



Asociación de Ayuda de Familiares de Personas que padecen Esquizofrenia

Reflexiones de AAFE sobre la adecuación y sustitución de los Hospitales y Clínicas Psiquiátricas / de Salud Mental y las normas legales nacionales vigentes

A) CONSIDERACIONES

1. La **Asociación de Ayuda de Familiares de Personas que padecen Esquizofrenia** es una organización de la sociedad civil de la ciudad de La Plata, que tiene como propósito el Cuidado del familiar enfermo y el aseguramiento del pleno Acceso a los cuidados de la salud. La modalidad de intervención es la de los **Grupos de Ayuda Mutua**, compartiendo entre pares experiencias y brindando contención, con el apoyo de la Psicoeducación familiar brindada por profesionales de la salud mental. AAFE no es un grupo de personas cuyo fin primario es modelar políticas sanitarias y sociales, aunque obviamente tampoco es ajena a ello, particularmente cuando el acceso a la salud se vea potencialmente comprometido. A los efectos prácticos de la identificación, se comprende como sinónimos las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), Organizaciones de la Sociedad Civil y Asociaciones de la Sociedad Civil.
2. La **Psicoeducación** es la iniciativa central que desarrolló AAFE, intervención familiar cuya evidencia de relevancia en los cuidados de la salud y su aseguramiento, se encuentra en numerosos documentos de OMS/OPS: a) **Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020**, b) **Investing in Mental Health 2013**, c) **mhGAP** de 2008-2017, d) **Quality Rights** de 2012 y e) la extensa y valiosa serie de documentos sobre políticas, planes y programas de salud Mental contenidas en **Mental Health Policy and Service Guidance package** del año 2003 y sus numerosas actualizaciones y versiones en español. También hay menciones en **documentos nacionales y latinoamericanos**: APAL Guía Latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico 2012, Guía Uso racional medicamentos en APS del Ministerio de Salud nacional 2018 y TRAPS 2° edición 2019.
3. AAFE acuerda con que el **Acceso a los cuidados de la Salud** debe ser **global** (para la persona enferma y para su familiar/cuidador), **oportuno** (en el momento que sea requerido), **completo** (todos los recursos sanitarios y extrasanitarios necesarios para la salud física y mental, como un todo), **continuo** (en todas las etapas de la enfermedad), **digno** (ajustado a los derechos humanos y a los derechos a la salud), considerando los **costos directos e indirectos** (particularmente el costo asociado a la pérdida de la capacidad laboral y el costo-utilidad relacionado a la calidad de vida, no solo el costo de adquisición), bajo la perspectiva **interdisciplinaria** e **intersectorial**.
4. Los familiares y cuidadores se ven expuestos a **complejas y crecientes exigencias de cuidados de la persona enferma conviviente**, particularmente en el caso de personas con trastornos mentales severos como la esquizofrenia; ante ello, la familia asume esa

responsabilidad, pero ¿cómo impacta y cómo la resuelve? Con elevado estrés y serias dificultades en afrontamiento, con desconocimiento y con sus propios e inexpertos recursos, debilitando como consecuencia su capacidad de afrontamiento y de su autocuidado, culminando con mayor inestabilidad de la persona enferma y aumentando el riesgo de recaída.

