

SALA DE SITUACIÓN

LAS CAMAS DEL SECTOR PÚBLICO DESTINADAS A SALUD MENTAL COMO INDICADOR DEL PROCESO DE CAMBIO HACIA EL NUEVO PARADIGMA, MAYO 2010-MAYO 2011

En Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación avanza en el proceso de desmanicomialización, que se viene llevando a cabo en todo el mundo y que registra antecedentes en la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1990), en los Principios de Brasilia (OPS, 2005) y en el Consenso de Panamá (OPS, 2010). Para ello, desplaza el eje de la atención brindada en el hospital psiquiátrico hacia estrategias de Atención Primaria de la Salud con base en la comunidad y promueve el tratamiento de pacientes con padecimientos mentales en hospitales generales.

YAGO DI NELLA, MIRIAM SOLA, LIDIA CALVILLO, LORENA NEGRO, ANDREA PAZ, SOFÍA VENESIO

Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones, Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

INTRODUCCIÓN

La creciente demanda de atención de salud mental por parte de la población requiere acciones que, desde una mirada compleja del proceso salud-enfermedad-atención y cuidado, incluyan los cambios demográficos, socio-económicos y culturales.

La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, creada por Decreto presidencial 457/2010, propone implementar un Sistema de Vigilancia e Investigación Epidemiológica que permita: identificar la magnitud y gravedad de los eventos en Salud Mental y Adicciones que ocurren en la comunidad y en los diferentes grupos poblacionales, determinar prioridades en la toma de decisiones para orientar políticas públicas y favorecer el acceso de la información para desarrollar, evaluar y mejorar esas políticas, así como evaluar el impacto de las políticas públicas, los programas y los servicios de salud.

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, sancionada el 25 de noviembre de 2010 y promulgada el 2 de diciembre del mismo año¹, se encuentra en proceso de reglamentación. Con ella se genera un marco de referencia en el cambio de las viejas prácticas socio-sanitarias y de interna-

ción propias del siglo XIX. En lo referido a la modalidad de abordaje, la Ley propone que "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" (Capítulo V. Artículo 9). Además, hace hincapié en el reforzamiento, restitución y promoción de los lazos sociales.

La opción de internación debe ser, según la Ley, "lo más breve posible y en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios" (Capítulo VII. Artículo 15). Asimismo, "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" (Capítulo VII. Artículo 14).

La Ley prohíbe la creación de nuevos manicomios (Capítulo VII. Artículo 27) y establece que las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales (Capítulo VII. Artículo 28). El objetivo es asegurar el pleno goce de los derechos humanos y permitir a las personas con padecimiento mental que rechacen la asistencia, si así lo desean. Además, se incorporan

a la legislación argentina los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y la Declaración de Caracas de la OPS, entre otros instrumentos internacionales.

La legislación sobre salud mental insta y consolida principios fundamentales, ofreciendo una plataforma general para que las acciones se prolonguen más allá de un mandato de gobierno. Para que las transformaciones sean operativas, la Ley debe regularse para su implementación y debe ser de conocimiento público.

Dada la escasez de relevamientos que aportan datos sobre indicadores en salud mental en Argentina, este artículo tiene por objeto socializar parte de la información disponible del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

En el marco general de los procesos de desmanicomialización que se han llevado a cabo en todo el mundo, y tomando como antecedentes la Declaración de Caracas², los Principios de Brasilia³ y el Consenso de Panamá⁴, este estudio busca que las intervenciones no se limiten a la institucionalización, la individualización y la medicalización del sufrimiento, y se inscriban en el marco de los derechos humanos. Estos documentos cuestionan las formas

tradicionales de atención en salud mental -partiendo de los derechos humanos de las personas con padecimientos mentales y/o adicciones y de sus familias- desplazan la visión psiquiátrica hospitalocéntrica hacia una atención de tipo comunitaria que incluya lo mental en el sistema sanitario. La nueva perspectiva implica respetar el derecho a vivir en comunidad y el principio de intervención mínima de las Naciones Unidas⁵.

