

GUÍA BÁSICA **CRITERIOS Y SUGERENCIAS PARA LA ADECUACIÓN Y EL DESARROLLO DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL**

AÑO 2014



Dirección Nacional de
SALUD MENTAL
Y ADICCIONES



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación

GUÍA BÁSICA
Criterios y Sugerencias para la adecuación y el
desarrollo de la Red de Servicios de Salud Mental

AÑO 2014

AUTORIDADES NACIONALES

Presidenta de la Nación

Dra. Cristina FERNÁNDEZ DE KIRCHNER

Ministro de Salud

Dr. Juan MANZUR

Secretario de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias

Dr. Eduardo Mario BUSTOS VILLAR

Directora Nacional de Salud Mental y Adicciones

Lic. María Matilde MASSA

ÍNDICE

I. Introducción	P 8
II. Modelo de gestión de Red de Servicios de Salud Mental (RDSSM) para jurisdicciones.....	P 10
III. Sugerencias para la adecuación a la RDSSM	P 11
IV. Componentes estratégicos para la adecuación de los hospitales monovalentes a la red de servicios de salud mental	P 22
V. Herramientas de Planificación	P 31
Glosario	P 37
Bibliografía	P 38
VI. Anexos: CD	
a- Encuesta red de servicios.	
b- Encuesta para enfermería.	
c- Guía básica para la planificación de la adecuación de monovalentes a la red de servicios.	
d- Apuntes para la adecuación de monovalentes a la red de servicios, con eje en el recurso humano.	
e- Ley Nacional de Salud Mental.	
f- Plan Nacional de Salud Mental.	

I. INTRODUCCIÓN

El presente texto está basado principalmente en el documento preliminar que elaboró la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (en adelante DNSMyA) “directrices en salud mental” cuyo objetivo es explicitar recomendaciones de organización y estructura de establecimientos de salud mental que integran la red de servicios para su habilitación, que comprende a efectores tanto del ámbito público, privado, como de la seguridad social, bajo el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, su decreto reglamentario 603/2013 y el Plan Nacional de Salud Mental. Dicho documento preliminar se trabajará en una comisión de expertos convocados por el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica del Ministerio de Salud de la Nación durante el presente año, que contará también con participación de representantes de la DNSMyA.

El presente documento pretende acercar sugerencias para la adecuación y desarrollo de los efectores de la red de servicios de salud mental y recomendaciones técnicas para la construcción del proyecto de adecuación de los hospitales monovalentes a la red de servicios, en base al modelo de atención comunitario.

Como es de público conocimiento la República Argentina cuenta con el Plan Nacional de Salud Mental, aprobado mediante Resolución Ministerial 2177/2013, cuyo lanzamiento se realizó el pasado 8 de octubre de 2013 en el marco de celebrarse el día mundial de la Salud Mental el 10 de octubre, promovido por la OMS/OPS. Para la formulación del Plan Nacional de Salud Mental, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, como Autoridad de Aplicación, se ha basado en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, su Decreto reglamentario N° 603/2013 y en los aportes de diferentes sectores y actores sociales representativos, a través de su participación en jornadas abiertas de reflexión y consulta.

Dicho Plan Nacional consta de un conjunto de pautas generales que permitirán hacer efectiva la función de rectoría del Estado en los distintos niveles jurisdiccionales, la gestión de las áreas competentes en la implementación de las acciones y la integración del componente de Salud Mental y Adicciones en las políticas públicas de salud. Las líneas de acción que se desprenden de los problemas priorizados y los objetivos formulados en el Plan, adoptan los principios éticos, los componentes estratégicos y programáticos que se hallan enmarcados en la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Respecto del modelo de atención a ser impulsado y/o fortalecido en cada una de las jurisdicciones para la implementación del presente Plan se destaca lo siguiente:

a) Los efectores y organismos públicos de salud deberán coordinar sus acciones a través de redes locales, regionales y nacionales ordenadas según criterios de compleji-

dad creciente que permitan articular los diferentes niveles de atención, aseguren el empleo apropiado y oportuno de los recursos y su disponibilidad para toda la población.

b) La adopción de buenas prácticas institucionales que eviten y/o mitiguen toda forma de discriminación, segregación, negligencia, abandono y medicalización innecesaria de las personas en el proceso de atención.

c) La implementación de estrategias de base comunitaria que sustituyan y/o reviertan los efectos iatrogénicos del proceso de cronificación que acontece en las instituciones asilares.

Los Principales aportes de las Jornadas de Consulta Multiactorial e Intersectorial fueron:

- Inclusión de las adicciones en la órbita de los Ministerios de Salud.
- Guardias interdisciplinarias de salud mental en los hospitales generales.
- Revisión de las sentencias de incapacidad.
- Residencias interdisciplinarias en hospitales generales.
- Dispositivos permanentes de participación ciudadana.
- Apertura de admisiones y camas en los hospitales polivalentes y cierre de camas en los monovalentes.
- Epidemiología basada en el paradigma de la Ley 26.657.
- Agenda prioritaria de temáticas de investigación en salud mental.
- Apertura de dispositivos laborales y habitacionales.
- Incorporación de familiares y usuarios como recurso no convencional.

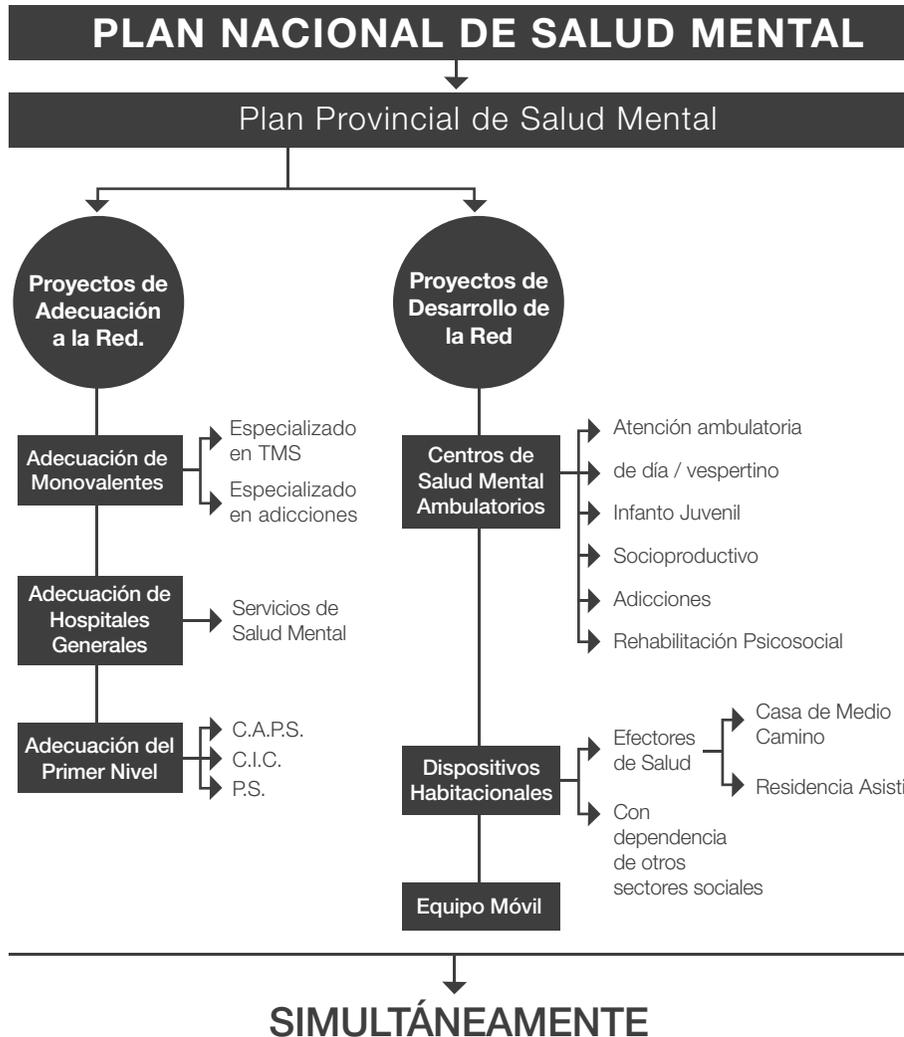
El presente documento hace eje en el Problema N° 2 del Plan Nacional y el conjunto de objetivos planteados para su resolución: **“La red de Salud/Salud Mental es inadecuada, cuando no inexistente, a la modalidad de abordaje que plantea la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto reglamentario N° 603/2013.**

Esperamos que estas sugerencias sirvan y orienten el diseño de planes, programas y proyectos de salud mental; contribuyan a la definición de lineamientos sobre el proceso de adecuación y/o desarrollo de los efectores comprendidos en la red de servicios de salud mental, y abran nuevas discusiones territoriales que aporten a la implementación de políticas públicas de salud/salud mental a la altura de las normativas vigentes en el país, la región y el mundo.