5. AAFE reconoce y valora cómo el modelo de cuidados de la salud mental de tipo Asistencial-institucional fue sustituido por el **Epidemiológico-comunitario**. Así, de brindar una atención sanitaria se pasó a garantizarla, del perfil hospitalario y centralizado se transformó en comunitario y descentralizado, el objetivo asistencial se corrió hacia la promoción/prevención, la respuesta a la demanda se sustituyó por una oferta de cuidados según las necesidades, la comunidad pasó de ser pasiva a participativa integrando las asociaciones civiles, la familia y la sociedad en su conjunto, el beneficiario que era el enfermo es ahora la comunidad y especialmente la población vulnerable.
6. Un reciente Estudio epidemiológico de salud mental en población general en la República Argentina (Vertex, 142, Volumen XXIX, Noviembre/Diciembre 2018, Dossier), reveló que: alrededor del 30% de las personas mayores de 18 años que viven en la Argentina presentan algún trastorno mental en algún momento de su vida. En el lapso de 12 meses, el casi el 15% de la población de nuestro país presenta algún trastorno mental. Es importante resaltar que **un cuarto de este 15% son los trastornos mentales identificados como severos, entre los que se encuentra la esquizofrenia**.
7. Los Trastornos mentales severos y persistentes, como la Esquizofrenia, constituyen una población altamente vulnerable, que en su evolución presentan crisis severas, muy complejas, con agitación, desorganización, hostilidad, riesgo para sí y terceros, condiciones que requieren intervención inmediata y apropiada mediante **dispositivos asistenciales del tercer nivel de atención**. Éstos deben contar con recursos **humanos** interdisciplinarios calificados y expertos (desde las enfermeras, mucamas y trabajadoras sociales especializadas en salud mental, a los acompañantes terapéuticos y al resto del equipo de profesionales de la salud mental), recursos **físicos** apropiados que no se requieren en otras especialidades médicas como la existencia de un área de recreación y espacios abiertos. También exigen **procedimientos** estandarizados para evitar fugas, prevención de heteroagresividad, autolesiones y suicidio, abordaje ante crisis con extrema agitación psicomotriz.
Este nivel de complejidad asistencial aplica no solo a las personas con esquizofrenia sino también a otras condiciones de pérdida de la salud mental como el **furor maníaco, los intentos de suicidio con alto riesgo de reiteración en el corto plazo, los delirios y alucinaciones manifiestos y severos con crítico impacto conductual, los episodios de severa agitación psicomotriz con hetero y/o autoagresividad, los trastornos de conducta severos de las personas con epilepsia, entre otros**. Un caso que se vislumbra de resolución extremadamente difícil en un dispositivo de salud general no especializado y en nuestro contexto histórico nacional, cualquiera sea la condición psicopatológica subyacente, es el que se da cuando se deba proceder a una **internación involuntaria porque a “criterio del equipo de salud mediere situación de riesgo cierto e inminente**

para sí o para terceros” con alto riesgo de fuga: ¿cómo se resuelve sin los recursos físicos apropiados para evitar fugas y sin recursos humanos idóneos para ello?

Es mandatario asimismo tener presente la potencial **infección intrahospitalaria**, que se adquieren durante la permanencia en establecimientos de salud general, que es del 5% y hasta el 10% y se asocian a alta carga de discapacidad y muerte; las personas con trastornos mentales hospitalizadas poseen importantes factores de riesgo para presentar estas serias complicaciones: el estrés y los días de internación y en muchas ocasiones el estado nutricional deficiente.

Una cuestión relevante para considerar es el **impacto que tendría en las personas internadas por problemas clínicos o quirúrgicos en instituciones de salud general, en ocasión de hospitalizar, en la misma habitación o en una próxima, un paciente con algunos de los cuadros clínicos seriamente disruptivos como los descritos en el párrafo anterior**. Se debe tener en cuenta no sólo la afectación en términos de estrés sino también cómo afectaría la recuperación en el caso de no mantener un ámbito propicio para la recuperación de enfermedades físicas, para parturientas, etc. No debiera olvidarse el riesgo para la salud física de las personas internadas por problemas clínicos o quirúrgicos próximas a pacientes agitados y confusos con hostilidad manifiesta.

Solamente aquellos casos de personas con **trastornos mentales de menor gravedad a los descritos pero que aun así requieran hospitalización especializada, son los que podrían llevarse a cabo en servicios de salud mental en hospitales o clínicas privadas polivalentes**, aunque no eximiéndolos de contar con los recursos físicos y humanos apropiados y procedimientos operativos estándares detallados al principio de este punto.

