

PLAN DE SALUD MENTAL

Fundamentos

La concepción general del Plan de Salud Mental adhiere a las proposiciones y objetivos enumerados en el Plan General de Salud de los E.P.T. de J.P., del cual sólo constituye un capítulo, un desarrollo de sus propuestas en un campo específico. Este campo específico existe como tal como consecuencia de tres grupos de factores:

a) El objeto de estudio (la salud y enfermedad mental, las técnicas para su investigación, prevención, curación, y rehabilitación), tiene una especificidad tal que los profesionales y disciplinas que de él se ocuparon no estaban comprendidos, las más de las veces, en el campo convencional de la medicina.

b) Hasta el presente, y salvo muy contadas excepciones, la política oficial de Salud Mental consistía en la reclusión y el abandono de los enfermos, que eran concentrados en instituciones manicomiales donde el hacinamiento, la desnutrición, la falta de atención técnica, y la falta de hasta los mínimos elementos que le dan calidad de humanos a las condiciones de vida, los asemejaban a campos de concentración y castigos más que a hospitales. Esto convertía en crónicos e irrecuperables a los pacientes internados, y en inmensos monstruos antisaneitarios a las instituciones asistenciales que los albergaban..... con el agravante de su presupuesto multimillonario, presa codiciada por buena parte de funcionarios responsables de esa situación. Todo esto lleva a la ^{presencia} ~~existencia~~ de una especie de Ministerio dentro del Ministerio (nos referimos al I.M.S.M. dentro del Ministerio de Salud Pública), con una compleja red de hospitales de funcionarios, de presupuestos, y fundamentalmente de intereses.

c) Las estimaciones epidemiológicas que se disponen (los datos del I.N.S.M., las investigaciones en otros países, la información proporcionada por la O.M.S., etc.,) indican que el 8 al 10% de la población general, necesita algún tipo de asistencia psiquiátrica (globalmente, cerca de 2.000.000 de per-

en nuestro país)
sonas). Los estudios de HAEGELSON, en Islandia, sobre expectativa, indican que en las actuales condiciones, es dable esperar que una de cada tres personas necesitarán algún tratamiento psiquiátrico en el curso de su vida. Estos datos tomados solo como ejemplo ilustrativo de la irracionalidad de un plan centrado en la terapia y la reclusión o abandono de los enfermos mentales, son traídos como una forma de introducción explicativa del programa que a continuación se expone, y que está estructurado fundamentalmente en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.-

PROGRAMA

I.- Organización de la asistencia.

1.1. Apertura de múltiples dispensarios pequeños, usando locales pre-existentes cuya función también consisten en promover el bienestar de la comunidad. (U.B., dispensario de salud general, enfermería de fábricas y talleres, escuelas, parroquias, clubes, sociedades vecinales, etc.).- Las funciones que los profesionales y técnicos de Salud Mental harían en estos dispensarios son:

- a) Educación en normas generales de psicohigiene a la población general.
- b) Estudio de las condiciones de Salud Mental en los lugares de convivencia y trabajo, y elaboración de propuestas de mejoramiento de los mismos, en conjunción con la población afectada.
- c) Asesoramiento técnico a líderes de comunidad y/o personas que tienen a su cargo responsabilidades grupales (maestros, enfermeros, etc.)
- d) Atención de enfermos ambulatorios.
- e) Preparación de personal auxiliar ad-hoc.
- f) Relevamiento de las condiciones sanitarias de la zona.
- g) Trabajo en equipo con profesionales afines (preparación quirúrgica, colaboración en planes de salud materno-infantil, etc.). *Y en los planes del área de vivienda y educación*
- h) Reinserción de los pacientes que retornan a la co-

munidad luego de un período de internación.

En tanto concebimos a éstos dispensarios como centros de inserción y activación de la comunidad, su quehacer debe estructurarse a fin de promover y articularse con las instancias organizativas propuestas en el plan general de salud, a saber:

Grupo de trabajo, comité de cuadra, asamblea de la comunidad, comité de fábrica.

1.2.- Creación de unidades completas pequeñas (de hasta 50 camas), cuya función sería:

- a) Atención intensiva de los enfermos agudos que requieran internación.
- b) Diagnósticos especializados cuya complejidad supere las posibilidades de los dispensarios.
- c) Tratamientos especializados.
- d) Investigación y estudio de problemas sanitarios más complejos.
- e) Centros de elaboración de datos sanitarios y articulación de información y trabajo de los dispensarios.
- f) Formación de profesionales de salud mental, (residencias) y perfeccionamiento de los mismos, (cursos, controles, etc.).