Lic. María Matilde Massa
 Directora Nacional de Salud Mental y Adicciones
 Secretaría de Determinantes de la Salud y
 Relaciones Sanitarias
 Ministerio de Salud de la Nación

II. MODELO DE GESTIÓN DE RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL PARA JURISDICCIONES



INTERSECTORIALIDAD INTERDISCIPLINA INTERCULTURALIDAD

III. SUGERENCIAS PARA LA ADECUACIÓN A LA RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

EJE ADECUACIÓN

3.1.1-Monovalentes con eje en la atención del Trastorno Mental Severo:

- Comprende Neuropsiquiátrico, Clínica Psiquiátrica, Hospital Psiquiátrico, Colonia de Salud Mental, entre otros.
- Analizar las fortalezas y debilidades teniendo en cuenta los siguientes componentes estratégicos del proyecto de adecuación al modelo de atención de la ley 26.657:

- ✓ Compromiso Político.
- ✓ Administración/Gestión de RRHH.
- ✓ Modelo de atención.
- ✓ Presupuestos: costos y financiamiento.
- ✓ La apertura de dispositivos intermedios.

- Elaborar un proyecto de adecuación considerando las siguientes sugerencias:

- Adecuar la estructura y los procedimientos de las Instituciones Monovalentes (IM) a fin de lograr la sustitución de un sistema de atención manicomial a la constitución de una red de servicios de base comunitaria. Se considera necesaria la transformación de las IM a fin de adecuarse a los requerimientos actuales en salud mental, acorde a las legislaciones vigente.

- Reducir la población de personas internadas de manera involuntaria o voluntaria, a no más de un año de internación, asociado a la reducción de camas disponibles.

- Poner el eje en la Externación con inclusión social de los pacientes cronicados en la institución.

- Aumentar el número de usuarios alojados en dispositivos habitacionales del ámbito de influencia del hospital psiquiátrico, dependen administrativamente de éste o no.

- Contar con equipo de Rehabilitación.
- Abrir y/o fortalecer servicios de salud mental y de salud general a la comunidad (atención psiquiátrica, psicológica, laboratorio, rx, consultorios de clínica médica, odontología, obstetricia, pediatría, etc.).
- Cumplir con las indicaciones del protocolo de la OMS en caso de práctica del TEC. "Manual de Recursos de la OMS sobre Salud mental, DDHH y Legislación del 2006".
- Eliminar las salas/celdas de aislamiento o castigo, y promover la disponibilidad de habitaciones individuales si lo requiere la estrategia terapéutica.
- No deben habilitarse Servicios Penitenciarios dentro del Hospital Monovalente. En el caso de que funcione en el ámbito de IM, proponer un proyecto de transferencia del mismo al Servicio Penitenciario.

3.1.2 Monovalentes con eje en Adicciones:

- Comprende Comunidades Terapéuticas, Clínica de Adicciones (IMEA).
- Analizar las fortalezas y debilidades en el proceso de adecuación al modelo de atención de la ley 26.657:
- Elaborar un proyecto de adecuación considerando las siguientes sugerencias:
 - Como centro de Salud Mental de atención ambulatoria, con eje en adicciones; y/o como Casa de Medio Camino.

Importante: en el caso de adecuarse como Casa de Medio Camino, a los fines de su habilitación como establecimiento sanitario deberá disponer de un Centro de Salud Mental, propio o conveniado con terceros, para la atención de la Salud Mental de los usuarios del Servicio. En el caso de efectuarse convenio con terceros podrían realizarse con efectores del primer nivel de atención que cuenten con unidades de atención en Salud Mental y/o Hospitales Generales.

- El número de alojados no debe superar los 30 usuarios.
- Las prácticas de restricción de la movilidad del paciente deben estar sujetas a un acuerdo terapéutico entre el usuario del dispositivo y el equipo técnico.

Importante: En caso de riesgo cierto e inminente debe derivarse a fin de ser internado en un hospital general.

- No deben existir las salas/celdas de aislamiento o castigo. Podrían habilitar habitaciones individuales si así lo requiera la estrategia terapéutica.

- El consentimiento informado en estos dispositivos corresponde a la aceptación del tratamiento propuesto y acordado, de las normas institucionales y convivenciales.
- Tener acceso al legajo y/o historia clínica, e informes institucionales, de acuerdo a la legislación vigente.
- La I.M.E.A debe contar con uno o más programas de atención, en el marco del cual se deberá definir un plan individual de rehabilitación y tratamiento.
- Deberá contar con personal de salud permanente y garantizar la continuidad del tratamiento.
- La dirección técnica del efector debe estar a cargo de un profesional de disciplina afín al campo de la salud mental.

3.2 Servicios de Salud Mental en Hospitales Generales.

- Analizar las fortalezas y debilidades en el proceso de adecuación al modelo de atención de la ley 26.657:
- Elaborar un proyecto de adecuación considerando las siguientes sugerencias:
 - Se considera Servicio de salud mental a aquel que atiende la demanda interna y externa vinculadas a las problemáticas de salud mental a través de la consulta ambulatoria, la atención de las urgencias, la interconsulta y de manera obligatoria la internación para aquellos casos que lo requieran.
 - Las camas o salas destinadas a la internación de Salud Mental deberán estar integradas a la estructura edilicia del establecimiento, al igual que las otras clínicas básicas (clínica médica, cirugía, pediatría y teco ginecología). Se establecerá un porcentaje mínimo de camas disponibles para internación por salud mental, calculado en un 5% de las camas totales del hospital. En caso de contar con sala propia, la misma no deberá exceder el porcentaje del 10% de las camas totales del hospital. Se debe contemplar siempre la accesibilidad y espacio para un acompañante como mínimo. Las habitaciones de la sala no deben superar las 4 camas.
 - La cantidad de prestaciones señaladas deben hallarse de acuerdo con la estructura, recursos y nivel de complejidad del Hospital General. Como así también de los recursos de la jurisdicción a la que pertenece.
 - Incluye servicios especializados para determinadas problemáticas de salud mental y adicciones o específicos para grupos etarios de alta vulnerabilidad (Infante juvenil y tercera edad). Funcionan como efectores de referencia para una región específica del país.

- El equipo de salud mental deberá ser interdisciplinario.
- Contar con personal de enfermería capacitado para la atención en salud mental.
- Para situaciones específicas, por ejemplo manejo de la excitación psicomotriz, manejo y monitoreo de la sujeción física, consentimiento informado, registros en la historia clínica adecuarse a los protocolos de actuación y normativas vigentes.
- Inter consulta, tanto del equipo de salud mental por demanda de otras áreas del hospital como requerimiento de asistencia integral para pacientes internados en el servicio de salud mental.
- Registro en la oficina de estadística y epidemiología de variables propias de salud mental, tanto de condiciones mentales como de prácticas.

• **Estructura y recursos sugeridos:**

- ✓ Consultorios externos.
- ✓ Internación: camas propias en sala específica, o disponibles en el establecimiento, acorde a la complejidad del efector.
- ✓ Tener en cuenta las medidas de seguridad estructurales de acuerdo a las normativas vigentes.
- ✓ Sala de observación.
- ✓ Espacio/Salón de usos múltiples.

• **Equipo Interdisciplinario en SM:**

- ✓ Médico/a psiquiatra.
- ✓ Psicólogo/a.
- ✓ Trabajador/a Social.
- ✓ Enfermera/o con capacitación en SM.
- ✓ Personal no convencional.