8. En el ámbito regional de La Plata, hay dos artículos publicados que describen sumariamente el proceso de adecuación del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Alejandro Korn de Melchor Romero, hacia la reestructuración de los cuidados de la salud mental.
9. Debe tomarse en cuenta que **emplear la denominación de Manicomio** a las Instituciones de internación para trastornos mentales, incorporada en números documentos nacionales e internacionales, tiene un significado connotativo negativo que implica descalificación. Por ello, es lamentablemente una dolorosa **contribución al estigma y la discriminación asociado a las enfermedades mentales**, las personas que lo sufren y sus familiares y a todos los efectores, desalentando el apoyo de la comunidad a un mejor cuidado de la salud mental y a restar atención y aportes de quienes deciden políticas en general y de salud mental en particular. Por esta razón, estos establecimientos de salud debieran llamarse Hospitales/Clínicas de Salud Mental, Psiquiatría o equivalentes, pero no manicomios.
10. **Resolución Ministerial 715/2019** establece las recomendaciones de organización y funcionamiento para los establecimientos de salud mental del ámbito público, privado y de la seguridad social. En la sección de “Servicio de Salud Mental en establecimiento general Institución de salud con internación, reitera que *“las internaciones de salud mental, deben realizarse solamente en instituciones de salud general”*, describe varias acciones en el apartado de Prestaciones y al final menciona *“Promover y apoyar la organización de usuarios y familiares por los derechos en salud mental”*; establece que

el número de camas en estas instituciones polivalentes debe ser entre un 5% y un 10%; indica que el **Recurso humano requerido para el sector de internación es, entre otros, “Médico preferentemente psiquiatra” o, en otros dispositivos el Equipo requerido es “Médico/a generalista o Médico/a de Familia o Médico/a Psiquiatra”.**

11. En la actualidad, se observa una **insuficiente existencia de Servicios de Salud Mental con internación en instituciones polivalentes de los tres sectores de salud** (público, privado y de seguridad social) como para asegurar una asistencia tal como se enunció en el punto 2, con un déficit más marcada o inexistencia de estos dispositivos en la mayoría del país.
12. Debe tomarse muy en cuenta que, en el Partido de **La Plata**, Provincia de Buenos Aires, no existen Servicios de Salud Mental con internación en instituciones polivalentes del sector privado. Una información que se suma a esta carencia es que una asociación de las clínicas privadas locales de mayor número de camas y de mayor complejidad asistencial, habría expresado recientemente su rechazo formal a las internaciones psiquiátricas, tal como ordena la Ley Nacional de Salud Mental. Complementariamente, tampoco el sector público puede satisfacer la demanda de internación de crisis por ser claramente insuficientes los Servicios de Salud Mental con internación en las instituciones polivalentes, ya que cuenta con solo uno en el Hospital General San Martín en la ciudad de La Plata, con un número muy reducido para la demanda potencial y que desde su inauguración está prácticamente superada en su capacidad de resolución de las urgencias psiquiátricas que le llegan requiriendo hospitalización.
13. Si bien la Ley 26657 establece que el **10% del presupuesto de salud debe destinarse a Salud Mental, esto no ha ocurrido** desde su vigencia en el año 2010 y su reglamentación en 2013. Relacionado con ello, los recursos financieros que la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones obtuvo en los dos primeros años de gestión, para la remodelación de los Servicios de Salud Mental en los Hospitales Generales del país, fueron cancelados hace más de 12 meses.
“Sin una financiación adecuada, las políticas y los planes de salud mental permanecen solamente en el ámbito de la retórica y las buenas intenciones” (textual del documento Mental Health Policy and Service Guidance Package de OMS, 2003-2006), que sigue así: “Todas las políticas se traducen en acciones a través de la asignación de recursos económicos. Con el adecuado y oportuno financiamiento es posible crear una base de recursos para las operaciones y la prestación de servicios, para el desarrollo y despliegue de una fuerza laboral capacitada y para la infraestructura y la tecnología necesarias”.
Para financiar un sistema de salud mental, los formuladores de políticas y los planificadores deben responder las siguientes preguntas clave: 1) ¿Cómo se pueden movilizar fondos suficientes para financiar el plan de salud mental, incluidos los servicios de salud mental y la infraestructura requerida? 2) ¿Cómo pueden asignarse esos fondos y cómo puede organizarse la prestación de cuidados de salud mental para que se aborden las necesidades y prioridades definidas en la política y los planes de salud mental previamente establecidos? ¿Cómo se puede controlar el costo de la atención?