Estas unidades deben instalarse de acuerdo a las necesidades regionales, y su lugar más adecuado, es el hospital general o sus adyacencias. Requieren un equipo de 40 a 50 profesionales y técnicos, además de personal de enfermería, limpieza y administrativo.

1.3.- En los grandes centros hospiciarios y colonias, (que actualmente albergan entre 35 y 40 mil enfermos) y hasta lograr su total de centralización y modernización (o sea convertirlos en Centros de hasta 400 camas, ubicados de acuerdo a las necesidades regionales, estructurados de acuerdo a las normas actuales sanitarias), se propone su transformación en comunidades terapéuticas, cuyas terapias intensivas esten des-

tinadas a lograr una resocialización parcial o total de los enfermos internados. Para ello es necesario:

a) Una reactualización de la historia clínica de los internados. En muchas salas de los hospicios es posible encontrar actualmente historias clínicas que no tienen anotación alguna en los últimos años. De acuerdo al estado clínico, los pacientes deben ser divididos en: pacientes crónicos irreversibles, pacientes crónicos con posibilidades de resocialización parcial (a través de hospitales de día, centros protegidos, etc.), y pacientes con posibilidades de resocialización total.- Se estima que estos dos últimos grupos constituyen cerca del 50% de la población total de internados, y que la mitad del primero de los grupos puede experimentar algún tipo de mejoría.

b) Impulsar la creación y ampliación de talleres en dicho centro, y de granjas-hospital, con el doble objeto de coadyuvar con la terapia (por la laborterapia misma, y por la capacitación para desempeñar tareas productivas al momento de la externación), y con la mantención de dichos centros. Esto podría traer un cierto paliativo inmediato a las condiciones infra-humanas en que viven los internados.-

1.4.- Campañas generales de promoción de la salud mediante la utilización de los medios masivos de comunicación.-

II.- Organización administrativa.

2.1.- El principio político-administrativo rector es el ya enunciado en los documentos de J.P., de E.P.T., y los específicos del área de salud, éste es la cogestión (funcionarios, profesionales, técnicos, personal de enfermería, maestranza y administrativo, y enfermos), en todo lo relativo al planteamiento de los problemas, las propuestas de soluciones, la ejecución de las mismas, las gestiones cuando éstas deban realizarse fuera del ámbito de salud, y el manejo de los fondos.

2.2.- REcursos humanos: contamos con un enorme potencial humano en los varios miles de profesionales y técnicos idóneos, algunos de gran renombre científico internacional, y que han sido raleados^{ie} la actividad sanitaria por discriminación política o por intereses personales de funcionarios deshonestos. Contactos ya iniciados con muchos de ellos, y con directivos de la Federación Argentina de Psiquiatras, Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, y Federación de Trabajadores de Salud Mental, permiten suponer un amplio apoyo para la tarea de liberación y recuperación nacional.-

2.3.- Recursos materiales: la apertura de los dispensarios (1.1.) puede ser inmediato y no requiere mayor erogación: el apoyo de J.P. en los barrios, villas y fábricas, y de profesionales como vimos en 2.2., resolvería el problema.- La falta de datos confiables sobre la administración actual del I.N.S.M. no permite prever si una adecuada racionalización de los fondos, sería o no suficiente para llevar a cabo los otros tres puntos del capítulo asistencial.-

2.4.- Articulación estrecha con:

a) Todos los niveles de conducción gubernamental, dentro y fuera del área de salud. Dentro de la misma, ya estaríamos en condiciones de aportar a los planes generales y a la elaboración de la ficha catastral.

b) Todos los niveles de J.P.

c) Con la Universidad, a fin de llevar nuestra óptica sanitaria y nuestras propuestas para la adecuación de la enseñanza a las necesidades del país.

2.5.- Revisión de la legislación, afin de modificar el status legal de todos aquellos profesionales sobre los que actualmente pesaⁿ inhibiciones en el ejercicio de sus prácticas, originadas exclusivamente en privilegios de sector o grupos. La nueva legislación debe sancionar la idoneidad y la honestidad como unicos requisitos válidos para el ejercicio pleno de la tarea en Salud Mental. Como ejercicio pleno entendemos el diagnóstico, la terapia, y la rehabilitación de los pacientes, así como la conducción de los equipos y centros asistenciales, de investigación, de enseñanza y de planeamiento.