
DIPLOMATURA EN GESTIÓN Y DISEÑO DE ESTABLECIMIENTOS EN SALUD

Directora: Arq. María Elvira Contreras.

Coordinación Académica: Arq. José Turniansky.

Organizan:

**Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria (AADAIH)
Universidad del Gran Rosario (UGR).**

Trabajo Final

ARQUITECTURA EN LA SALUD MENTAL

Dispositivos habitacionales como herramienta para la inclusión social

GUTIERREZ Paola/ JUANEU Pablo/ RIOS Mario/ RONIS Cecilia
ARQUITECTOS

Marzo- 2023
Neuquén, Argentina

INDICE

1	INTRODUCCIÓN	3
2	SISTEMA DE SALUD PROVINCIAL	4
2.1	Plan de Salud de Neuquén	7
2.2	Línea Temporal	9
2.3	Organización Regional	10
2.4	Organización provincial en zonas sanitarias	10
2.5	Organización asistencial y administrativa	11
3	LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES	12
3.1	Red de Salud Mental con Base en la Comunidad	14
4	DISPOSITIVOS DE INCLUSIÓN HABITACIONAL	15
4.1	Tipologías de establecimientos y su categorización.....	15
4.2	Análisis de casos	20
4.2.1	Centros Maggie	20
4.2.2.	Instituto de Rehabilitación Arroyito (IRA), Neuquén, Argentina.	25
4.2.3.	Comunidad Abierta para Mujeres con Problemáticas de Consumo, San Patricio del Chañar, Neuquén, Argentina.	28
4.2.4.	Prototipo de Viviendas de Medio Camino. Programa Habitar Inclusión, Ministerio de Desarrollo Territorial y Hábitat.	33
4.2.5.	Prototipo Centro de Salud. Ministerio de Salud, Neuquén, Argentina.	37
4.2.6.	Prototipo Centro de Día. Ministerio de Salud, Neuquén, Argentina.	40
5	CONCLUSIONES	42
6	BIBLIOGRAFÍA	43

1 INTRODUCCIÓN

Esta monografía es el trabajo final de la Diplomatura en Diseño y Gestión de Edificios destinados para la Salud, que desarrolla la Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria (AADAIH) junto con la Universidad del Gran Rosario, Argentina (UGR).

El tema que abordamos en este trabajo final es sobre los dispositivos habitacionales para Salud Mental en la provincia de Neuquén. Esta temática nos parece interesante ya que tenemos que pensar en un abordaje integral de cuidados que disminuyan la brecha entre la atención de salud mental y la atención de salud en general. Para esto se proponen diversas estrategias para la promoción de vínculos saludables con eje en la interacción colectiva para crear condiciones de vida que lleven a una vida significativa. Un componente clave en este sentido es el fortalecimiento de la participación social para promover la gestión comunitaria del sufrimiento psíquico. En nuestra provincia con la aprobación de la Ley de Salud Mental Nº 26.657, el Sistema Público de Salud ha generado respuestas hacia estas demandas por medio de, por ejemplo, la incorporación de equipos de salud orientados a la atención psicosocial, la creación de nuevos establecimientos terapéuticos como son los Centros de Día o la generación de redes integradas de atención. El desafío que plantea la problemática psicosocial requiere un mayor fortalecimiento como así también la incorporación en los próximos años de respuestas planificadas con una mirada integral que requerirán el trabajo interdisciplinario con la participación de diferentes áreas ministeriales y jurisdiccionales.

Nos interesa poder desarrollar los dispositivos necesarios para las distintas problemáticas que presenta la salud mental en la provincia y poder abordarlos como arquitectos y desarrollarlos dentro del ámbito de salud y su relación directa con la sociedad en la cual las personas serán insertadas.

El objetivo de este trabajo será investigar sobre como es el proceso de transición de la internación de salud mental tradicional a estas nuevas formas de contención. En ese marco conocer las herramientas que da la ley de salud mental, equipos de trabajo, lineamientos y normativas, que permitirán en la etapa de proyecto aportar desde esta nueva concepción más humanizada de la salud mental. Para esto, en primer lugar, realizaremos definiciones y descripciones para lograr un marco conceptual sobre la salud mental.

2 SISTEMA DE SALUD PROVINCIAL

Sobre finales de la década de 1950, los principales indicadores sanitarios mostraban situaciones sanitarias muy dispares en el interior del país. A partir de la gestión del Dr. Ramón Carrillo, primer ministro de Salud de la Nación (1946-1954), se habían logrado mejoras sanitarias significativas en algunas provincias argentinas, pero otras continuaban muy atrasadas. Para 1960 morían en Neuquén 12 de cada 100 recién nacidos. Con una tasa de mortalidad infantil que registraba 117,9 fallecidos antes del año de vida por cada por 1.000 nacidos vivos, prácticamente se duplicaba el promedio nacional, y los departamentos del norte provincial, Minas y Chos Malal ocupaban los primeros lugares de ese triste ranking.

Hacia finales de la década de 1960, el gobierno nacional, con un criterio planificador centralista y de acciones focalizadas, creó centros de atención materno-infantil en distintos puntos del país. En la provincia de Neuquén, los primeros se localizaron en las ciudades de Zapala, San Martín de los Andes, Cutral Có y Chos Malal (Blanco, 1998). Sin embargo, esas iniciativas no modificaron sustancialmente la situación sanitaria provincial.

La conformación del Estado provincial y su materialización efectiva se desarrollaron en un contexto de recurrente inestabilidad política a nivel nacional. Sin embargo, la “cuestión peronista” se diluyó con el claro triunfo de una fuerza política provincial (Movimiento Popular Neuquino, MPN) que incorporó a gran parte de su electorado por el surgimiento de un político local que fue el propulsor del MPN que signa la escena política provincial.

A fines de la década de 1960 y entrando en la de 1970 es posible advertir la consolidación de un tipo de Estado que expande y articula una sociedad en permanente cambio y acelerada transformación; adquiere un perfil caracterizado por el desarrollo de la obra pública y la política social, acentuando la tendencia discursiva hacia lo local y regional.

En lo que refiere a la salud, es interesante destacar que las decisiones que caracterizaron al MPN de los primeros años se pueden identificar en términos ideológicos con los postulados de la doctrina justicialista desplegada por Perón (1945-1955), pero al mismo tiempo incorporaron conceptos planificadores propios de la etapa desarrollista.

Hacia fines de la década de 1960 el gobierno provincial, consciente de las severas falencias en materia sanitaria, convocó los doctores Néstor Perrone y Elsa Moreno para organizar el sector público de salud, dando inicio a lo que se llamó el **“Plan de Salud”**.

En ese momento histórico, la situación se caracterizaba principalmente por las variables siguientes.

- Alta mortalidad general (1969): 12,1 muertes cada 1.000 habitantes (35% lo representaban las muertes de menores de un año).
- Alta mortalidad infantil (1970): 108,7 muertes en menores de un año cada 1.000 nacidos vivos.
- Alta mortalidad materna: 1,9 muertes cada 1.000 nacidos vivos.
- Elevada incidencia de enfermedades inmuno-prevenibles respiratorias y diarreicas. La tasa de mortalidad por TBC (tuberculosis) duplicaba el promedio del país. Casi el 50% de las muertes carecían de atención médica.
- Elevado número de muertes sin atención médica, o mal definidas.
- Escasa infraestructura de servicios: 30 establecimientos de salud entre hospitales, centros de salud urbanos y puestos sanitarios rurales.
- Escasos recursos humanos y con bajo nivel de formación: en 1970, la provincia contaba con un total de 212 enfermeras, de las cuales el 67,5% eran empíricas (formadas en servicio sin capacitación formal).
- Falta de pautas o normas de atención médica.
- Importante porcentaje de población vulnerable sin acceso a la asistencia médica.
- Existencias de endemias con elevadas incidencias y prevalencias (hidatidosis, tuberculosis).
- Atención únicamente de la demanda espontánea, con acciones de recuperación, y casi sin actividades de promoción y protección.

Sin visitas médicas periódicas a poblaciones nucleadas y escuelas y sin visitas domiciliarias por parte de agentes sanitarios.

- Muy escasa participación del sector salud en el saneamiento básico del medio ambiente, a pesar de los serios problemas existentes en tal sentido.

La decisión política de revertir ese diagnóstico se volcó rápidamente en acciones. Se elevó el rango de la entonces Dirección de Salud Pública transformándola en Subsecretaría, asistida por una Dirección General encargada de coordinar al Nivel Central con las Zonas Sanitarias; se produjo un reordenamiento de estos últimos “incorporando profesionales con formación en administración médica y otras disciplinas, que formaron el equipo multidisciplinario que requiere el actual concepto de Salud Pública”, se integraron todos los efectores oficiales por complejidad creciente, **asumiendo la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) como eje vertebral**, bastante antes de la Declaración de Alma Ata de 1978.