B) ¿QUÉ DICEN LAS NORMAS LEGALES APLICABLES Y QUÉ OBSERVACIONES GENERAN?

El texto resaltado en amarillo en este apartado (B) corresponde a las observaciones de AAFE

1.- Ley Nacional de Salud Mental 26657/2010

Artículo 27

- Queda **prohibida por la presente ley la creación** de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o **privados**.
- En el caso de los **ya existentes se deben adaptar** a los objetivos y principios expuestos, **hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos**. Al momento actual y como consecuencia de su aplicación, a partir del año 2020 las Clínicas psiquiátricas privadas pasarán a ser ilegales y sujetas a denuncias de permanecer abiertas, sin cobertura de los seguros para la institución ni seguros de responsabilidad profesional para los integrantes del equipo interdisciplinario, no podrán prestar servicios a las obras sociales ya que éstas tampoco reconocerán ni pagarán prestaciones brindadas por proveedores sanitarios ilegales.
- Esta adaptación y sustitución **en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos**. Una duda: ¿es factible eventuales demandas laborales que pudiera generarse ante reclamos judiciales por la reubicación o reasignación de tareas del personal en otros dispositivos?

Artículo 28

- Las **internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales**. Como se mencionó previamente, a la fecha no existen en la ciudad de La Plata dispositivos que puedan responder a la demanda en el sector sanitario público, ya que cuenta con un número muy reducido de camas en un solo hospital, mientras que no hay ninguna institución polivalente en el sector privado con Servicios de salud mental con internación. La afirmación deviene declamativa, pero con prácticamente con nula posibilidad de aplicación.
A tal efecto los **hospitales** de la red pública **deben contar con los recursos necesarios**. A la fecha son insuficientes y escasos en el sector público y como dijimos en el apartado anterior no existen en el sector privado.
- El **rechazo de la atención de los pacientes** ya sea ambulatorio o en internación, por el sólo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado **acto discriminatorio en los términos de la Ley 23592**.