A partir de la creación de la Dirección Nacional, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica inició un relevamiento⁶ continuo de camas ocupadas en hospitales monovalentes, polivalentes y en dispositivos comunitarios del sector público en Argentina en mayo de 2010, con el fin de monitorear la disminución de camas monovalentes y su reemplazo por camas en hospitales polivalentes y dispositivos alternativos con base en la comunidad, tal como se estableció en la Declaración de Caracas.

En Argentina, los recursos físicos, humanos y económicos destinados

a afrontar la situación epidemiológica actual son insuficientes y no están distribuidos apropiadamente. Además, en algunas jurisdicciones subsiste un modelo de servicios centrado en el hospital psiquiátrico tradicional como respuesta casi exclusiva.

El propósito de este relevamiento es acompañar el cambio de paradigma que propone la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, que permite repensar la forma de atención, partiendo de los derechos humanos de los usuarios y enfatizando el derecho a vivir en comunidad.

MÉTODO

Se diseñó una matriz de carga con variables cuantitativas en el programa Excel para facilitar el registro de la información. La misma fue enviada a los referentes de salud mental y adicciones de cada jurisdicción. Se trata de un registro continuo con cortes transversales cada 6 meses.

RESULTADOS

En mayo de 2010 solo 8 jurisdic-

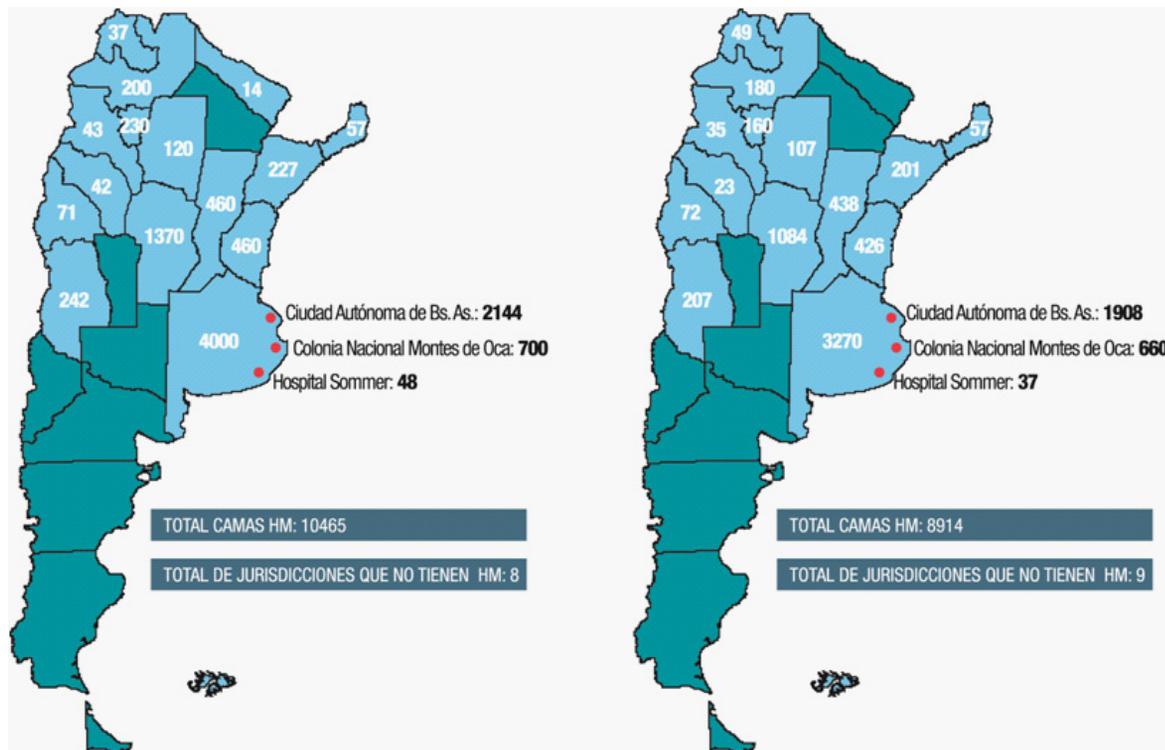
ciones no disponían de instituciones monovalentes de estructura manicomial (Mapa 1). Hacia mayo de 2011 se incluyó la provincia de Formosa (Mapa 2). En un año las camas monovalentes se redujeron en un 14,8%, pasando de 10.465 a 8.914.