• **RRHH Guardia:**

- ✓ Médico/a con capacitación en SM.
- ✓ Médico/a psiquiatra.
- ✓ Psicólogo/a.
- ✓ Trabajador/a Social.
- ✓ Enfermero/a.
- ✓ Servicio Legal disponible en el hospital.

• **Tipo de Guardia:**

- ✓ 24 horas de lunes a domingo.

• **Prestaciones sugeridas:**

- ✓ Urgencias.
- ✓ Admisión.
- ✓ Desintoxicación.

- ✓ Evaluación diagnóstica.
- ✓ Consejería en salud mental.
- ✓ Atención clínica / tratamiento de salud mental (ambulatoria espontánea/ programada, intervención en crisis/ grupal).
- ✓ Cuidados de enfermería.
- ✓ Interconsulta.
- ✓ Internación.
- ✓ Atención y/o seguimiento domiciliario y control del tratamiento en general y psico-farmacológico en circunstancia de alta hasta articular con efectores de la red de salud según cada caso en particular.
- ✓ Acompañamiento terapéutico.
- ✓ Capacitación, formación y/o supervisión para equipos de salud.

• **Padecimientos que atiende:**

- ✓ Adicciones /TMS /Intento Suicidio / Trastornos alimentarios/ Otros Padecimientos de SM.

• **Pautas Ingreso:**

- ✓ Personas que atraviesan una situación de crisis con riesgo cierto e inminente,
- ✓ Sin límite de edad, con excepción de los Hospital Generales Pediátricos cuya cobertura será hasta los 18 años.

• **Egreso:**

- ✓ Cuando se han alcanzado los objetivos propuestos del tratamiento según la prestación de que se trate. Los mismos serán elaborados por el equipo interdisciplinario. En conjunto con la persona y su entorno significativo. El equipo interdisciplinario decide el alta hospitalaria en función de una estrategia territorial de externación e inclusión en la red de servicios que corresponda.
- ✓ Procurar la vinculación con otros efectores de la red de servicios para dar respuesta a la complejidad de las problemáticas.

3.3 Efectores del Primer Nivel de Atención con Unidad de Salud Mental:

- Comprende los Centros de salud, tales como: Centro de Atención Primaria de la Salud, Centros de Salud y Acción Comunitaria, Unidad Primaria de Atención, Centros de Integración Comunitaria, Postas sanitarias y otros similares acorde a cada jurisdicción.
- Analizar las fortalezas y debilidades en el proceso de adecuación al modelo de atención de la ley 26.657.
- Elaborar un proyecto de adecuación considerando las siguientes sugerencias:

- En cuanto a la frecuencia de atención, se recomienda cubrir horarios de Lunes a Viernes en turno mañana, tarde y vespertino y sábado turno mañana para mejorar el acceso de los usuarios a los servicios de salud mental. Pudiendo considerar la extensión a turno noche y fin de semana. Todo esto acorde a las necesidades y posibilidades de cada jurisdicción.

Importante:

- ✓ El primer nivel debe brindar atención.
- ✓ Sostener los tratamientos y asegurar continuidad de cuidados.
- ✓ Promover prestaciones de tipo grupal y/o comunitarias.
- ✓ Coordinar con el equipo tratante para los procesos de externación de los usuarios de Salud Mental en situación de internación.
- ✓ Participar en la identificación de los sistemas de apoyo comunitarios.
- ✓ Sostener actividades en dispositivos habitacionales, en especial de medio camino y Centros de Salud Mental.

EJE DESARROLLO

3.4 Centros de Salud Mental:

• Analizar las fortalezas y debilidades en el proceso de adecuación al modelo de atención de la ley 26.657.

• Elaborar un proyecto de adecuación considerando las siguientes sugerencias:

- Establecimiento de atención ambulatoria, para el abordaje del padecimiento mental. Dispone de un equipo de profesionales, técnicos y administrativos, que brinda diversas prestaciones como atención ambulatoria, centro de día, centro infante juvenil, centro de rehabilitación psico social, centro socio productivo. La cantidad de prestaciones que brinde el centro dependerá de la estructura, los recursos y los programas de cada efector, como así también de los recursos disponibles en la jurisdicción.

- Podrán integrar el equipo otras profesiones (Psiquiatra infante juvenil, psicopedagogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, musicoterapeutas) o recursos humanos no convencionales como agentes sanitarios, operadores de salud mental u otros que se encuentren acreditados en cada jurisdicción.

- Para la admisión de usuarios de salud mental, el equipo interdisciplinario evaluará la necesidad de ingreso y la estrategia terapéutica caso a caso. Sin restricciones de edad, de tiempo, ni de diagnósticos. En caso de niños/as y adolescentes su ingreso a este dispositivo contemplará además la inclusión en el ámbito escolar.

Se incluirán entre otras actividades, las siguientes:

- ✓ Educación en habilidades para la vida diaria (cuidado personal, administración del dinero, movilidad, alimentación, vestimenta e higiene, entre otros).

- ✓ Emprendimiento laboral y productivo: capacitación, producción y comercialización.
- ✓ Alfabetización.
- ✓ Arte y recreación.
- ✓ Tratamiento individual, grupal y/ o socio familiar.
- ✓ Control farmacológico.

SUBTIPOS: según ejes/especificidades de los programas.

3.4.1 Centro de día / Vespertino:

• Se define como un dispositivo diurno y/o vespertino ambulatorio inserto en la comunidad, dedicado a la promoción, prevención, atención, tratamiento y rehabilitación psicosocial de los usuarios del sistema. El equipo de salud propiciará la participación de la comunidad en general en las actividades de este efector, dado que ésta se considera fundamental para una efectiva rehabilitación psicosocial.

• Tiene por propósito fortalecer las capacidades de los usuarios y generar mayores grados de autonomía en las actividades significativas para la vida de la persona. Se trata de un espacio terapéutico para que las personas puedan incluirse con mayor grado de autonomía en otros ámbitos de la comunidad.

• En caso de que el centro de día/vesperino funcione incluido en un establecimiento de internación o en un Centro de Salud Mental, su estructura edilicia deberá ser independiente y de uso exclusivo de los pacientes ambulatorios.

3.4.2 Centro Infante Juvenil :

• Es un dispositivo diurno y/o vespertino ambulatorio inserto en la comunidad, atiende población con problemas de salud mental y adicciones de 0 a 18 años, su grupo familiar y/o referentes vinculares. Realiza acciones de promoción de la salud, prevención, la atención clínica y la rehabilitación.

• Pautas de ingreso: de 0 a 18 años.

• Egreso al dispositivo: inclusión en otros dispositivos o cumplimiento de los objetivos terapéuticos. Cumplimiento de mayoría de edad.

• Prestaciones específicas:

- ✓ Atención clínica a población infante juvenil.
- ✓ Apoyo psicopedagógico para sostén e inclusión en el sistema educativo.
- ✓ Estimulación temprana.
- ✓ Musicoterapia.
- ✓ Psicomotricidad.
- ✓ Promoción de la salud a través del arte, recreación y deporte.

3.4.3 Centro de Rehabilitación Psicosocial:

- Es un dispositivo diurno y/o vespertino ambulatorio inserto en la comunidad. Atiende a población con problemáticas de salud mental y/o adicciones que requieran rehabilitación en su autonomía y en la interacción socio familiar. Puede especializarse en niños, adolescentes, adultos y tercera edad.

3.4.4 Centro Socioproductivo:

- Es un dispositivo diurno y/o vespertino ambulatorio inserto en la comunidad. Atiende a población con problemáticas de salud mental y/o adicciones que requieran en su estrategia terapéutica el fomento de la socialización, actividad laboral en el marco de la economía social y solidaria vinculado a experiencias de cooperativismo y autogestión. Puede especializarse en adolescentes, adultos o tercera edad.

- Pautas de ingreso: personas a partir de los 16 años

• Prestaciones específicas:

- ✓ Capacitación en oficios.
- ✓ Entrenamiento en habilidades socio productivas.
- ✓ Gestión de emprendimientos laborales.
- ✓ Acompañamiento en la producción y comercialización de productos.