Se otorgó especial relevancia al desarrollo de recursos humanos, asumiendo el régimen de dedicación exclusiva como modo de contratación preferencial para las profesiones de grado, se priorizó su formación y se promovió el desarrollo de normas de atención para las prestaciones priorizadas, buscando que llegaran de manera efectiva e igualitaria a la población de todo el territorio (Ministerio de Salud de Neuquén, 2018).

El Plan de Salud de 1970 unificó sus acciones sanitarias y marcó el camino para el desarrollo del sistema de salud de la provincia del Neuquén, un proceso de transformación de las condiciones sanitarias que lo convirtieron en una referencia a nivel regional.

Comienza a implementarse el “Plan de Salud”, organizado bajo la dirección de Néstor Perrone y Elsa Moreno, con el objetivo de llevar la atención médica y sanitaria desde el hospital y los centros de salud hacia la población dispersa en todo el territorio, en contraposición a modelos que focalizan la atención sanitaria en hospitales centrales. Se estructura el sistema en tres niveles: el central, zonal y local. Al mismo tiempo, se comienza a construir una masa crítica de datos estadísticos y epidemiológicos a nivel provincial.

A partir del Plan de Salud de 1970, la provincia del Neuquén define un horizonte sanitario basado en la equidad y en la universalidad, con una atención médica integrada y prácticas centradas en la maternidad e infancia. El Plan también vinculó al gobierno provincial directamente con la comunidad a través de acciones de promoción de la salud y prevención y atención de las enfermedades.

2.1 Plan de Salud de Neuquén

El apoyo colectivo de especialidades y profesiones afines a la salud fue un gran aporte, al igual que el surgimiento de las residencias en los establecimientos provinciales. Estas acciones se implementaron con la convicción de extender la atención sanitaria a todo el territorio neuquino e incluyeron la construcción de nuevos hospitales, centros de salud y puestos sanitarios.

Entre los principios más destacados que orientaron las acciones vale mencionar:

- Regionalización y zonificación con asignación de ámbito geográfico bajo responsabilidad directa de cada hospital (área programa).
- Organización de la red pública siguiendo el criterio de articulación y ordenamiento de los establecimientos por complejidad creciente.
- Centralización normativa y descentralización operativa.
- Énfasis en la APS entendida como estrategia que importa a todo el sistema, sin limitarla al primer nivel de atención.
- Énfasis en el primer nivel de atención desde la actuación del agente sanitario como primer eslabón del sistema de salud.
- Capacitación del recurso humano: reconversión de enfermeras empíricas (formación de auxiliares de enfermería) y luego profesionalización en enfermería, residencias médicas (empezando con la de medicina general, con orientación rural), formación de agentes sanitarios, capacitación en administración y estadísticas sanitarias.
- Régimen de contratación de profesionales con la modalidad de dedicación exclusiva al sector público.
- Poca injerencia del poder político partidario en las conducciones hospitalarias.

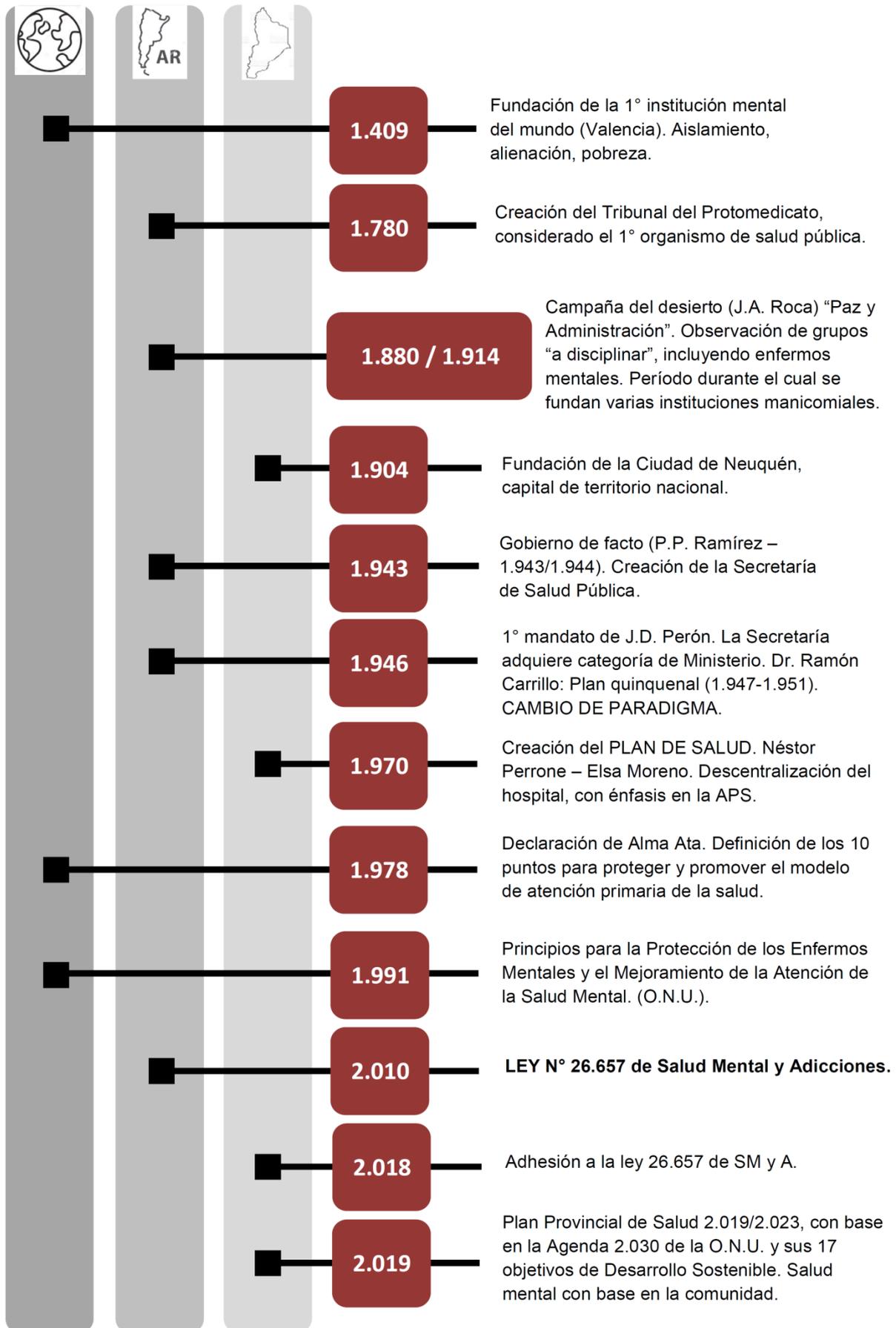
Este perfil de gestión sanitaria centrada en el desarrollo del sector público permitió dar un giro importante a la situación de salud en la provincia y sentó las bases de un modelo que sería ejemplo para otras provincias argentinas, no por ser el primero, sino por perdurar pese a los cambios políticos que se registraron a lo largo de los últimos cincuenta años.

En cuanto a la organización sectorial actual, es dable mencionar que el sistema de salud provincial está compuesto por el sistema público de salud, el subsector privado y el de obras sociales. El subsector público comprende un nivel central normativo y de conducción general y una red integrada por los establecimientos

prestadores de servicios. Desde el primer nivel de atención hasta la máxima complejidad, la dependencia del sistema de salud es del orden provincial. El nivel central es conducido por la Subsecretaría de Salud, dependiente del Ministerio de Salud. Ambos en conjunto ejercen su función de conducción hacia las jefaturas de Zonas Sanitarias. La red de atención está integrada por 29 hospitales (1.114 camas), 83 centros de salud, 111 puestos sanitarios y responde a un modelo organizacional regionalizado en áreas programas y zonas sanitarias, e integrado en niveles de complejidad creciente.

En el ámbito privado y de obras sociales se cuenta con 14 establecimientos con internación (638 camas). Se registra un importante crecimiento en los últimos años, con fuerte concentración de recursos en las principales ciudades de la provincia, especialmente en Neuquén Capital.