En mayo de 2010 se observó escasez de camas en los servicios hospitalarios del segundo nivel, se registró un total de 857 distribuidas en 18 jurisdicciones (Mapa 3). A un año del primer relevamiento se sumaron las provincias de Misiones, Formosa, Salta y Tucumán. Sin embargo, las provincias de Catamarca y La Rioja y el Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas (provincia de Buenos Aires), dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, no poseen camas destinadas a la atención en salud mental (Mapa 4). En ese período, las camas en hospitales polivalentes aumentaron en un 37,7%, pasando de 857 a 1.180.

En mayo de 2010 se observó que solo 9 jurisdicciones disponían de camas en residencias comunitarias

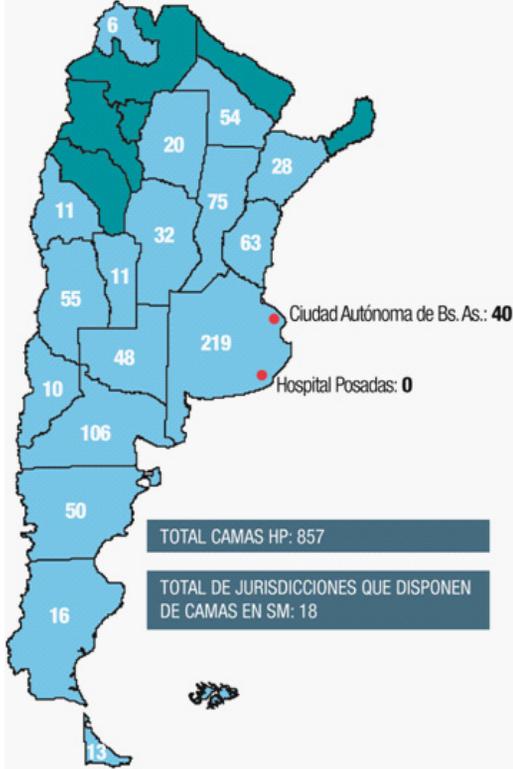
MAPA 1. Cantidad de camas destinadas a Salud Mental (SM) en hospitales monovalentes (HM) por jurisdicción. Mayo 2010.

MAPA 2. Cantidad de camas destinadas a Salud Mental (SM) en hospitales monovalentes (HM) por jurisdicción. Mayo 2011.

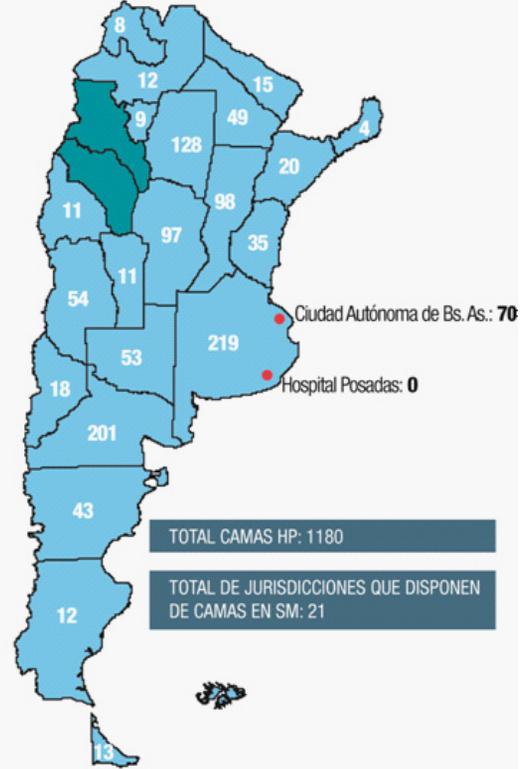


Fuente: Relevamiento realizado por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

MAPA 3. Cantidad de camas destinadas a Salud Mental (SM) en hospitales polivalentes (HP) por jurisdicción. Mayo 2010.