3.5 Dispositivos Habitacionales Efectores de Salud (DHES).

- El efector deberá estar integrado a la red de servicios de salud. Una condición de funcionamiento es el establecimiento de acuerdos y/o convenios para la coordinación de acciones con el/los Hospitales Generales y Centros de Salud Mental de la zona.

- Supone la elaboración por parte del equipo interdisciplinario de estrategias terapéuticas personalizadas vinculadas a los diversos servicios de la red de servicios de salud. Las mismas deberán ser actualizadas periódicamente.

- En cada dispositivo, se sugiere un máximo de cuatro (4) plazas por habitación, y un máximo de 30 plazas en total. Se considera de importancia la existencia de un espacio de uso común que permita el intercambio, esparcimiento y el establecimiento de acuerdos y reglas que favorezcan la convivencia.

- En cada casa pueden convivir personas que requieran diferente grado de apoyo para su desenvolvimiento en la vida cotidiana y que necesiten por ello permanecer diferente tiempo de alojamiento.

- El equipo de salud tratante debe tener dependencia administrativa en el Hospital General o Centro de Salud / Salud Mental. Entre las funciones del equipo se encuentran la de mediar, facilitar y contribuir en la integración al DHES, así como responder a las

necesidades de aquellas personas con menor grado de autonomía.

- En el caso de las viviendas para personas declaradas inimputables, debe contarse con personal de seguridad permanente y guardia de equipo de salud mental las 24 hs.

- Podrán integrar el equipo otros profesiones y/o RRHH no convencional que puedan integrar el sistema de apoyo.

- Deberá contar con programas orientados a la reahabilitación y la inclusión social.

- Para el Criterio de agrupabilidad tener en cuenta grupos etéreos y las características clínicas del padecimiento a los fines de promover el mejor grado de autonomía de los usuarios y garantizar la convivencia en el DHES.

- El egreso estará a cargo del equipo interdisciplinario, evaluando la estrategia terapéutica caso a caso, promoviendo continuidad de cuidados y seguimiento en la comunidad.

• Prestaciones comunes:

- ✓ Provisión de alojamiento con distintos niveles de supervisión y apoyo.
- ✓ Establecimiento de un programa individualizado de cobertura de necesidades cotidianas, en coordinación con los servicios de la comunidad.
- ✓ Acompañamiento terapéutico.
- ✓ Actividades ocupacionales, educativas, recreativas en la comunidad y/o en el DHES acorde al nivel de autonomía del paciente.
- ✓ Servicio de enfermería.
- ✓ Facilitar y contribuir en la integración a DHES.
- ✓ Seguimiento de la estrategia terapéutica en coordinación con equipo de salud referente.

SUBTIPOS, según ejes/especificidades de los programas.

3.5.1 Casa de medio camino:

- Servicio de alojamiento destinado a personas con padecimiento mental, y que, por su problemática psico- social, requieran de un espacio de residencia transitoria.

- Brinda acompañamiento terapéutico transitorio en el proceso de inclusión de los usuarios del servicio en un dispositivo ambulatorio por fuera del espacio de residencia.

- La pauta de Egreso será cuando el usuario del servicio haya alcanzado la mayor autonomía posible, la posibilidad de reinsertarse en el ámbito familiar y/o comunitario y disponga de un espacio habitacional y espacio terapéutico ambulatorio o de internación sustitutivo. Considerándose un tiempo máximo de 2 años para la estadía de cada usuario.

• **Prestaciones específicas:**

- ✓ Provisión de alojamiento temporario.
- ✓ Asistencia específica de acuerdo al grupo etareo y/o tipo de padecimiento (TMS, Adicciones, Infanto Juvenil, personas con padecimiento mental declaradas inimputables).
- ✓ Programas orientados a la inclusión social.

3.5.2 Residencia Asistida:

- Atiende población que por su padecimiento de salud mental y/o adicciones presenta una autonomía limitada temporal o permanente y que, por su problemática psico social requiere la provisión de alojamiento y la promoción del mayor grado de autonomía posible del usuario.
- Debe ofrecer cuidados mínimos, intermedios o permanentes de acuerdo a padecimiento mental y del grado de autonomía del usuario de servicio, es decir acorde a la evaluación diagnóstica situacional.
- Como pauta de ingreso considerar a la persona con padecimiento mental que requiera del dispositivo habitacional asistido como parte de la estrategia terapéutica ambulatoria.
- Como pauta de egreso, los usuario del servicio que hayan logrado un nivel de autonomía que le permita insertarse en alguna forma de vivienda independiente del sistema de salud. En la medida en que la estrategia terapéutica lo requiera, continuar con su tratamiento ambulatorio.

3.6 Dispositivos Habitacionales con Dependencia de Otros Sectores Sociales (DHOSS).

- Comprende: Unidad convivencial / vivienda asistida / departamento asistido / hogar sustituto / casas amigables / alojamiento supervisado / vivienda autogestionada / vivienda de co-gestión (Estado/usuarios de salud mental), entre otros.
- Si bien no son efectores de salud, deben formar parte de la red de salud mental.
- El equipo de salud mental que presta servicio en estos dispositivos deben pertenecer a efectores de salud, preferentemente a través de programas de rehabilitación.
- El tratamiento y las actividades terapéuticas deben realizarse en efectores integrados a la red de servicios de salud mental.

• Los criterios de ingreso son:

- a) imposibilidad de procurarse vivienda propia asociado a su padecimiento mental.
- b) no cuenta con la autonomía suficiente para vivir en soledad.

• Pueden ser Transitorias y/o permanentes.

• Son para usuarios de salud mental con mayor grado de autonomía que los usuarios de los servicios habitacionales efectores de salud.

3.7 Equipos Comunitarios Móviles (ECM):

• Se destaca la condición de "móvil" que permite el trabajo extramuro de equipos interdisciplinrios de Salud Mental con diferentes tareas y funciones, acorde al funcionamiento de la red de servicios de salud local.

• Es una figura importante para el funcionamiento de la red de servicios de salud mental con el modelo comunitario de atención, ya que permite el sostenimiento de los dispositivos intermedios y pueden ser enlaces entre los mismos con los centros de salud y los hospitales.

• **Subtipos:**

- ✓ Apoyo domiciliario: supervisión, monitoreo, apoyo de rehabilitación.
- ✓ Atención domiciliaria: prestación de atención clínica de salud mental.
- ✓ De rehabilitación psicosocial.
- ✓ Emergencia.

IV. COMPONENTES ESTRATÉGICOS PARA LA ADECUACIÓN DE LOS HOSPITALES MONOVALENTES A LA RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Algunos COMPONENTES estratégicos del proyecto de adecuación:

- 1) Compromiso Político: viabilidad y conducción.
- 2) Modelo de Atención.
- 3) Presupuesto.
- 4) Administración/Gestión de RRHH.

1) Compromiso Político

Al hablar de Compromiso Político, estamos hablando, fundamentalmente, de conducción y de viabilidad institucional. Estos son aspectos determinantes de la programación para que las propuestas no acaben una mera expresión de deseo.

Destacamos especialmente la voluntad política y administrativa así como de quienes ejercen cargos de conducción en el ámbito sanitario gubernamental y de otros sectores del estado, y de la unidad sanitaria funcional y administrativa de la cual dependa cada hospital en cuestión, con apoyos sectoriales y gremiales. Siendo de especial importancia el grado de adhesión de la persona a cargo de la institución a adecuar, es decir, el director/a del hospital.

El proceso desinstitucionalizador constituirá un componente fundamental en el Diseño global de la red asistencial, de rehabilitación y residencial que sustituirá parcial o totalmente al hospital psiquiátrico.

Es crucial tener en cuenta todos los actores involucrados: decisores políticos, financiadores, técnicos, población beneficiaria, que representan intereses diferentes ya que todos estos se verán afectados de una u otra forma por las acciones del proyecto que se pretende ejecutar.

Importante: El Estado Nacional y los Estados Provinciales como garantes de la Salud/Salud Mental de la Población deberán liderar y conducir este Proceso de Adecuación.