2.2 Línea Temporal

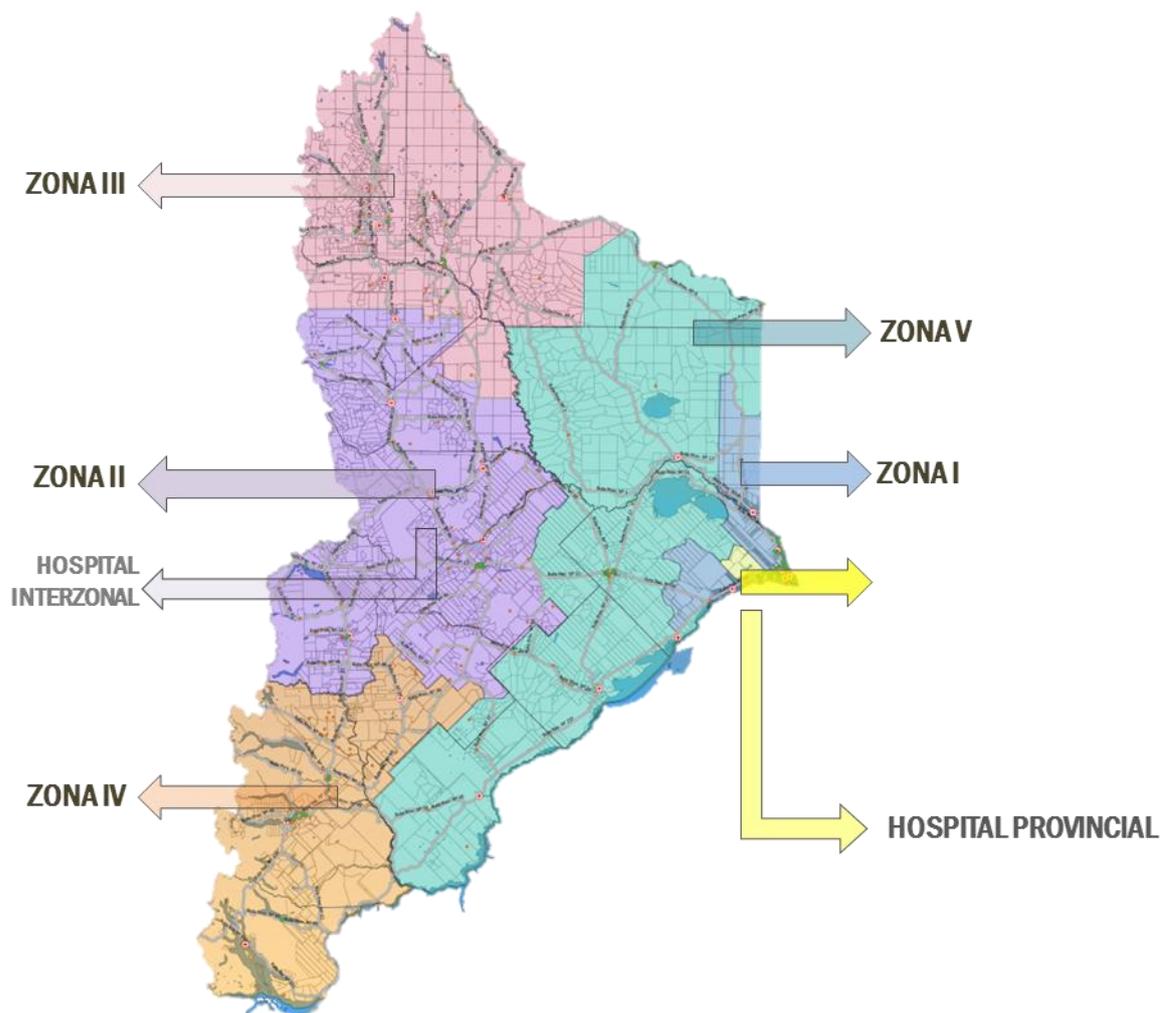


Fuente: Elaboración propia.

2.3 Organización Regional

Con relación a la organización regional, el territorio de toda la provincia se divide en Zonas Sanitarias y estas en Áreas Programa. Cada Zona Sanitaria articula el funcionamiento de sus recursos y en cada Área Programa hay hospitales o centros de salud responsables de brindar los servicios de salud. En este momento, el sistema público está integrado por seis Zonas Sanitarias, además del hospital provincial Neuquén que, al depender directamente de la Subsecretaría de Salud, tiene el rango de una Zona Sanitaria más. En cada Zona Sanitaria hay un hospital cabecero zonal de mediana complejidad con el cual se vinculan, a través de interconsultas y derivaciones, otros hospitales de baja complejidad ubicados en las localidades vecinas.

2.4 Organización provincial en zonas sanitarias



Fuente: Gráfico de elaboración propia

2.5 Organización asistencial y administrativa



Fuente: Gráfico de elaboración propia

Existe un hospital que, por su ubicación geográfica –en la confluencia de las rutas que se dirigen hacia la capital provincial–, progresivamente va tomando características de hospital de referencia interzonal para las Zonas Sanitarias III y IV, que es el hospital Zapala, y un hospital de referencia provincial –máxima complejidad del sistema–, que es el hospital Dr. Castro Rendón, en la ciudad de Neuquén capital.

Es importante aclarar que, al mismo tiempo que se implementaban acciones en el ámbito de lo sanitario, se intervino en otras dimensiones que hacen a la determinación social de la salud, fundamentalmente aquellas relacionadas con el nivel de empleo y los ingresos familiares, el acceso a la educación y la vivienda, tanto en el ámbito urbano como rural, además de acercar otros servicios esenciales.

La historia del sistema de salud neuquino muestra una escasa o nula integración que permitiera superar la fragmentación y segmentación que caracteriza a la Argentina en salud. Las iniciativas de integración vía un seguro provincial de salud y una mayor participación social, con la conformación de un Consejo Provincial de Salud, no llegaron a consolidarse. No pudo aprovecharse, como tampoco se dio en otras provincias, la posibilidad de incorporar en forma efectiva la obra social provincial con el sector público.

3 LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

El 6 de diciembre de 2018 la Provincia del Neuquén a partir de la Ley Provincial N° 3182 adhirió a la LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES N° 26.657 sancionada en 2010, determinando que el Ministerio de Salud es su autoridad de aplicación, y creando el Órgano de Revisión en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa, como órgano de control, supervisión y promoción de los derechos de los usuarios de los Servicios de Salud Mental y Adicciones. El Ministerio de Salud queda establecido como el encargado de la aplicación y ejecución de las políticas y programas de prevención y asistencia de la mencionada Ley, impulsando las acciones establecidas por el Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios establecidos. Como establece en el ARTÍCULO 1° de Derechos y garantías, “la presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional”. De esta manera, la provincia del Neuquén se adecúa a las normativas nacionales vigentes y a los tratados internacionales a través de esta ley que se erige como pionera por varias razones: se mencionan concretamente las incumbencias y responsabilidades de las diferentes reparticiones del Estado con competencia en la materia con una cobertura amplia, especializada e integral, priorizando el componente de INTERSECTORIALIDAD. En esta misma línea el Plan Provincial de Salud 2019-2023 plantea que en el abordaje de temáticas de salud se debe contemplar orígenes multicausales para lograr confeccionar estrategias integrales que impacten sobre la calidad de vida de la población y que aborde las desigualdades sociales y territoriales en el acceso al sistema de salud. Los principales problemas de salud que enfrentamos en la actualidad están asociados a factores de riesgo multicausales, producidos por las condiciones económicas, sociales y ambientales del entorno. Este aspecto expresa la gran interdependencia entre salud y desarrollo humano, dando cuenta de la complejidad de gestionar aspectos de salud pública que muchas veces escapan o desbordan las acciones sanitarias previstas desde un Ministerio de Salud. Tal condición requiere innovar en las diversas formas de abordar las prácticas en salud con alianzas interministeriales, interjurisdiccionales y multinivel que repercutan positivamente sobre las variables de bienestar.

En el marco de la Ley Nacional de SMyA se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de

construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud. En cuanto a legislación específica a nivel nacional, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010), reconoce como uno de los derechos de las personas con padecimiento mental: “el derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria” (cap. IV, art. 7, inc. d); a su vez establece en el capítulo de Modalidad de Abordaje, que la Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción en coordinación con otras áreas pertinentes, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria, que lleven adelante el desarrollo de dispositivos y prestaciones tales como cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, Casas de Convivencia, Hogares y Familias Sustitutas, entre otras (cap. V, art. 11). **En este aspecto el Decreto Reglamentario del presente artículo insta que se deben promover dispositivos adecuados a la LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL y ADICCIONES que funcionen como una red de servicios con base en la comunidad, que incluyan dispositivos habitacionales y laborales con distintos niveles de apoyo (Decreto Reglamentario 603/2013).** La presente ley también define que “en ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes” (Cap. VII, art. 15) y amplía en el Decreto Reglamentario de este artículo que: “Cuando una persona estuviese en condiciones de alta desde el punto de vista de la salud mental y existiesen problemáticas sociales o de vivienda que imposibilitaran la externación inmediata, el equipo interdisciplinario deberá (...) gestionar ante las áreas que correspondan con carácter urgente la provisión de los recursos correspondientes (...)”. Esto implica necesariamente implementar servicios y programas acordes, con permanente coordinación interinstitucional, cooperación y corresponsabilidad entre todas las áreas, adoptando criterios y prácticas que deconstruyan los imaginarios culturales y profesionales instituidos, evitando intervenciones aisladas, fragmentadas y/o superpuestas que resultan ineficaces y revictimizan a las personas.

3.1 Red de Salud Mental con Base en la Comunidad

La Ley Nacional de Salud Mental es una norma que garantiza el derecho de las personas con padecimientos psíquicos, y plantea una modalidad de abordaje comunitario. En ese contexto, se conceptualiza a la salud mental como un proceso social y complejo que implica la promoción de la salud mental, la prevención y atención de padecimientos mentales, la participación comunitaria, y la detección y el abordaje de los determinantes sociales de la salud.