2.- Decreto Reglamentario 603/2013

Artículo 27

- La Autoridad de Aplicación en conjunto con los **responsables de las jurisdicciones**, en particular de aquellas que tengan en su territorio dispositivos monovalentes, deberán desarrollar para cada uno de ellos **proyectos de adecuación y sustitución por dispositivos comunitarios con plazos y metas establecidas**. **La Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud (responsable jurisdiccional) no habría convocado al sector de salud privado de las Clínicas psiquiátricas ni a las Clínicas generales para “desarrollar para cada uno de ellos proyectos de adecuación y sustitución por dispositivos comunitarios”, que además tiene “plazos y metas establecidas” que no se han respetado.**
- La **sustitución definitiva deberá cumplir el plazo del año 2020**, de acuerdo con el Consenso de Panamá adoptado por la Conferencia Regional de Salud Mental convocada por la OPS/OMS “20 años después de la Declaración de Caracas” el 8 de octubre de 2010. **Tener en cuenta que la OPS/OMS es la organización que viene apoyando activamente a la Dirección Nacional de Salud Mental con relación a la Ley Nacional de Salud Mental y sus regulaciones ulteriores, así como en la puesta en marcha del proceso del cierre de las clínicas.**
- La presentación de tales proyectos y el cumplimiento efectivo de las metas en los plazos establecidos será requisito indispensable para acceder a la **asistencia técnica y financiera que la Autoridad de Aplicación nacional disponga**. **¿En el caso de cumplirse con la presentación de los proyectos y el cumplimiento efectivo de las metas en los plazos establecidos, las instituciones públicas y las clínicas privadas podrán accederse a la asistencia técnica y financiera?**
- El personal deberá ser **capacitado y destinado** a los dispositivos sustitutivos en funciones acordes a su capacidad e idoneidad. **¿Quién financia la capacitación del personal en los tres sectores de salud? ¿Cómo se identificará la capacidad e idoneidad de los recursos humanos para la determinación del destino: cómo se determina a qué tipo y ubicación del dispositivo de la red será destinado el personal? Esta calificación de capacidad e idoneidad será por concurso con normas de ponderación de antecedentes (por ejemplo, según títulos, antecedentes asistenciales y docentes; cursos, maestrías o doctorados de la especialidad; participación en congresos/jornadas; becas; trabajos y comunicaciones científicas); incluirá una entrevista personal? ¿Cómo será la constitución de los jurados?**
- La Autoridad de Aplicación en conjunto con las jurisdicciones, establecerá cuales, con las pautas de adaptación de los manicomios, hospitales neuropsiquiátricos o cualquier otro tipo de instituciones de internación monovalentes que se encuentren en funcionamiento, congruentes con el objetivo de su sustitución definitiva en el plazo establecido. **Dado que recién en abril de 2019 el Ministerio de Salud generó, mediante la RM 715/19 las Pautas para la organización y funcionamiento de dispositivos de Salud Mental con recomendaciones de organización y funcionamiento para los establecimientos de Salud Mental del ámbito privado, resultan claramente inaplicables que puedan implementarse en el plazo de unos pocos meses.**
- También establecerá las pautas de habilitación de nuevos servicios de salud mental, públicos y privados, a los efectos de cumplir con el presente artículo. **En función de lo referido en el párrafo previo sobre las pautas elaboradas para las instituciones de internación**

monovalentes, es totalmente inaplicable edificar, equipar y contratar personal para habilitar nuevos establecimientos que se ajusten a la ley en el plazo de unos meses.

- La adaptación prevista deberá contemplar la desconcentración gradual de los recursos materiales, humanos y de insumos y fármacos, hasta la redistribución total de los mismos en la red de servicios con base en la comunidad. **La logística y las medidas de seguridad para los psicofármacos en múltiples dispositivos de salud mental resulta muy complejo y dificultoso de implementar. Se reitera duda mencionada: ¿es factible eventuales demandas laborales que pudiera generarse ante reclamos judiciales por la reubicación del personal en otros dispositivos?**
- La implementación de este lineamiento no irá en detrimento de las personas internadas, las cuales deberán recibir una atención acorde a los máximos estándares éticos, técnicos y humanitarios en salud mental vigentes. **Si en 2020 deben cerrarse las Clínicas privadas, como la ley y su reglamentación ordenan, y simultáneamente no existen dispositivos alternativos para resolver esta prestación de internación, ¿qué ha previsto el Estado para resolver esta tremenda brecha asistencial?**

Artículo 28

- Deberá entenderse que la expresión “hospitales generales” incluye tanto a los establecimientos públicos como privados. **Confirma la aplicabilidad de la Ley y su reglamentación a todos los sectores de la salud.**
- Las adaptaciones necesarias para brindar una atención adecuada e integrada sean estructurales y/o funcionales de los hospitales generales a efectos de incluir la posibilidad de internación en salud mental es responsabilidad de cada jurisdicción. Aquellas deberán respetar las recomendaciones que la Autoridad de Aplicación realizará a tales fines.
- A los efectos de contar con los recursos necesarios para poder efectuar internaciones de salud mental en hospitales generales del sector público, el MINISTERIO DE PLANIFICACION FEDERAL, INVERSION PUBLICA Y SERVICIOS y el MINISTERIO DE SALUD deberán contemplar en la construcción de nuevos hospitales, áreas destinadas específicamente a la atención de la salud mental, promoviendo que igual criterio adopten todas las jurisdicciones. Asimismo, establecerán planes de apoyo para el reacondicionamiento o ampliación de los Hospitales Generales, con el mismo objetivo.
- La Autoridad de Aplicación condicionará la participación de las jurisdicciones en programas que incluyan financiamiento, a la presentación de proyectos de creación de servicios de salud mental en los hospitales generales, con plazos determinados.