El Proceso de Adecuación debe ser un proceso permanente y con la suficiente flexibilidad para ir modificando lo construido por los diferentes avances, tecnológicos, del conocimiento, demandas comunitarias, legislativas, de cada ámbito Jurisdiccional.

Debe quedar muy claro que debe desarrollarse este Proceso con una búsqueda permanente de consenso, activando los canales de participación más adecuados, que involucren a todos los actores que participan en esta instancia de Adecuación de los Hospitales Monovalentes a la Red de Salud Mental.

Todo **COMPROMISO POLÍTICO** implica el análisis de la **VIABILIDAD** política, social, técnica y de financiación.

✓ Viabilidad Política:

- Básicamente implica considerar la correlación de las fuerzas entre los actores y el compromiso político que se expresa en el apoyo u oposición a la propuesta. Por ello, la construcción de esta propuesta se verá dificultada en su concreción si no se realizan esfuerzos para construir una Red de Alianzas y Acuerdos y, lograr apoyos con actores significativos para esta propuesta.

- Para que la Viabilidad Política de la propuesta sea alta, todos los actores involucrados, desde las autoridades directivas con mayor responsabilidad hasta los propios actores hacia quienes se dirigen las acciones, deben estar convencidos de ésta para adherir a las mismas.

- Tales propuestas y cambios, claramente, no pueden surgir de una tarea de escritorio. Por el contrario, se deben construir a través de discusiones y búsquedas de alternativas y acuerdo con los actores involucrados en la temática que se intenta solucionar, como así también con todas las autoridades y actores locales involucrados.

Importante: Se sugiere la construcción de una Estrategia que procure su propia VIABILIDAD POLITICA, AVALADA POR UN PLAN/PROGRAMA O PROYECTO.

✓ Viabilidad Social:

- Nos referimos a Viabilidad Social en términos de lograr la adhesión general de los actores, siendo por ello necesario trabajar los mitos, costumbres, actitudes y expectativas de los actores que intervendrán en el desarrollo de estos PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS, disminuyendo las posibilidades (esperadas) de resistencia en el Proceso de Adecuación.

- Básicamente se podrá lograr esto, promoviendo la participación interdisciplinaria e intersectorial en todas sus formas posibles y, en todas las etapas de este proceso, bajo

diferentes formas, por ejemplo consultas, asesoramientos, cooperación técnica, Foros, Mesas de Gestión, que se constituirán en oportunidades para promover distintas formas de involucramiento directo o indirecto de todos los actores.

Importante: Debemos dejar en claro que la concreción final de un plan, programa o proyecto, no dependerá exclusivamente de la voluntad de los técnicos sino integralmente de todos los actores involucrados.

✓ **Vialidad Técnica:**

Está basada en la pertinencia y coherencia técnica de la propuesta, tomando en consideración:

- La identificación correcta del problema.
- Las líneas de acción adoptados.
- La idoneidad de los profesionales y técnicos responsables para llevar a cabo las actividades y/o acciones pertinentes.
- La infraestructura física, materiales, insumo, equipos y otros.
- Las características políticas, socioculturales y económicas del territorio donde se implementará la Adecuación (por ejemplo: La legislación vigente relacionada con el proyecto; el desarrollo de las sociedades civiles y su vínculo con el gobierno; la estructura administrativa del sector público Nacional y Provincial); los Recursos Humanos existentes y debidamente formados. El presupuesto asignado, costos y financiamiento. La Calidad de la Gestión de los Servicios de la Red de Salud Mental en su organización y funcionamiento. El cumplimiento de derechos y deberes de los actores intervinientes.

✓ **Viabilidad de financiación.**

- Tiene que ver con la previsión presupuestaria, relacionada con el grado de descentralización de la gestión administrativa de cada Jurisdicción, los fondos asignados por esa jurisdicción como así también de otros financiamientos (Públicos: Ministerios de Salud, de Desarrollo, de Trabajo de la Nación; Obras Sociales y Privados y/o de Organismos Internacionales).
- La viabilidad de financiación implica la posibilidad de que cada resultado del proyecto deje capacidad instalada lo que contribuirá a la sustentabilidad del mismo.

2) Modelo de Atención: algunos aspectos.

- El Modelo de Atención Comunitario se caracteriza por la apertura e integración de las prácticas institucionales a las redes de servicios socio-sanitarias con base territorial. A través de su aplicación se logra promover y sostener canales legítimos de participación comunitaria y se facilita la integración a otros sectores sociales con el objetivo

de promover y garantizar el proceso de inclusión social. Comprende el desarrollo y/o fortalecimiento de servicios comunitarios sustitutivos del modelo asilar, la coordinación con recursos humanos no convencionales durante el proceso de atención e inclusión social, y la adopción de prácticas de salud acordes con el respeto y garantía de los Derechos Humanos.

✓ **Intervenciones y abordajes múltiples:**

- **La integridad del enfoque** implica enfoques amplios de la problemática de Salud/ Salud Mental/Social y/u otras, lejos de abordajes específicos de forma parcializada o fragmentada. Si hablamos de Salud Mental, debemos entender la integralidad como la inclusión permanente de acciones de promoción, prevención, asistencia, rehabilitación e inclusión, pensado a partir de los aportes que cada institución puede realizar al desempeño de la Red, sin importar en qué Nivel del Sistema de Salud se esté desarrollando este PLAN, PROGRAMA O PROYECTO.

- **Carácter participativo.** La gestión deberá pensar y entender las formas y metodologías, incluyendo protagónicamente a todos los actores, especialmente a los beneficiarios, en todas y cada una de las etapas en la medida que corresponda (léase: consejerías en salud mental con eje en usuarios y familiares.).

- **Carácter Asociativo.** Hacemos referencia a la articulación formal e informal para el logro de objetivos comunes entre áreas de los Gobiernos Locales (Interdisciplina e Intersectorialidad): Salud, Educación, Justicia, Desarrollo Social, etc., ONGs, Organizaciones Religiosas, Organizaciones de Pueblos Originarios, Inmigración interna y externa, Asociaciones y Colegios de Profesionales y/o Técnicos. El "Carácter Asociativo favorece ampliamente la formación de escenarios de gestión mixta, intersectorial e interdisciplinaria donde se va construyendo una cultura de lo político, lo público, lo privado y en general, lo social más transparente y democrático". (Poggiuese, 2000). El Carácter Asociativo está íntimamente vinculado a EL TRABAJO EN RED. Es una estrategia de Articulación e Intercambio entre Organizaciones y sus PLANES, PROGRAMAS O PROYECTOS y/o personas que deciden "asociar" sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes.

- **La Red** es definitivamente el resultado de esta estrategia y es una modalidad organizativa y de gestión de los sistemas y servicios de Salud que deciden esta vinculación. El concepto de "REDES" es muy próximo al de "gestión asociada" porque ambos conceptos se refieren al trabajo intersectorial y/o multisectoriales articulados, basados en discusiones, acuerdos, alianzas y/u otros. El trabajo en Red como estrategia, es necesaria y fundamental para promover el acercamiento de los niveles decisorios a donde se encuentra el Ciudadano – Usuario – Interesado siendo primordial para una gestión eficaz.

Importante: Pensar en **REDES**, es pensar en **REDES** para, **REDES** como medio, como forma de dar una mejor respuesta a los problemas de la gente de forma más integral, más integrada, menos excluyente, más articuladamente.

- Este es un tiempo de REDES para la Salud/Salud Mental, es tiempo de cambiar la lógica de las pirámides jerárquicas y burocratizadas de organizaciones ya obsoletas y CONCÉNTRICAS, las REDES, son conceptualmente MULTICÉNTRICAS. Tienen múltiple nodos de articulación cada uno de estos con mayor densidad que otros, algunos principales y otros secundarios.
- El concepto de REDES es un concepto básicamente vincular que permite pensar la conexión de personas, grupos e instituciones.
- Se sostiene en los principios de solidaridad, reciprocidad y un mayor grado de horizontalidad en los intercambios.