Se trata de un modelo basado en la promoción de la salud y los cuidados, la prevención, atención y rehabilitación psicosocial. Un abordaje comunitario, integral, interdisciplinario e intersectorial centrado en las personas, y que entiende la complejidad de los procesos de salud – enfermedad – atención – cuidados, en el ámbito territorial donde los colectivos sociales desarrollan su vida cotidiana; así asume que las problemáticas de salud mental son complejas y multidimensionales y se producen en el marco de un proceso de determinación social.

El desarrollo de un Modelo Comunitario de Atención conlleva la implementación de una Red de Salud Mental con Base en la Comunidad, integrada con los servicios de salud general y con articulación intersectorial. Este modelo se prescribe para los tres subsectores del sistema de salud e implica el desarrollo de diferentes efectores articulados en red: equipos de salud mental interdisciplinarios en los centros de salud del primer nivel de atención, servicios de salud mental en los hospitales generales, sanatorios y policlínicos (con atención ambulatoria, abordaje de las urgencias las 24 horas, interconsulta e internación), centros de día comunitarios, hospitales de día y de noche, diferentes modalidades de dispositivos para la inclusión sociolaboral y dispositivos habitacionales con diferentes niveles de apoyos, dispositivos de arte y salud mental, entre otros.

Estas estructuras deben contar con los recursos necesarios: trabajadores de diferentes disciplinas y roles, psicofármacos, insumos, infraestructura adecuada, etc., implicando – necesariamente - una mayor inversión en el sector, así como la descentralización de recursos existentes desde las actuales instituciones monovalentes hacia estas estructuras de la red. Esta red debe sustituir de manera progresiva a las instituciones monovalentes, ya que no es complementaria de ellas.

La implementación de la Red tiene como objetivo fundamental la integración y al sostén de las personas con padecimiento psíquico en la comunidad, entendiendo que toda persona es sujeto de derecho y valorando la diversidad. El modelo de abordaje basado en la comunidad parte de la presunción de la capacidad de todas las personas y de su posibilidad de rehabilitación psicosocial. Se funda en el respeto y la

promoción de los Derechos Humanos, y propicia acciones del equipo de salud para acompañar el ejercicio efectivo de esos derechos. Apunta a superar la cronificación y la estigmatización, así como también a disminuir el incremento de las brechas de atención propios del modelo manicomial.

4 DISPOSITIVOS DE INCLUSIÓN HABITACIONAL

Se consideran estructuras intermedias, ubicados entre los cuidados del sector salud y la comunidad general. Son dispositivos promocionales de las capacidades de las personas y parte fundamental de la estrategia de rehabilitación psicosocial, abocados a alcanzar la máxima autonomía posible y el ejercicio de los Derechos de las personas. Estos dispositivos deberán estar integrados al tejido comunitario, dado que se encuentran insertos en los espacios donde se desarrolla la vida social.

Dentro del sistema de Salud, los dispositivos destinados al tratamiento de la Salud Mental, de acuerdo a las Directrices de Organización y Funcionamiento de Servicio de Salud Mental del Ministerio de Salud de Nación, son los siguientes:

4.1 Tipologías de establecimientos y su categorización

<u>Consultorio de Salud Mental</u>	Establecimiento de salud sin internación de Diagnóstico y tratamiento. Servicio ambulatorio para la atención en Salud Mental (incluye adicciones) a cargo de uno/a o más profesionales de Salud Mental, con apoyo eventual de personal de colaboración técnica y/o administrativa.
<u>Servicio/componente de Salud Mental en Centro de Salud</u>	Establecimiento de salud sin Internación de diagnóstico y tratamiento. Servicio ambulatorio para la promoción, prevención y atención en Salud Mental, compuesto por un equipo interdisciplinario de Salud Mental que se encuentre integrado en un establecimiento de salud.
<u>Centro de Salud Mental</u>	Establecimiento de Salud sin internación de diagnóstico y tratamiento. Establecimiento para la atención de la Salud Mental (incluye adicciones) conformado por múltiples servicios ambulatorios como consultorios externos, centro de día, hospital de día, entre otros.
<u>Hospital de Día</u>	Establecimiento de salud sin internación de diagnóstico y tratamiento. Servicio para el tratamiento ambulatorio intensivo y rehabilitación psicosocial en salud mental

	(incluye adicciones). Está destinado a personas con padecimiento mental durante o luego de una situación de crisis. Permite evitar internaciones o acompañar el proceso desde el alta de internación hacia la vida en comunidad. Es un dispositivo de carácter transitorio y breve que apunta a preservar el vínculo de la persona con la comunidad hasta tanto pueda continuar su tratamiento, en caso de ser necesario, en otros efectores de la Red Integrada de Salud / Salud Mental.
<u>Centro de Día</u>	Establecimiento de salud sin internación de diagnóstico y tratamiento. Servicio dedicado a la rehabilitación psicosocial en Salud Mental destinado principalmente a personas con requerimiento de tratamiento prolongado en Salud Mental (incluye adicciones). Este efector puede contar con Dispositivos de Inclusión socio-Laboral.
<u>Dispositivo/Emprendimiento de inclusión Sociolaboral</u>	Establecimiento de salud Complementario. Es un servicio ambulatorio destinado a la integración sociolaboral de las personas con padecimiento mental (incluye adicciones) y/o en situación de vulnerabilidad psicosocial. Pueden implementarse diversos dispositivos, entre ellos: <ul style="list-style-type: none"> - Programa de apoyo para la capacitación y el empleo: experiencias asociativas, productivas y proyectos productivos, cooperativas de trabajo, agrupamientos de marca colectiva, etc. - Espacio productivo de capacitación. - Grupo laboral con diferentes grados de apoyos. - Taller con diferentes grados de apoyo (ex taller protegido, otros) El equipo de salud acompañará el conocimiento y el acceso a normativas para la habilitación jurisdiccional vinculada a los productos y servicios a comercializar.
<u>Servicio de atención domiciliaria</u>	Establecimiento de salud complementario. Asistencia en el domicilio o lugar de residencia y entorno próximo de la persona con padecimiento de salud mental (incluye adicciones), a cargo del equipo interdisciplinario de salud mental. Brinda atención en la crisis, tratamiento, monitoreo y apoyo de rehabilitación psicosocial.
<u>Dispositivos habitacionales con diferentes grados de apoyo</u>	Establecimiento de salud complementario. Los dispositivos habitacionales son parte de una política integral cuyo objetivo es brindar respuestas socio-sanitarias para aquellas personas con padecimiento mental (incluye adicciones) que se encuentran realizando un tratamiento ambulatorio, o en condiciones de ser externadas de instituciones monovalentes de salud mental (públicas o privadas) y que no cuentan con otras posibilidades de acceso a una vivienda digna en la comunidad. El establecimiento deberá estar integrado a la red de

servicios de Salud/Salud Mental.

Es condición de funcionamiento la referencia acreditada a un efector de salud que garantice la cobertura de urgencia. Asimismo, la articulación con los establecimientos o servicios ambulatorios donde las personas realicen los tratamientos de salud, excepto que la persona no pueda movilizarse; en tales casos se podrá implementar dispositivos de atención domiciliaria.

El equipo de salud interdisciplinario puede tener dependencia del Hospital General o Centro de Salud/Salud Mental o funcionar independientemente.

Cada dispositivo habitacional deberá contar con proyectos y/o programas institucionales orientados a la inclusión social, rehabilitación psicosocial y restitución de derechos, fomentando el apoyo entre pares. Supone la elaboración por parte del equipo interdisciplinario de estrategias terapéuticas personalizadas vinculadas a los diversos servicios de la red de salud. Las mismas deberán ser actualizadas periódicamente. Se destaca que no es un servicio de internación. Se requiere la conformidad de la persona para ingresar y permanecer en el dispositivo, teniendo en cuenta la voluntad de retirarse del servicio por decisión propia. En cada vivienda pueden convivir personas que requieran diferentes grados de apoyo para su desenvolvimiento en la vida cotidiana y que necesiten permanecer diferente lapso de tiempo.

El establecimiento debe asimilarse a una vivienda convencional, representando un hogar para sus residentes, con promoción de la autoorganización, siempre que fuera posible. Es menester que no posea cartel identificatorio a fin de evitar la estigmatización. Asimismo, deben integrarse al tejido comunitario para favorecer la interacción directa de sus habitantes con la comunidad, por lo cual se descarta su emplazamiento en zonas alejadas de la vida social y/o en predios de colonias u hospitales psiquiátricos. En cuanto a las acciones de intervención comunitaria, debe ser un eje fundamental el trabajo territorial para la inclusión de los residentes en el entorno comunitario y la deconstrucción del estigma hacia las personas con padecimiento mental, promoviendo articulaciones con las instituciones de la sociedad civil, como por ejemplo, clubes barriales u organizaciones comunitarias.