3.- Resolución Ministerial 715/2019. Pautas para la organización y el funcionamiento de dispositivos de Salud Mental

Estas pautas tienen por propósito elaborar recomendaciones de organización y funcionamiento para los establecimientos de Salud Mental del ámbito público, privado, y de la seguridad social.

Se definen los requisitos aplicables a los distintos componentes de la Red de Salud Mental con Base en la Comunidad, en concordancia con lo establecido por la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental y su Decreto Reglamentario 603/2013.

En el **Anexo 1** se describen los distintos componentes de la Red de Salud Mental con Base en la Comunidad:

A.- Establecimiento de salud sin Internación de Diagnóstico y Tratamiento (ESSIDT).

- Consultorio de Salud Mental.
- Componente de Salud Mental en Centros de Salud.
- Centro de Día Comunitario.
- Centro de Día Comunitario - Infanto Juvenil.
- Hospital de Día Comunitario.
- Dispositivos de Inclusión Sociolaboral.
- Dispositivos de Inclusión Habitacional con distintos niveles de apoyo.

B.- Establecimiento de salud con Internación General (ESCIG)

- Servicio de Salud Mental en institución de salud polivalente

Observaciones a la Resolución Ministerial 715/2019: la inexistencia en la Resolución de pautas para Establecimientos de salud con Internación monovalentes, públicos y privados aplica a lo establecido por la Ley y su Decreto reglamentario.

4.- Ley Nacional de Salud Mental 26657 del año 2010. Art. 12

La ley establece que *“La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales”*. El concepto de no usar el psicofármaco con fines de castigo aplicaría sencillamente a una condición de mala praxis, a un delito, por lo que resulta totalmente innecesario este texto e inconveniente en el articulado de la ley; más aún, denota un sesgo claramente no científico. Tal como en el debate de la Ley en el Senado del día 24 de noviembre, el representante de APSA dijo: *“sería como concebir una Ley de tránsito que diga que los autos no deben ser usados para transitar por la vereda y matar a los transeúntes”*.

C) RECOMENDACIONES

- 1. Enfocar el problema de los cuidados de la salud mental no como opciones excluyentes “Manicomio si o Manicomio no”, tal como se han manifestado las posiciones enfrentadas sobre la ley. El núcleo del análisis debe ser el pleno aseguramiento del acceso a los cuidados de la Salud Mental de forma global, oportuno, completo, continuo, digno, interdisciplinario e intersectorial.**
- 2. No hacer efectivo el cierre de ninguna institución de salud mental con internación, pública, de seguridad social ni privada, hasta tanto no se cumpla con la creación y puesta en pleno funcionamiento de Servicios de Salud Mental con internación en instituciones polivalentes de todos los sectores de salud.**
3. Que aun cuando efectivamente se desarrollen estos servicios de salud mental con internación en dispositivos polivalentes, ante las complejas demandas de internaciones de alta complejidad detallados en los considerandos, se recomienda contemplar la **permanencia de los hospitales psiquiátricos y las instituciones privadas del subsector privado para internaciones de corta estancia**, dispositivos estos que se los concibe como insustituibles y a la vez complementarios en la red de cuidados de la salud mental. Se reconoce que este punto de vista discrepa del Consenso de Panamá, elaborado en el marco de la Conferencia Regional de Salud Mental de 2010, que al final del documento concluye afirmando “La década del salto hacia la comunidad: por un continente sin manicomios en el 2020”.
4. La evaluación integral que requiere una persona se hospitaliza por una enfermedad mental severa, incluye una profunda anamnesis con el motivo de consulta, los antecedentes familiares y personales (comprendiendo los determinantes sociales y el consumo de alcohol y drogas), las enfermedades físicas concomitantes y sus tratamientos (particularmente aquellas que se manifiestan con sintomatología psiquiátrica), exploración de la enfermedad actual (inicio, sintomatología, tratamientos psicofarmacológicos recibidos, efectos adversos y respuestas terapéutica, abordaje psicosocial), el estado psíquico actual pormenorizado, establecer un diagnóstico presuntivo con los estudios solicitados y, finalmente, la indicación terapéutica farmacológica que contemple potenciales interacciones farmacocinéticas y farmacodinámicas y el abordaje psicosocial. Para que este complejo proceso se lleve a cabo adecuadamente, debe intervenir un médico psiquiatra con entrenamiento suficiente para proceder a esta exploración y evaluar los hallazgos, además de otros integrantes del equipo interdisciplinario; otros profesionales de la salud, tal como los médicos de familia o generalistas no han recibido una capacitación formal y profunda como para satisfacer la exploración de admisión a una internación como se describió previamente. Por ello, se desprende que el **recurso humano médico requerido para todos los dispositivos descriptos en la Resolución Ministerial 715/2019**, con internación y ambulatorios, sea **obligatoriamente un Médico especialista en Psiquiatra** y no de otras especialidades como en esta norma se menciona a “*Médico/a generalista o Médico/a de Familia o Médico/a Psiquiatra*”.