✓ **Sustentabilidad o Institucionalización de las acciones.**

- La sustentabilidad comprende la posibilidad de la continuidad y el arraigo de los PLANES, PROGRAMAS O PROYECTOS, más allá del periodo de financiamiento (sea o no subsidiado).
- Es un resultado a alcanzar como producto de la Eficacia de las líneas de acción desplegadas, las articulaciones institucionales, la consolidación de formas organizativas, el impacto de la capacitación, en las concepciones y prácticas de los recursos humanos involucrados y, de la población beneficiaria, de las adhesiones logradas y fundamentalmente de la instalación de la temática en cuestión en la agenda política o publica en el espacio local.
- Para que la sustentabilidad sea posible, todo plan, programa o proyecto debe:
 - a) diseñar estrategias eficaces para lograr adhesiones y legitimidad;
 - b) incluir capacitaciones y apoyos que se orienten a dejar capacidades instaladas en los escenarios locales;
 - c) prever la diversificación de fuentes financieras;
 - d) influir en la orientación de las políticas mediante el proceso de Institucionalización del plan, programa o proyecto en cuestión, léase cuando los cambios incorporados en este proceso pasan a ser prácticas o modos regulares de actuación de los actores y áreas involucradas. Esto tiene clara connotación política que nos indica el grado de involucramiento de las autoridades gubernamentales con la planificación.

3) Presupuestos: costos y financiamientos.

- El Plan, Programa, Proyecto de Salud Mental Jurisdiccional deberá tener en cuenta cómo se financiarán los recursos para la adecuación de los Hospitales Monovalentes a la Red de servicios de Salud Mental.

- Generalmente hay una combinación de financiación estatal, provincial, nacional, municipal, obras sociales y otras.
- Aún en los casos, en que al pertenecer a organismos públicos, se cuente con actividades y presupuestos regulares que por lo general se repiten anualmente, actualizando valores monetarios, como ocurre en los sistemas de salud, se deberá programar y en especial presupuestar las acciones o actividades operativamente con los proyectos correspondientes, adecuando sus contenidos a las actuales demandas, necesidades y situaciones concretas como así también a las nuevas legislaciones vigentes.
- Se debe tener muy en claro que la adecuación, solidez, claridad, coherencia y pertinencia que se exprese en el/los proyecto/s que se presenten, favorecerá el apoyo político y financiero que se obtenga de las instancias decisorias, ya sean políticas, financieras o técnicas.
- En Salud Mental, las características de cada población, sus necesidades específicas y la intensidad y características particulares de los problemas deberán ser introducidas como criterios de asignación de los Recursos Humanos y Financieros.
- La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, recomienda revisar, desde la óptica de la Equidad, los modos actuales de Financiamiento, así como también la dinámica de esta asignación para cada Servicio, en los tres Niveles de Complejidad del Sistema, de modo de sostener un equilibrio en la organización y funcionamiento con calidad de la red de servicios de salud mental.
- El Presupuesto y el Financiamiento deben contemplar claramente los costos para la Promoción y Prevención y la Inclusión Social, además de los diferentes tipos de Atención.
- Para pensar en el presupuesto relacionado con la Adecuación de los Hospitales Monovalentes a la Red de Salud Mental y los Costos y Financiamiento que debemos adecuar, vale recordar que :
 - a) El presupuesto es la formalización de un Plan de Gobierno, de una Política Pública, determinada por la administración general u organismo de gobierno correspondiente. Es un Instrumento para la Planificación.
 - b) Desde el punto de vista microeconómico es muy importante como mecanismo clave para la asignación de recursos. Es un Proceso que comprende: Formulación. Sanción o Aprobación; Ejecución y Control. Permite traducir las Metas y Objetivos de las Políticas Públicas de un Gobierno en Planes/Programas/Proyectos.
 - c) El presupuesto son los costos estimados agrupados según rubros. Se debe calcular el costo de cada estrategia prioritaria y el costo total por año de implantación.
- Los Gastos de salud incluyen habitualmente:

✓ **1.- Inversiones de Capital**, llamadas **Costos Indirectos**.

El capital en bienes inmuebles incluye edificios, equipo y vehículos, electricidad, agua etc., que son habitualmente gastos discontinuos y no necesitan incluirse todos los años en el plan sobre salud mental.

La pérdida de productividad y de salario del paciente como resultado de la enfermedad, también son considerados como costos indirectos. No obstante, el capital en bienes inmuebles se deteriora con rapidez y es obligatorio planificar un gasto regular de este tipo.

✓ **2.- Gastos Regulares** llamados **Costos Directos** (Gastos en Servicios de Salud/Salud Mental).

Tales como los recursos humanos y el material fungible (Ej. medicamentos e investigaciones de laboratorio). Incluyen también cualquier gasto relacionado con los efectos adversos del tratamiento

- La Carga de Trabajo es otro término usado cuando hablamos de costos. Esto se refiere al número de personas que deben ser atendidas, en cualquier marco: comunidad, hospital y clínica, domicilio y/u otros dispositivos y la cantidad de atención requerida.

- El cálculo de COSTOS de los Servicios, ya sean estos hospitalarios o comunitarios. Se refiere al proceso de estimación del valor monetario de la prestación del Servicio X, a los pacientes, (pueden ser estimados por paciente, por día, por hora y/u otros según sea necesario). De esta forma se visibiliza mucho más la entrega del costo de los cuidados cualquiera sean: de enfermería, médicos etc., entonces podemos hablar que estos Costos, son una fuente de ingresos y ganancias en vez de una carga para las instituciones y la comunidad. Esto es conocido como Centro de Ingresos.

- Análisis de la Rentabilidad, costo-Eficacia, generalmente los que toman decisiones sobre las políticas, tratan de obtener el mayor valor por el Gasto de Salud /Salud Mental, de un País, Provincia Municipio, Institución, Organización etc. utilizando instrumentos analíticos (fórmulas matemáticas) para obtener los costos en comparación de los resultados.

- Es muy importante saber que no sólo se deben prever los fondos a solicitar a la instancia financiera, sino también lo de distintas fuentes, en especial los denominados Aportes Locales o de Contraparte. Estos pueden ser efectivos o en especies, y deberán valorizarse según criterios explícitos.

Ejemplos:

- Voluntariado profesional o no.
- Insumos aportados por los gobiernos locales o por donaciones de particulares y empresas (ladrillos, medicamentos, semillas, libros etc.).

- Acciones que otros Servicios de Salud brindaran a los beneficiarios del Plan / Programa / Proyecto, ya sean estos Nacionales, Provinciales o Municipales.

- Uso de Espacios y Locales, propios o alquilados o cedidos en comodato o préstamo para usar en actividades del Plan / Programa / Proyecto.

- Los Recursos Genuinos son aquellos aportes locales monetarios, provienen de diferentes fuentes tales como: cuotas de asociados, donaciones de dinero por parte de particulares, empresas o particulares, ingresos por venta de bienes y servicios arancelados por el propio Plan / Programa / Proyecto, por ferias, festivales etc.

- Las Fuentes de Financiamiento, si son varias, los informes de su ejecución deben permitir diferenciarlas claramente. Suele haber resistencia a detallar esto claramente pero, se debe tener en cuenta que esto ayuda a la transparencia organizacional y, ayuda a calcular con más exactitud los costos Reales.

4. Administración y gestión de RRHH

- El proceso de adecuación institucional requiere de la redistribución de la planta de profesionales y trabajadores del hospital monovalente hacia la red jurisdiccional, fortaleciendo los dispositivos y efectores existentes, y simultáneamente creando los nuevos que se consideren necesarios.

- La reasignación del recurso humano es un proceso gradual que debe realizarse de forma paralela a la transferencia de recursos materiales. Así como el plan de reducción de camas monovalentes tiene que acompañarse de apertura de servicios de salud mental con base comunitaria, la transferencia de los profesionales constituye un requisito para tener un proyecto de adecuación eficaz. Esto debe plantearse en etapas, con objetivos claros y cercanos para poder cumplir las metas en un plazo dado y así ingresar en la nueva etapa. Por ejemplo, en un primer momento es importante que la reasignación de puestos de trabajo se haga de modo progresivo y que cada profesional pueda hacerlo con cargas horarias distribuidas adecuadamente con actividad extramural creciente a través de todo el Proceso de Adecuación.

