública

\*\*\*\*\*