5. La realidad de cuidados que apliquen a las iniciativas de reforma sanitaria bajo el modelo comunitario se logra con consensos, políticas y planes, pero fundamentalmente mediante **financiamiento y presupuestos con plazos de ejecución**, desafortunadamente no contemplados consistentemente en el desarrollo de las normas nacionales vigentes (Consideraciones 14). En nuestro país, la necesidad de contar con suficiente y oportuna financiación aplica para los tres sectores de la salud: público, privado y de seguridad social. Como sólida recomendación, se copian las reflexiones del Dr. Francisco Torres Gonzalez en la Jornadas Chilenas de Salud Mental Comunitaria del año 2014, al referirse a su experiencia en la gestión de la reforma de los cuidados de la salud mental en Andalucía “*el cambio hacia un modelo de Salud Mental Comunitaria precisa de una **financiación suficiente y sostenida durante al menos un par de décadas** y de un esfuerzo manifiesto y también sostenido en la adaptación de los profesionales a los usos del nuevo modelo*”.

D) REFERENCIAS

Ley Nacional de Salud Mental de 2010

- http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001237cnt-2018_ley-nacional-salud-mental-decreto-reglamentario.pdf

Decreto Reglamentario de 2013

- http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001448cnt-2019-04_pautas-organizacion-funcionamiento-salud-mental.pdf

Resolución Ministerial 715 de 2019: Pautas para la Organización y Funcionamiento de Dispositivos de Salud Mental

- http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001448cnt-2019-04_pautas-organizacion-funcionamiento-salud-mental.pdf

Sitios web de Asociación de Ayuda de Familiares de Personas que padecen Esquizofrenia

- www.aafe.org.ar
- <https://www.facebook.com/aafeong>

Artículos referidos en esta nota

- La Rehabilitación psicosocial en el Hospital Neuropsiquiátrico Dr. A. Korn de Melchor Romero, La Plata, Argentina. Archivos Peruanos de Psiquiatría y Salud Mental. 1998 Vol 2, N° 1, 25-32.
- Procedimientos innovadores en la Gestión administrativo-financiera en el Hospital Dr. “A. Korn” de Melchor Romero: Fundamento, programas y resultados. Vértex, Revista Argentina de Psiquiatría. 1999, Volumen X, número 35, 20-27.

**Intervinieron en la elaboración de este documento los miembros de Asociación de Ayuda de Familiares de Personas que padecen Esquizofrenia y su asesor médico, Dr. Pedro Rafael Gargoloff.
La Plata, 22 de Julio de 2019**