- Es necesario lograr un consenso con los profesionales de salud mental para el nuevo papel que les tocara desempeñar para la desconcentración de recursos. (la idea de que trabajar en atención primaria o en efectores de otros niveles de atención constituye un ámbito para no especialistas). Asimismo se buscará su participación en deliberaciones sobre políticas y programas de salud, para promover el nuevo sistema, obtener apoyo público, aconsejar a las autoridades y a los jefes de otros sectores y persuadir a los medios de información.

- Los profesionales tendrán entonces un espacio de capacitación mutua: no sólo se debe pensar en formar para la APS a quien no participó de dicha modalidad de abordaje, sino que se debe participar también a los profesionales del monovalente para que capaciten aportando contenidos, aprovechando sus conocimientos y habilidades profesionales.

- Asimismo, los profesionales del monovalente en proceso de adecuación seguirán teniendo un rol clínico de especialista de referencia, incluyendo la modalidad de rotar por los distintos equipos de salud mental menos especializados de la red jurisdiccional. Por lo tanto deberán realizar los seguimientos de los casos que ya atendían, y a la vez brindar una atención a los nuevos casos que se refieran desde efectores del primer nivel que ameriten una interconsulta. Participarán entonces de la coordinación de estrategias terapéuticas y a nivel de la red jurisdiccional ampliarán su participación en la supervisión y entrenamiento práctico de los profesionales no especializados.

- La participación de los profesionales del monovalente no será entonces sólo clínica sino que se estimulará a que aporten sobre políticas y programas de salud, aconsejando a nivel de gestión y a los representantes de otros sectores sociales, como por ejemplo los medios de comunicación.

- Resulta importante destacar que la formación tendrá la modalidad de capacitaciones en servicio, con el fin de fomentar el trabajo en equipo entre los distintos miembros de la red sanitaria.

V. HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN

LA PLANIFICACIÓN:

- La planificación se orienta hacia el deber ser (normativa), introduce la racionalidad (implica fundamentar, orientar y ordenar nuestro propio accionar) y previsión relativa al futuro. Planificar no es otra cosa que Pensar antes de Actuar para estar más seguros de alcanzar los resultados esperados y hacer transparentes las conductas y actos de Gestión y, rendir cuentas a los ciudadanos. La planificación puede ser:

A) PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA:

- “Es el Instrumento de Gobierno del que disponen las sociedades civilizadas para definir el Proyecto de Nación que quieren”.

- “Permite alimentar la interfase de negociación entre el nivel Político de formulación de Políticas y el organismo público que implementará las mismas para lograr eficacia y eficiencia de las mismas”, (Sánchez Alvavera, 2003).

- Tiene que ver con los grandes objetivos Nacionales de mediano y largo plazo. Esos varían en función de las transformaciones sociales, económicas y tecnológicas y de la configuración de los poderes públicos, sus interrelaciones y la interacción con los ciudadanos y sus organizaciones.

- Implica análisis situacional y reconocer la existencia de otros actores que actúen como obstaculizadores o favorecedores con los que hay que negociar y hacer alianzas.

- Es anticipatoria ya que los actores ya no pueden ser meros observadores ni receptores pasivos de los efectos cruzados de las acciones de otros actores.

- Es una herramienta, que permite a las organizaciones alcanzar la visión de éxito gracias a la aplicación sistemática de definición de acciones en el marco de un consenso sobre la participación, el compromiso y la priorización de las mismas, en el proceso de gestión estratégica.

- Es un proceso continuo y dinámico que requiere un esfuerzo constante y sistemático para obtener información, elaborar alternativas y establecer prioridades de acción para alcanzar los objetivos.

- Un plan estratégico participativo, debe traducirse en programas y/o proyectos, con su correlato presupuestario.

- Una Planificación Estratégica Participativo es el “Plan Nacional de Salud Mental” actual, como así también el “Plan Federal de Salud” de Argentina.

B) Planificación por proyectos: (Marco lógico herramienta analítica metodológica recomendada en el Plan Federal de Salud para la planificación y gestión de proyectos orientada por objetivos):

- Está orientada a objetivos fijados a través de la identificación de problemas y oportunidades. Es una de las formas de resolver problemas específicos de forma participativa.

- Es un proceso para lograr el cambio cualitativo o cuantitativo de una situación, está orientado según el grupo meta.

- Es un conjunto planificado de actividades tendientes a resolver con éxito una problemática o una demanda planteada.

- Está centrado en el impacto o cambio sea en los objetivos y no en las actividades que vamos a desarrollar.

- Nos permite definir indicadores para medir los efectos o impacto.

- Facilita la comunicación entre las partes involucradas para la construcción de la Red de Servicios de Salud Mental.

PLAN

- Se plasma en un documento marco. Un plan comprende un conjunto de programas y/o proyectos.

- Las diferencias con planes / programas / proyectos aluden a distintos niveles de complejidad y gestión.

- Es un documento técnico/político rector de la intervención estatal social y privada que viabilizan las políticas de Gobierno en Salud/Salud Mental.

- PLAN es el término de carácter más global por su carácter general. siendo el eje rector del cual se originan y enmarcan los programas y proyectos.

- Se lo define también como el conjunto de decisiones explícitas y coherentes para asignar recursos a propósitos determinados.

- Tiene por finalidad trazar el curso deseable y probable del desarrollo nacional o de un sector en nuestro caso el sector de la Salud/Salud Mental, nos permite crear un futuro, adelantarnos a los hechos.

PROGRAMA

- Es un proceso continuo que permite prever y determinar acciones a seguir para modificar una situación actual y arribar a una situación deseable en el futuro.

- Es una herramienta muy importante para introducir mayor racionalidad a la gestión social, por cuanto implica fundamentar, orientar y ordenar nuestro propio accionar.

- Permite identificación de problemas (Diagnóstico de la Situación Inicial), poner en claro Propósitos y Objetivos y Actividades y tomar en cuenta lo efectivamente posible en cada situación (pragmática).

- Es un conjunto coordinado y ordenado de propuestas que persiguen los mismos objetivos y tienden a la atención de problemas específicos relacionados con algunos de los aspectos señalados en el PLAN.

- Comprende a un conjunto de PROYECTOS, todos orientados hacia un objetivo mayor, a ser alcanzado.

- Presenta un mayor grado de detalle en la formulación de las actividades y los recursos, y de este modo se facilita la acción.

PROYECTO

- Es un instrumento de cambio que se inserta en procesos preexistentes y en contextos más amplios.

- Brinda un marco compartido para la acción y que unifica lo más posible los diversos criterios y visiones nacidos de las instancias interdisciplinaria e intersectorial.

- Facilita la gestión ante las instancias políticas y/o financieras cuyos apoyos condicionarán la concreción del Proyecto.

- Contribuye a la transparencia de la gestión ya que la información circulará más allá del o los equipos involucrados, a los destinatarios y a todos aquellos que están interesados por los resultados del Proyecto.

ADEMÁS UN PROYECTO:

- Es una intervención planificada con tiempo y recursos acotados.
- Es un conjunto de actividades independientes, orientadas hacia un objetivo específico con una duración determinada.
- Debe tener indefectiblemente carácter anticipatorio y preventivo no solamente actuar sobre las consecuencias manifiestas.
- Todo Proyecto tiende a resolver o contribuir a resolver algún problema socialmente significativo.
- Al describir un problema se debe tener en cuenta que no es la ausencia de una solución sino un estado negativo que se debe transformar en objetivo enunciados y positivos, medibles e indicar claramente la relación medio-fin.
- Es necesario caracterizar las variables socioculturales, económicas, de Salud/Salud Mental y/u otras que resulten importantes para la instancia del diagnóstico del Proyecto.
- Los problemas se deben identificar, jerarquizar, analizar y visualizar, en un diagrama, las relaciones causa /efecto. Hay que poder identificar claramente el problema focal, y tener en cuenta los antecedentes del problema.
- Los objetivos deben implicar resultados observables y posibles de evaluar (medibles).
- Son las futuras soluciones de los problemas y, siempre deben poder identificarse las relaciones medio (actividades) / fin (objetivos).
- Los objetivos deberán poder ser cuantificados a través de las metas.
- Metas de cobertura: es decir el cociente entre los beneficiarios directos y la población objetivo, esto es lo que se propone alcanzar el Proyecto en sus acciones o actividades.
 - Metas beneficiarios: se debe tener en cuenta que, por lo general, no se llega a cubrir toda la población objetivo, por lo que es aconsejable hacer cortes en función de los recursos disponibles y establecer prioridades con base en el criterio de daños riesgos o grado de vulnerabilidad de la población escogida o sea el grupo donde la prevalencia del problema es mayor.
- Beneficiarios Directos son aquellos a quienes se dirigen las actividades programadas en el Proyecto, y beneficiarios Indirectos son los que se beneficiarán porque repercutirá en ellos la mejora de los beneficiarios directos.
- Las actividades / acciones: una vez detallados los objetivos, las metas y la cobertura, se puede detallar las actividades y/o acciones que se llevarán a cabo para alcanzar esos logros.