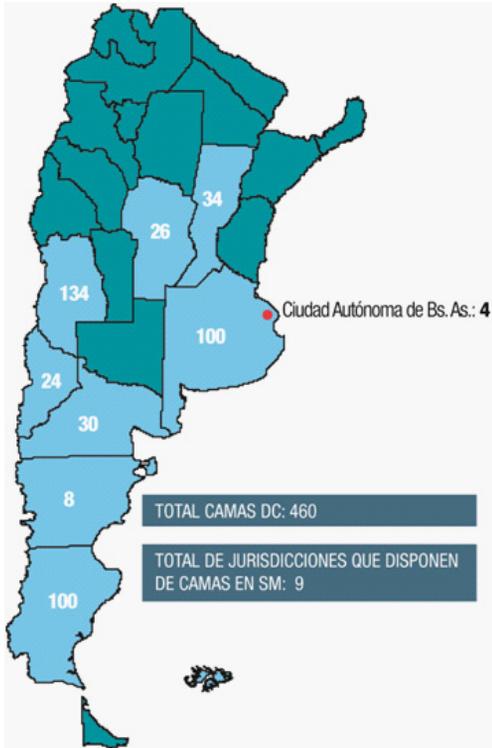


MAPA 4. Cantidad de camas destinadas a Salud Mental (SM) en hospitales polivalentes (HP) por jurisdicción. Mayo 2011.

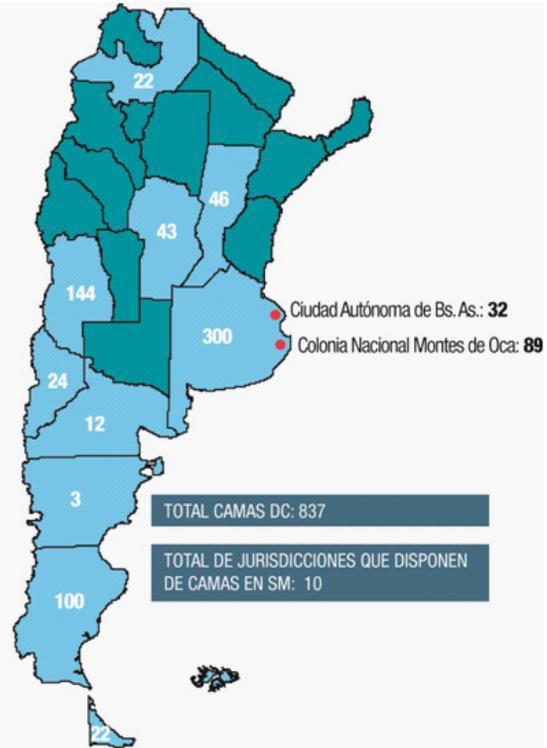


Fuente: Relevamiento realizado por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

MAPA 5. Cantidad de camas destinadas a Salud Mental (SM) en dispositivos comunitarios (DC) por jurisdicción. Mayo 2010.



MAPA 6. Cantidad de camas destinadas a Salud Mental (SM) en dispositivos comunitarios (DC) por jurisdicción. Mayo 2011.



Fuente: Relevamiento realizado por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

(Mapa 5, pág 45), las cuales habilitan una estrategia de atención centrada en la comunidad. En mayo de 2011 se sumó la provincia de Salta. En un año, las camas en estos dispositivos aumentaron en un 82%, pasando de 460 a 837 (Mapa 6, pág 45).

Al analizar la distribución de la cantidad de camas según el tipo de institución del sector público en Argentina entre mayo de 2010 y mayo de 2011, se observó que las camas en los hospitales monovalentes disminuyeron 7,3 puntos porcentuales y aumentaron 3,5 y 3,8 puntos porcentuales en los hospitales polivalentes y en los dispositivos comunitarios, respectivamente (ver Tabla 1).

DISCUSIÓN

Entre 2001 y mayo de 2011, las camas monovalentes en hospitales psiquiátricos del sector público han disminuido en un 57,6 % aproximadamente. Pero aún no se ha logrado alcanzar la meta propuesta por la Declaración de Caracas de 1990, que establece una relación óptima: 95% de camas polivalentes y en dispositivos comunitarios y 5% de camas monovalentes.