Prestaciones Comunes

- Provisión de alojamiento con distintos niveles de supervisión y apoyo.
 - Establecimiento de un programa individualizado de cobertura de necesidades cotidianas y el ejercicio ciudadano, acorde al nivel de autonomía de la persona usuaria, en coordinación con los servicios de la comunidad.
 - Apoyo para la integración en el dispositivo habitacional y actividades de la vida cotidiana.
 - Acompañamiento para la realización de actividades ocupacionales, educativas, recreativas en la comunidad/
-

en la vivienda, acorde al nivel de autonomía alcanzada por la persona.

- Promoción, recuperación y/o mantenimiento de habilidades para la vida diaria (cuidado personal, administración del dinero, movilidad, alimentación, vestimenta e higiene, entre otros).
- Seguimiento de la estrategia terapéutica, en coordinación con equipo de salud referente. Prestación de visita domiciliaria, remota, entre otras.

Vivienda de estancia transitoria con apoyos para la vida autónoma:

Establecimiento de Salud Mental con alojamiento temporal destinado a la rehabilitación psicosocial en el marco del proceso de inclusión social de las personas usuarias de salud mental (incluye adicciones). Funciona independientemente, en lo concerniente al espacio físico, a otros establecimientos de salud. Se organizará de acuerdo al programa de intervención teniendo en cuenta el perfil poblacional: grupo etario, género, funcionalidad psicosocial y grados de apoyos requeridos. El dispositivo habitacional sólo incluye las prestaciones de apoyo para la vida cotidiana, excluyendo los tratamientos en salud mental. En caso de combinar en el mismo establecimiento una vivienda de estancia transitoria y un establecimiento de salud mental ambulatorio, se debe garantizar necesariamente la separación física de los dispositivos habitacional y ambulatorio. El objetivo que ordena la tarea del servicio residencial es la inclusión social de las personas usuarias mediante el trabajo para el desarrollo de sus habilidades e intereses, la detección y desarrollo de los recursos socioambientales y el fortalecimiento de su autonomía, tendiente al fortalecimiento de un proyecto de vida singular. Algunos ejemplos: casa de medio camino, unidad residencial en centro de día para el abordaje de consumos problemáticos.

Vivienda de estancia variable a prolongada con apoyos para la vida autónoma:

Establecimiento de Salud Mental con alojamiento variable a prolongada destinado a la rehabilitación psicosocial en el marco del proceso de inclusión social de las personas usuarias de salud mental (incluye adicciones). Funciona independientemente, en lo concerniente al espacio físico, a otros establecimientos de salud. Algunos ejemplos: “módulo de integración comunitaria”, “residencia asistida”, “residencia protegida.”

Vivienda con dependencia de otros sectores o Independiente:

Viviendas para personas usuarias de salud mental (incluye adicciones) que funcionan en articulación con la red de Salud/Salud Mental. Forman parte de la red intersectorial para la inclusión social. Algunos ejemplos: unidad convivencial, vivienda autogestionada, vivienda de cogestión, alojamiento supervisado y cualquier vivienda donde viva un persona usuaria de salud mental (incluye adicciones).

Servicio de salud mental Establecimiento de salud con internación general. Servicio

en hospital general

prestador múltiple, de modalidad ambulatoria e internación, integrado al establecimiento de salud. Atiende la demanda interna y externa de salud mental. Deberá contar con servicios de atención propios o disponibles en el establecimiento, tales como: internación, consultorios externos, guardia, hospital de día. Brindará atención a todas las franjas etarias y géneros.

Los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental adoptados por la Asamblea General de Las Naciones Unidas (1991) establecen en el Principio 3 la vida en la comunidad: “Toda persona que padezca una enfermedad mental tendrá derecho a vivir y a trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad.”

La situación de emergencia habitacional de la población usuaria de los servicios de salud mental, externados o en proceso de externación, es parte de una problemática generalizada de raíz estructural en nuestro país. El déficit habitacional traducido en la falta de acceso a una vivienda digna para los sectores de menores recursos y con mayor grado de vulnerabilidad, representa una deuda de carácter histórico que va progresivamente en aumento.

La concepción de vivienda no debe estar aislada, fragmentada del espacio físico ambiental necesario para la vida familiar, que es multidimensional.

Introducir la noción de Hábitat implica que las viviendas deben poseer las características necesarias para propiciar el desarrollo integral de quienes vivan en éstas. Significa que el objetivo es más abarcativo que el acceso a una vivienda, que hay que realizar acciones en vistas a lograr la integración plena en la comunidad. Por ello, es importante desarrollar una mirada de Integralidad.

En los procesos de externación de las instituciones neuropsiquiátricas de aquellas personas que han permanecido internadas por largos períodos, los efectos del encierro y del aislamiento son arduos de modificar.

Es imprescindible impulsar el desarrollo de prácticas que habiliten la progresiva autonomía y la participación activa de las personas en su comunidad, así como la posibilidad de tomar decisiones respecto de la propia vida. Esto también se corresponde con la construcción del derecho a habitar. **Reconstruir el derecho a habitar deviene una condición imprescindible de trabajar y propiciar en toda intervención y acompañamiento socio terapéutico.**

Lo puramente asistencial, sin perseguir la promoción de las personas, se vuelve asistencialismo, constituyendo beneficiarios en lugar de sujetos de derecho. Esta es una forma más de control que no propicia el desarrollo de autonomía.

Desde este aspecto es fundamental promover la participación activa en todo el recorrido, que va desde la planificación de la externación, pasando por la definición de dónde, cómo y la elección con quiénes vivir, hasta la discusión y consenso grupal de las normas y reglas de funcionamiento de convivencia, etc.

Se debe trabajar conjuntamente (equipo de salud, usuarios, referentes vinculares significativos y/o familiares) para que los habitantes de los dispositivos habitacionales puedan tener un nivel de poder de decisión material y simbólico en cuanto al espacio que habitan.

4.2 Análisis de casos

A continuación se muestran distintos dispositivos para la salud implementados en el mundo y en la Provincia de Neuquén, sus características principales y los modelos de implementación.

4.2.1 Centros Maggie

Si bien no corresponde a un dispositivo de salud mental, los Centros Maggie (Reino Unido) destinados al tratamiento de pacientes oncológicos, nos permite ver como la arquitectura funciona como una herramienta indispensable en el tratamiento del cáncer no solo para el paciente sino también para su entorno familiar, además de su vinculación con la red de salud pública,

Centro Maggie es una red de centros de cuidados intensivos para el tratamiento de personas con cáncer. Desde la inauguración del primer Centro Maggie en Edimburgo en 1996, a la actualidad hay 21 centros en funcionamiento en el Reino Unido, todos vinculados a hospitales en la red de salud pública. Además, hay otros tres Centros Maggie en todo el mundo: uno en Hong Kong, uno en Tokio y uno en Barcelona.

Arquitectos de renombre mundial se encuentran entre los autores de estos proyectos, incluidos Steven Holl, Zaha Hadid y Frank Gehry. Con diseños audaces e innovadores, Centro Maggie se ha establecido no solo como referencia en la lucha contra el cáncer, sino también en el escenario de la arquitectura contemporánea. En lugar de considerarse como una estructura clínica, están diseñados como un hogar, un lugar donde las personas pueden pasar buenos momentos cerca de sus seres

queridos. Los efectos terapéuticos de estos espacios se están probando en la práctica a medida que más y más pacientes hacen uso de estas estructuras. Estos espacios deben diseñarse alrededor de una cocina, sin pasillos oscuros y espacios escalonados. El personal técnico en el sitio solo contribuiría al tratamiento en un sentido holístico, brindando apoyo psicológico y ayudando a los pacientes a relajarse.



“

Cuanto más conscientes son las personas de la gravedad de su enfermedad, más desean sentirse en control de ella y encontrar fuerzas dentro de sí mismas para combatir el cáncer. Los espacios del Centro Maggie brindan este apoyo que no se puede encontrar en ningún hospital o clínica de tratamiento (...) Estos espacios fomentan la autodeterminación y la autonomía del paciente”. (Laura Raskin, 2019)

Centro Maggie en Royal Marsden, Sutton, Reino Unido.

Este nuevo Centro Maggie, que se une a otros dos que ya existen en Londres, se ha creado en el Royal Marsden, en Sutton. El Maggie Royal Marsden se sitúa en el corazón de un paisaje natural dentro de los terrenos del hospital, rodeado de varios árboles maduros existentes. El edificio, diseñado por el estudio de arquitectura londinense Ab Rogers Design, está formado por cinco volúmenes en escalada, revestidos de terracota y vidriados en tonos rojos graduados, que se envuelven alrededor de un patio central.

El diseño prioriza la luz del día y la transparencia, y el jardín, diseñado por Piet Oudolf, está orientado al sur para maximizar la luz natural y el calor dentro del centro.



Centro Maggie en Manchester, Reino Unido.

Recientemente ha abierto sus puertas el Centro Maggie diseñado por Norman Foster para su ciudad natal, Manchester.