- Producto son los resultados que pueden ser alcanzados por un proyecto como consecuencia de sus actividades.
- Por cada producto habrá una o más actividades.
- Las actividades que no están destinadas a generar uno de los producto no deberán aparecer en el listado de estas (ejemplo, las tareas administrativas).
- Cada actividad deberá ser numerada de acuerdo a su producto (objetivo) deseable, es necesario que estén muy bien detalladas por cada objetivo. Esto que es tan meticuloso, nos va a permitir identificar con más facilidad los insumos y los recursos necesarios para llevarlas a cabo adecuadamente.
- En algunos casos, como en el nuestro, en los de Salud/Salud Mental estas actividades pueden estar normatizadas.
- La desagregación nos debe permitir la identificación de los recursos necesarios para la adjudicación de los costos por actividad. Esta nunca debe ser una lista interminable que dificulte la lectura de la autoridad competente y decisoria para su aprobación y/o financiamiento.
- Los insumos son bienes y servicios para llevar a cabo las actividades, son la materia prima de un Proyecto.
- Los factores externos son eventos, dediciones y/o condiciones que son necesarias para el éxito de un Proyecto, pero están en gran medida o totalmente más allá del control de la Gerencia del Proyecto. Es necesario identificarlos lo más temprano posible para determinar y evitar los riesgos. Cuando hay que rediseñar un Proyecto, estos factores externos se llaman asesinos.
- Los indicadores son los que especifican el desempeño estándar a ser alcanzado para lograr el propósito y los objetivos y los productos.
- Los medios de Verificación para medir los INDICADORES deben elegirse por su relevancia, accesibilidad, costo y confiabilidad, ser económicos y no deben consumir mucho tiempo.
- Cuando se habla de IMPACTO se habla de los cambios positivos o negativos que se produjeron, directos o indirectos como resultado de un Programa o Proyecto.

IMPORTANTE



6.- La evaluación de planes, programas y proyectos.

- Es una combinación de control, guía y aprendizaje, basados en una opinión de valor dada por colaboradores externos.
- Permite determinar la relevancia y logro de los objetivos, la eficiencia, efectividad, impacto, relevancia y sustentabilidad del desarrollo. Debe proveernos de información útil confiable y oportuna.
- El equipo de evaluación debe evaluar el impacto, y la relevancia del Proyecto en relación con sus objetivos y grupo meta y otras partes afectadas en relación a los insumos.
- No es un fin en sí mismo, el valor de esta reside en la transmisión de los resultados a la gerencia, a fin de ser usados para mejorar la calidad de las prestaciones. Brinda también herramientas para las decisiones Políticas a funcionarios gubernamentales para la continuación de un Plan, Programa o Proyecto o las formulaciones futuras.
- Permite documentar los resultados para las autoridades competentes y para el público en general.
- Se lleva a cabo casi al final del Plan Programa o Proyecto (Ex post) o después que éstos se hayan completado, sin embargo se pueden realizar evaluaciones en una etapa más temprana, por ejemplo al final de la fase de implementación, estas ayudan al gerenciamiento, al aprendizaje y al control. La evaluación final pone el énfasis en los resultados.
- En la evaluación final el foco está puesto en la Eficacia o en la Efectividad global, es decir en su capacidad de alcanzar sus objetivos en término, de las soluciones a los problemas planteados, o el mejoramiento de la situación del grupo humano al que van dirigidos.
- Se puede evaluar:
 - El Proceso durante la implementación del proyecto.
 - Las Metas, en base a la existencia de los indicadores de gestión para valorar objetivos y metas. Se suelen hacer encuestas de satisfacción del receptor de los bienes o usuarios de los servicios. También se Evalúa la veracidad a través de registros, flujos e informes.

GLOSARIO

Calidad de la Atención

EQUIDAD: distribuir servicios de acuerdo a las necesidades objetivas o percibidas de la población. Garantía de accesibilidad.

EFICACIA: capacidad de producir el efecto deseado. Cobertura e Impacto.

EFFECTIVIDAD: grado en el cual las mejoras posibles son obtenidas en los hechos: Impacto actual/Impacto potencial. Calidad de Proceso. Relación con los resultados.

EFICIENCIA: capacidad de disminuir los costos sin disminuir las mejoras: Producción / Rendimiento / Costos. Producción / Rendimiento/costos.

Modelo comunitario de atención:

Se caracteriza por la apertura e integración de las prácticas institucionales a las redes de servicios socio-sanitarias con base territorial. A través de su aplicación se logra promover y sostener canales legítimos de participación comunitaria y se facilita la integración a otros sectores sociales con el objetivo de promover y garantizar el proceso de inclusión social. Comprende el desarrollo y/o fortalecimiento de dispositivos comunitarios sustitutos del modelo asilar, la coordinación con recursos humanos no convencionales durante el proceso de atención e inclusión social, y la adopción de prácticas de salud acordes con el respeto y garantía de los Derechos Humanos.

Red de servicios con base en la comunidad:

Conjunto de servicios coordinados e integrados cuyo objetivo es asegurar el proceso integral de atención e inclusión social. De acuerdo a lo señalado en el Artículo 11 del Decreto reglamentario N° 603/2013 de la Ley Nacional N° 26.657, “debe incluir servicios, dispositivos y prestaciones tales como: centros de atención primaria de la salud, servicios de salud mental en el hospital general con internación, sistemas de atención de la urgencia, centros de rehabilitación psicosocial diurno y nocturno, dispositivos habitacionales y laborales con distintos niveles de apoyo, atención ambulatoria, sistemas de apoyo y atención domiciliaria, familiar y comunitaria en articulación con redes intersectoriales y sociales, para satisfacer las necesidades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, que favorezca la inclusión social”.

BIBLIOGRAFÍA:

- Olga, Nirenverg; Josette, Brawerman; Violeta, Ruiz, "Programación y Evaluación de Proyectos Sociales, Aportes para la Racionalidad y la Transparencia", Editorial Paidós. Año 2002.
- Olga, Nirenverg; Josette, Brawerman, "Programación Evaluación de Proyectos Sociales", Editorial Paidós. Año 2002.
- Mario R., Rovere; "Redes de Salud: los Grupos, Las Instituciones, La Comunidad", .Año 2009.
- Compilador: Mario Krieger, "Estado, Políticas y Gestión Pública, en Tiempos del Bicentenario", Fundación UNION, Cámara argentina del Libro. Año 2009.
- Mario R., Rovere; "Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud", OPS/OMS, Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 96. Año 1993.
- Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos. Organización Panamericana de la Salud Washington, DC: OPS, © 2005. (Publicación Científica y Técnica No. 601) Editores JM Caldas de Almeida y Francisco Torres González.
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/714/9275316015.pdf?sequence=1>
- Plan Nacional de Salud Mental - Resolución 2177/2013

SISTEMATIZADORES

Directora Nacional de Salud Mental y Adicciones.

Lic. María Matilde Massa.

Equipo Redes de Servicios.

Lic. María Inés Torres.

Lic. Daniela Moreno.

Dr. Julian Zapatel.

Dra. Analía Pena.

Equipo de Capacitación y Contenido.

Lic. Martin De Lellis.

Lic. Lucia Pomares.

Equipo de Comunicación Social.

Lic. Andrea Demasi.

Lic. Jorge Daniel Barros.