Hacia mayo de 2011, 15 jurisdicciones poseen instituciones mono-

valentes de estructura manicomial, 2 no cuentan con camas disponibles para salud mental en los servicios hospitalarios del segundo nivel y 13 no disponen de camas en dispositivos comunitarios. Cabe aclarar que el Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas tampoco dispone de camas para salud mental.

Es importante destacar que 2 jurisdicciones no cuentan con ninguna de las alternativas propuestas por la Ley (camas en hospital general y en dispositivos comunitarios).

Resulta fundamental fortalecer los Sistemas de Vigilancia e Investigación Epidemiológica en Salud Mental, tanto a nivel nacional como provincial y municipal, para construir indicadores precisos y confiables. También es esencial identificar la magnitud y gravedad de los eventos que ocurren en la comunidad y en los diferentes grupos poblacionales, determinar prioridades en la toma de decisiones para orientar políticas públicas adecuadas, favorecer el acceso a la información y evaluar los programas, los servicios de salud y las políticas públicas referidas a salud mental y adicciones.

El eje de trabajo se centra en la accesibilidad de las personas a sus garantías y su derecho a la salud. Esto

refleja la determinación de pensar en clave sanitaria y constitucional, en el respeto a los derechos humanos y a todos sus tratados. El enfoque de derechos revela la necesidad de articular la política sanitaria con la Constitución Nacional.⁷

Históricamente, en Argentina, la salud mental ha sido excluida del sistema hospitalario. Existen escasas experiencias que han logrado incorporar efectivamente los servicios de internación y de atención del episodio agudo en el segundo nivel. El sistema federal ha posibilitado importantes avances: distintos distritos han incorporado la atención primaria como estrategia, sin necesidad de realizar intervenciones en instancias monovalentes. Sin embargo, en la mayoría de las jurisdicciones las personas son derivadas al tercer nivel, es decir, a la institución monovalente, que en Argentina es sinónimo de manicomio. Sin un sistema de atención que capte la demanda de salud mental en el primer y segundo nivel, se condena a las personas con padecimientos mentales a la manicomialización.

Es necesario incorporar equipos de salud mental desde la atención primaria y multiplicar la disponibilidad de camas de internación en los hospitales generales para los episodios agudos. Para que la salud mental sea considerada política de Estado, es indispensable incluirla como parte de las políticas de salud general. Por lo tanto, es un deber del Estado atender el padecimiento mental, como cualquier otro padecimiento, en el marco de políticas socio-sanitarias centradas en la inclusión social y la accesibilidad a los servicios desde un enfoque de derechos.

TABLA 1. Comparación de la proporción de camas destinadas a Salud Mental en Argentina según tipo de institución, mayo 2010-mayo 2011.

Tipo de institución	Mayo 2010		Mayo 2011	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Hospital monovalente	10.465	88,8	8.914	81,5
Hospital polivalente	857	7,3	1.180	10,8
Dispositivos comunitarios	460	3,9	837	7,7
Total país	11.782	100	10.931	100

Fuente: elaboración propia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657. [Disponible en <http://200.58.113.95/~ni000019/legislacion/leyes/general/26657.php>]. [Último acceso: 20 de julio de 2011].
- ² Declaración de Caracas. OPS [Disponible en http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf]. [Último acceso: 20 de julio de 2011].
- ³ Principios Rectores para el Desarrollo de La Atención en Salud Mental en las Américas. [Disponible en http://www.chubut.gov.ar/salud/blog/imagenes/PRINCIPIOS_DE_BRASILIA.doc]. [Último acceso: 20 de julio de 2011].

⁴ 20 años después de la Declaración de Caracas. Conferencia Regional de Salud Mental OPS. Panamá, 7-8 de octubre de 2010.

⁵ Declaración Universal de los Derechos Humanos, Art. 29, 1948. Asamblea General de las Naciones Unidas.

⁶ Camas disponibles destinadas a la atención en salud mental y egresos hospitalarios del sector público en Argentina, mayo 2010. Boletín Nº 2: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones, Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

⁷ Di Nella Y. *Psicología Forense y Derechos Humanos*. Vol. 2: El Sujeto, la Ley y la Salud Mental. Buenos Aires: Ed. Koyatun; 2010.