Junto al hospital Christie y concebido con la intención de generar espacios acogedores, el edificio se articula en una planta simétrica, se eleva en un entramado

de madera con vigas y soportes que presentan un patrón calado, y está rematado con una cubierta fragmentada en triángulos acristalados. A través de ventanales, el pabellón se abre al jardín diseñado por el paisajista Dan Pearson, mientras en la parte sur se anexiona un invernadero. El mobiliario también ha sido diseñado a medida por Foster.



El edificio ocupa un sitio soleado y sólo posee un piso, manteniendo su perfil bajo, reflejando la escala residencial de las calles circundantes. El techo se eleva en el centro para crear un entresuelo, naturalmente iluminado por luces de techo triangulares y se encuentra soportado por vigas en celosía de madera ligera.



Las vigas actúan como particiones naturales entre áreas internas diferentes, disolviendo visualmente la arquitectura en los jardines adyacentes. El centro combina una variedad de espacios, desde privados nichos íntimos hasta una librería, salas de ejercicio y espacios de reunión.

4.2.2. Instituto de Rehabilitación Arroyito (IRA), Neuquén, Argentina.

Fundado en julio del año 2000, a través de acuerdos interministeriales de la provincia de Neuquén, el instituto fue concebido para dar tratamiento a varones mayores de 18 años con problemáticas de consumo de sustancias.

Es una comunidad terapéutica abierta, dependiente del servicio de Adicciones del hospital provincial de Neuquén.

Los usuarios del dispositivo son varones, mayores de edad y el tratamiento es de carácter voluntario. La modalidad es de internación prolongada para pacientes que presentan consumo problemático de sustancias.



El tratamiento se realiza bajo la modalidad de internación prolongada, consiste en cuatro etapas (Fase A, Fase B, Pre inserción y Reinserción) donde se trabaja terapéuticamente desde la conciencia de enfermedad y situación hasta la reinserción social, familiar y laboral del paciente. Es un tratamiento intensivo que dura entre seis y doce meses, dependiendo de cada persona.

En el instituto hay talleres de educación primaria, música, educación física, huerta, cría de pollos y lombricompost. Estas actividades forman parte del proceso de rehabilitación, las cuales se desarrollan en un espacio amplio y en forma individual y/o grupal.

Por otra parte, el personal que trabaja en el IRA está conformado por administrativos, cocineros, chofer, profesionales y operadores terapéuticos. Estos últimos son quienes realizan la admisión y tratamiento.

A nivel asistencial, las gestiones para la internación voluntaria y las posteriores consultas se realizan en las sedes de atención ambulatorias ubicadas en las cercanías del hospital provincial, en la capital neuquina; y se dispone, además, de una guardia profesional de 24 hs. durante todo el año.

Esta característica de atención garantiza que el establecimiento propiamente dicho, es de uso exclusivo para actividades terapéuticas.

En la actualidad, en el marco de las políticas adoptadas con perspectiva de género, se encuentra en desarrollo la construcción de dos nuevos bloques para la internación voluntaria de mujeres, lo cual propiciará un ambiente de interacción mixto.





VISTA ACCESO PRINCIPAL



VISTA SECTOR DE HUERTA



VISTA MÓDULO HABITACIONAL



VISTA NUEVAS VIVIENDAS EN PROCESO DE INSTALACIÓN

4.2.3. Comunidad Abierta para Mujeres con Problemáticas de Consumo, San Patricio del Chañar, Neuquén, Argentina.

La comunidad funcionará en el viejo Hospital de El Chañar ubicado en la zona céntrica de la localidad, albergará a mujeres con problemáticas de consumo de sustancias y tendrá como objetivo la rehabilitación en el marco de la reducción de daños, de acuerdo a lo estipulado por la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657 y su decreto reglamentario 603/13. El proceso de internación se plantea como

una estrategia dentro de un tratamiento integral y no como la única alternativa de recuperación.



Aquellas mujeres que realicen su tratamiento allí convivirán en una casa, compartiendo espacios comunes, biblioteca y espacio de TV, dentro de un predio donde desarrollarán sus actividades. El dispositivo albergará a 8 (ocho) personas, contará con habitaciones individuales y dobles, contemplando espacios comunes para favorecer dinámicas grupales durante el proceso de internación.

Durante la internación se trabajará con las usuarias de manera individual y grupal fomentando estrategias para su futura inserción sociolaboral; haciendo énfasis en el abordaje terapéutico, fomentando vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus redes afectivas, familiares y allegados; comprendiendo que la problemática abarca múltiples dimensiones de la persona, y no se circunscribe sólo al consumo problemático de determinada sustancia.

La internación será de manera voluntaria tal y como establece la Ley de Salud Mental N° 26.657, con un tratamiento que oscilará entre los 6 y 12 meses aproximadamente, dependiendo de las particularidades de cada persona. Para ello la admisión se realizará a través de un equipo interdisciplinario de salud con perspectiva de género, quienes evaluarán el perfil de la persona para determinar si corresponde o no su inclusión a la comunidad terapéutica. La incorporación a dicho dispositivo será

evaluada de forma conjunta entre las coordinadoras zonales de salud mental y los equipos locales, estableciendo criterios prioritarios en base a la demanda existente.

Este tipo de dispositivos debe contar con recursos necesarios y vitales para su sostenimiento, como los son el tipo de estructura específica del edificio, tanto a nivel macro, como las especificidades internas por el tipo de usuarias, las características de los trabajadores, la presentación del dispositivo en la comunidad para que sea integrado y no expulsado, de forma que evitamos la revictimización de las usuarias. Siendo necesaria la comunicación concreta y cuidada a la población. Si un dispositivo de estas características no es incluido de manera correcta a un espacio socio comunitario, se pueden correr riesgos de tipo expulsivos que no favorecen a la salud y bienestar de las usuarias y trabajadores.

POBLACIÓN OBJETIVO

Mujeres que estén atravesando situaciones de consumo problemático de sustancias en las que no hayan funcionado los abordajes ambulatorios/comunitarios y que no presenten riesgo cierto e inminente para sí o terceros. El dispositivo deberá contemplar los cuidados y necesidades de aquellas que son madres, es decir, garantizar los espacios de cuidado infantil. Se evaluará durante la implementación del proyecto si el espacio de cuidado infantil será puesto en marcha al interior del dispositivo o por fuera del mismo, pero cercano a la institución, siendo esto consultado a las mujeres que residan allí.

Franja etaria: a partir de los 16 años hasta la adultez.

ARTICULACIÓN CON HOSPITALES DE LA ZONA

La atención en salud en general, que requiriera mayor complejidad que la que puede brindar la comunidad, estará dada por los efectores de salud locales, por lo que existirá una articulación fluida con el hospital de El Chañar para el acceso a turnos médicos, para los estudios complementarios que pudieran requerirse y para la atención de las urgencias o emergencias.

En caso de necesitarse mayor complejidad se recurrirá al hospital de Centenario, cabecera de la zona.

ARQUITECTURA

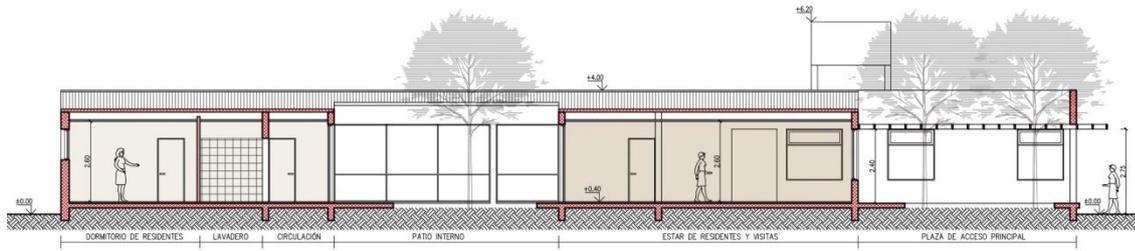
Todos los ambientes deberán seguir los lineamientos establecidos en la Ley de Accesibilidad de personas con movilidad reducida N° 24.314 que en su art. 20 establece: “Entiéndase por accesibilidad la posibilidad de las personas con movilidad reducida de gozar de las adecuadas condiciones de seguridad y autonomía como elemento primordial para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, sin restricciones derivadas del ámbito físico urbano, arquitectónico o del transporte”.

COMUNIDAD

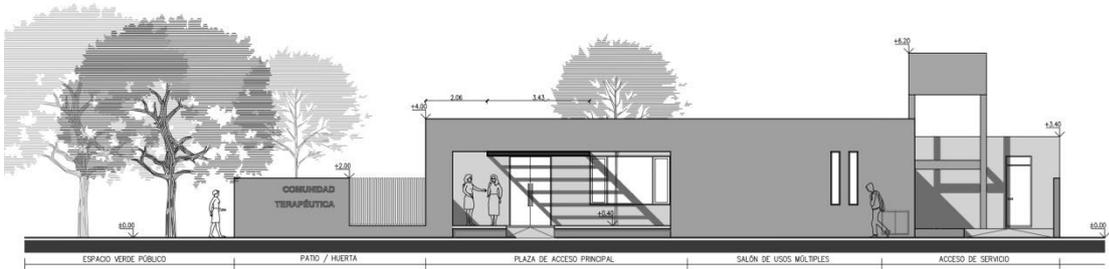
Cuando los espacios públicos son intervenidos sin consulta a la comunidad, se transforman en sitios vulnerados y poco incluidos a la vida diaria del pueblo. El ex hospital ha sido objeto de discusión para promover diferentes espacios que no han sido tenidos en cuenta, lo cual nos obliga como agentes de salud a comunicar la importancia que tiene el trabajo de sensibilización a la comunidad del Chañar sobre los mitos y prejuicios en torno al consumo problemático. Sino dicho dispositivo será resistido por la misma comunidad.

Articulación con otras instituciones locales: comisiones vecinales, centros de formación profesional y laboral, clubes, actividades municipales, instituciones religiosas, entre otras.





CORTE B-B.



FACHADA ESTE.



VISTAS FACHADA ESTE- ACCESO PRINCIPAL



VISTAS FACHADA ESTE- ACCESO DE SERVICIO



VISTA FACHADA OESTE- ACCESO PATIO DE LECTURA Y RECREACIÓN

4.2.4. Prototipo de Viviendas de Medio Camino. Programa Habitar Inclusión, Ministerio de Desarrollo Territorial y Hábitat.

Las viviendas serán configuradas como hogares funcionales de dimensiones adecuadas al número y características de los usuarios e insertadas en el entorno comunitario, en las que conviven de forma estable en el tiempo, un grupo homogéneo de personas con enfermedad mental crónica o trastorno mental grave según criterios establecidos, con necesidades de apoyo intermitente o limitado, una red de apoyo externa desplegada y con modalidades que se orientan a la inclusión bio-psico-social.

Tienen como objetivo favorecer el proceso de inclusión social y promover la desinstitutionalización de personas que se encuentran internadas en instituciones monovalentes de salud mental en el territorio nacional.



PROTOTIPO DE DOS HABITACIONES:

SUP. CUBIERTA: 84,78 m²

SUP. SEMICUBIERTA: 9,75 m²

TOTAL: 94,23 m²



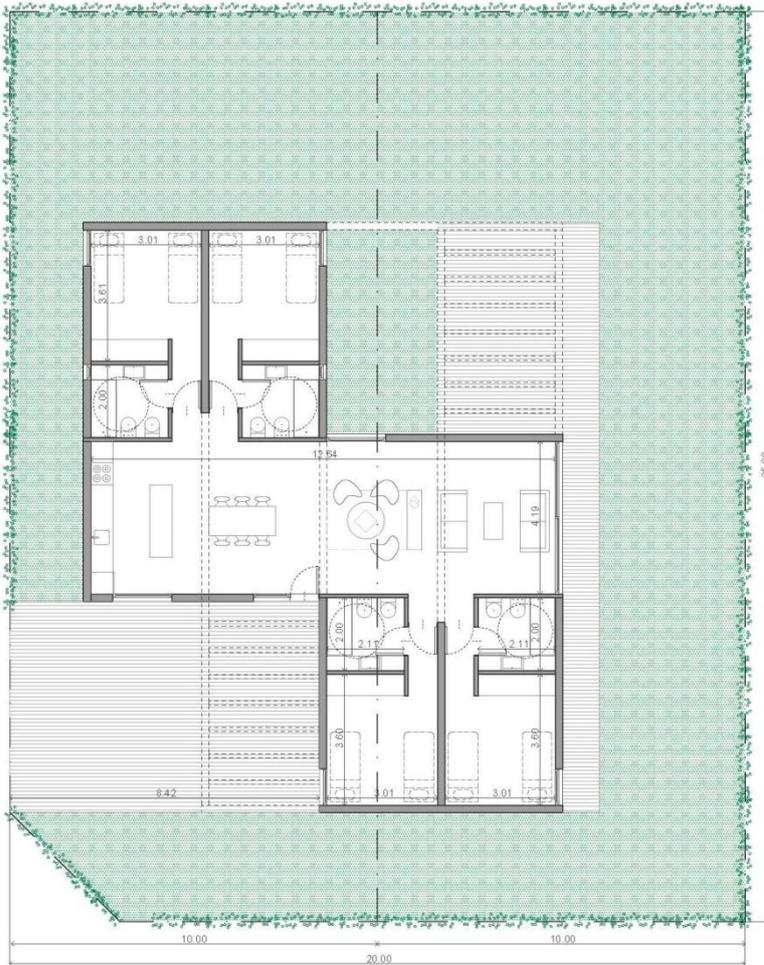
VISTA SECTOR GALERIA



VISTA ACCESO



VISTA CONJUNTO



**PROTOTIPO DE CUATRO
HABITACIONES:**

SUP. CUBIERTA: 135,45 m²

SUP. SEMICUBIERTA: 19,12 m²

TOTAL: 154,57 m²



VISTA ACCESO



VISTA CONJUNTO

4.2.5. Prototipo Centro de Salud. Ministerio de Salud, Neuquén, Argentina.

Estos nuevos prototipos buscan consolidar el rol de los Centros de Salud como uno de los organizadores de la vida comunitaria, con una mayor vinculación con el tejido social de los diferentes territorios donde se insertan y haciendo énfasis en la promoción de la salud y en la adopción de hábitos saludables. Este objetivo busca consolidar estrategias para la prevención de los padecimientos subjetivos y promoción de vínculos saludables, ayudando a crear y mantener el bienestar de las personas y el funcionamiento efectivo del tejido social, creando entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental.

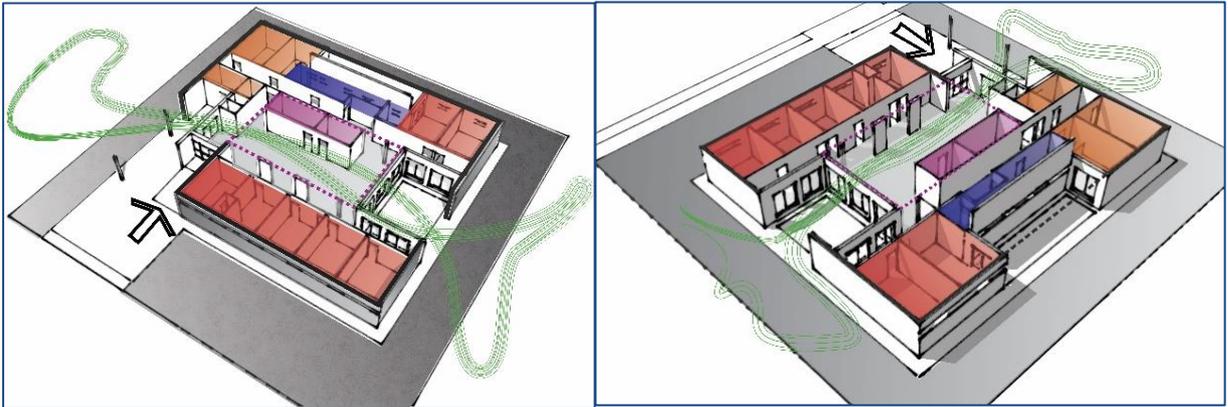
Este proyecto se enmarca en el eje de fortalecimiento del **primer nivel de atención** del **Plan Provincial de Salud 2019-2023**, y se sustenta sobre dos componentes interrelacionados y complementarios, ambos orientados a una **mayor humanización de las prácticas y los espacios**:

- un componente físico, más y mejores centros de Salud,
- un componente intangible centrado en el rol del centro de Salud.

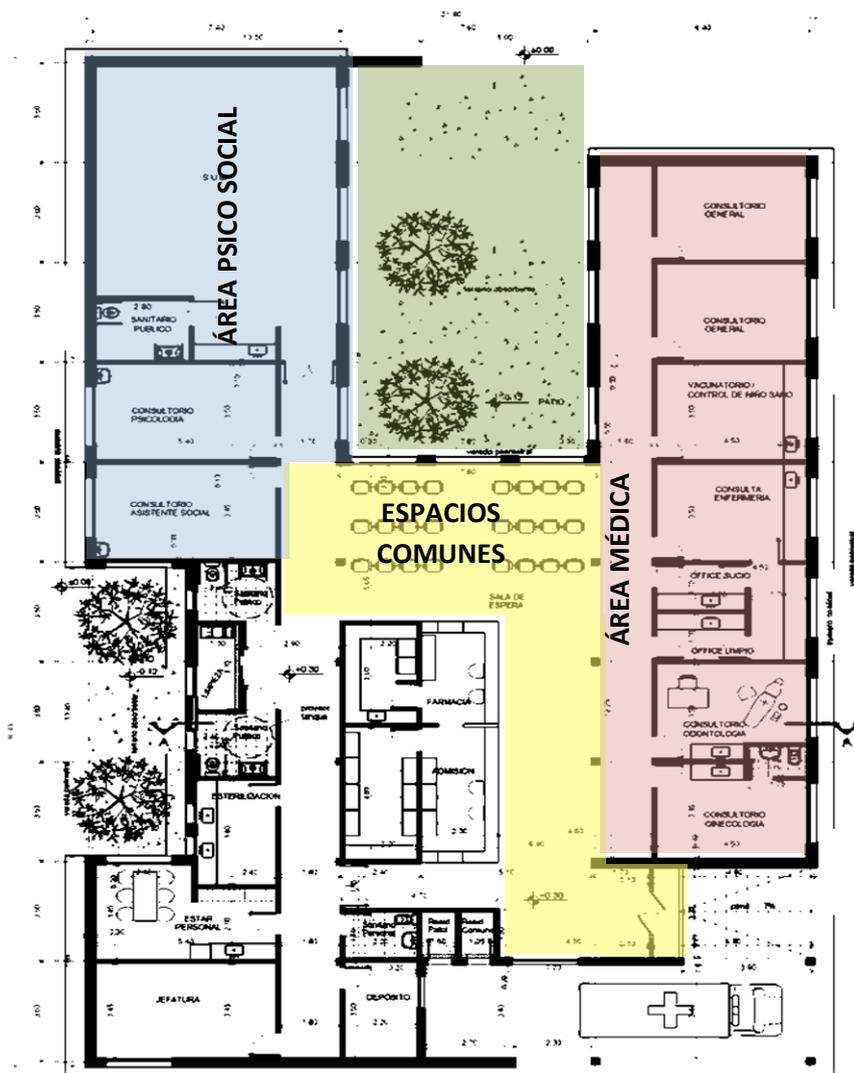
En este marco, se destaca la inclusión en el espacio físico de sectores destinados exclusivamente al tratamiento de patologías mentales, sin dejar estos de estar vinculados y formar un todo con el resto del edificio. Esto materializa lo expuesto en el Eje de acción 1 del Plan Provincial de Salud 2019-2023: “...consolidar estrategias para la prevención de los padecimientos subjetivos y promoción de vínculos saludables, ayudando a crear y mantener el bienestar de las personas y el

funcionamiento efectivo del tejido social, creando entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental.”

De este modo, el paquete asistencial de los establecimientos tradicionales de atención primaria, se incrementa con la adición de consultorios, salas de entrevistas, salones de usos múltiples y disponibilidad de espacios exteriores humanizados para el tratamiento y prevención de padecimientos mentales, de manera integrada al funcionamiento del resto de los servicios.



Fuente: Gráficos de elaboración propia



Incorporación Sector Psicosocial en nuevos prototipos

- dos consultorios
- un SUM equipado con kitchenet y baño adaptado

11



4.2.6. Prototipo Centro de Día. Ministerio de Salud, Neuquén, Argentina.

Los Centros de Día Comunitarios son establecimientos de la Red Integrada de Salud Mental dedicados a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Son dispositivos de transición hasta que se efectivice el proceso de inclusión social, teniendo como objetivo la inclusión social plena de las personas con padecimiento mental, mediante el trabajo conjunto por el desarrollo de sus habilidades e intereses, la detección y desarrollo de los recursos socio-ambientales y el fortalecimiento de su autonomía.

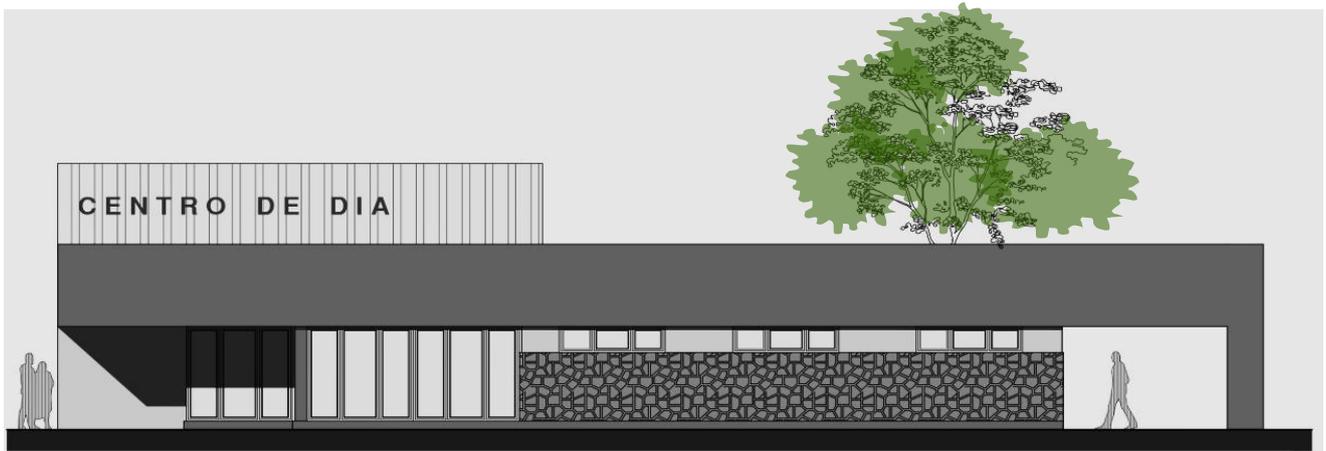
Constituye una modalidad de atención en la que se elaboran planes individualizados para el tratamiento y la inclusión social junto con los/as usuarios/as y sus referentes vinculares, planes que serán flexibles y revisados periódicamente. Implica un proceso que tiene como objetivo final la rehabilitación y reinserción en el ámbito social, familiar y comunitario.



Estos Centros de Día Comunitarios podrán tener edificios disponibles para el funcionamiento exclusivo. También se podrá compartir el espacio físico con otros establecimientos del Sistema Público u otras instituciones, pero manteniendo su desarrollo en forma autónoma.

Como estructura básica deberán contar con:

- Área Administrativa
- Consultorios de salud mental y adicciones
- Consultorio de enfermería
- Área para realización de talleres
- Área de espacios grupales
- Área para recreación en espacios abiertos
- Cocina amplia, que sea posible utilizarla como otro taller
- Baños para personal y para usuarios (adaptados)



5 CONCLUSIONES

El Plan Provincial de Salud 2019-2023 plantea que en la provincia de Neuquén, el sistema de salud se enfrenta a nuevas complejidades evidentes desde la salud colectiva y los determinantes sociales de la salud que requieren innovar en nuevas formas de abordaje en las prácticas en salud. Considera que el campo de salud mental y adicciones es un proceso complejo y multideterminado que requiere **un abordaje integral articulado en una red integrada de procesos de atención.**

A los largo de los años, ante la ausencia de dispositivos intermedios de casas asistidas grupales o casas de medio camino, la alternativa de los equipos de salud mental y adicciones ha sido la derivación a instituciones psiquiátricas monovalentes, donde una vez cumplidos los objetivos terapéuticos específicos, no se logran realizar procesos de externación adecuados y acordes a las necesidades de los pacientes.

Considerando que el campo de la Salud Mental es un proceso complejo en el que concurren múltiples disciplinas, la arquitectura una vez mas puede aportar a los procesos terapéuticos colaborando con herramientas propias, priorizando la calidad de los espacios, de la iluminación, la vegetación, el entorno, las proporciones espaciales, entre otros. **En definitiva, humanizando los espacios.**

Con este criterio, como arquitectos dedicados al ámbito de la salud, nuestro desafío es diseñar nuevos espacios involucrándonos en el estudio detallado del proceso terapéutico de los pacientes.

6 BIBLIOGRAFÍA

- Plan de Salud de Neuquén 2019-2023. Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén.
<https://www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2019/06/Plan-Salud-Nqn-2019-2023.pdf>
- Manoukian, Daniel E. y Iusef Venturini, Nasim. (2021). *Sistemas de Salud. El modelo argentino y el caso neuquino*.
<http://rdi.uncoma.edu.ar/bitstream/handle/uncomaid//Sistemas%20de%20salud%20-20Libro%20digital.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2018). *Dispositivos de Inclusión Habitacional*. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación.
<http://iah.salud.gob.ar/doc/ Documento220.pdf>
- Vitalone, Cristina. 2011. Ramón Carrillo. Salud y Vivienda (1946-51): Una visión integral de políticas públicas.
- Directrices de Organización y Funcionamiento de Servicios de Salud Mental. Ministerio de Salud de Argentina. <http://argentina.gob.ar/salud>
- Raskin, Laura. 2019. *Centros Maggie: Cómo la arquitectura puede ayudar a los pacientes con cáncer a combatir la enfermedad*. ArchDaily en Español.
<https://www.archdaily.cl/cl/927629/centros-maggie-como-la-arquitectura-puede-ayudar-a-los-pacientes-con-cancer-a-combatir-la-enfermedad>
- Dirección de Salud Mental y Adicciones. 2021. *Centro de Día Comunitarios*. Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén.
<https://www.saludneuquen.gob.ar>