



**DIPLOMATURA EN GESTIÓN Y DISEÑO
DE ESTABLECIMIENTOS EN SALUD 1
2019**

**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

SALUD MENTAL

AVANCES Y RETROCESOS

Arq. Barone, Virginia
Arq. Pérez Diez, María Laura

Marzo 2020

*“Cuando creíamos que teníamos todas las respuestas, de pronto,
cambiaron todas las preguntas.”*

Mario Benedetti.

ÍNDICE

Índice.....3

Introducción.....5

DESARROLLO

Capítulo 1: Evolución del Hospital Psiquiátrico en Europa.....6

1.1. Modelo Manicomial.

1.2. Modelo Pabellonal y de puertas abiertas.

1.3. Modelo de post-guerra, Hospital de Trieste.

Capítulo 2: Evolución del Hospital Psiquiátrico en Argentina.....16

2.1 Nacimiento del Neuropsiquiátrico.

2.2 Higienismo mental

2.3 Hospital de Lanús.

Capitulo 3: Políticas de Estado.....23

3.1 Importancia de una buena Legislación

3.2 Interrelación entre Legislación y políticas de estado

3.3 Discriminación y Salud Mental

3.4 Ley Nacional de Salud Mental 25657/2010

Capitulo 4: Arquitectura y Salud Mental.....26

4.1 Importancia de la Arquitectura en la Reforma de la Salud Mental

4.2 Planteos posibles de reformas arquitectónicas y funcionales

4.3 Acciones de reforma arquitectónica en el Sistema de Salud

Conclusiones.....34

Bibliografía.....35

INTRODUCCION:

En este trabajo de investigación trataremos de abordar la problemática de la Salud Mental, cómo se fue transformando la misma en el tiempo, el tratamiento de la “locura”, los derechos humanos y como la arquitectura fue acompañando este proceso de evolución desde mediados del siglo XIX hasta la actualidad.

Haremos una breve reseña histórica de la implementación de políticas de estado y legislaciones a través del tiempo hasta llegar a la reforma de la Ley Nacional de Salud Mental en la Argentina N° 26.657. Sancionada el 25 de Noviembre de 2010.

Esta ley propone el traslado de la salud mental desde el Hospital Psiquiátrico a los Hospitales Generales y la supresión o reducción al mínimo de los tiempos de internación, en otras palabras el despoblamiento de las instituciones psiquiátricas hasta su completa desaparición.

Enfocaremos nuestro estudio a nivel global de manera general y particularmente en nuestro país.

La intención de nuestro trabajo es luego de abordar y analizar dicha problemática, lograr una articulación de la salud mental dentro de los hospitales generalistas con un Recurso Físico y Humano acorde a las necesidades actuales.

CAPITULO 1: EVOLUCION DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO EN EUROPA

1.1. MODELO MANICOMIAL:

El espacio del encierro involuntario es un espacio de permisibilidad a las prácticas de denigración, rechazo y marginación, bajo el resguardo de estrategias de corrección, juega a la inclusión social, en un marco de exclusión total.

Como ha analizado Foucault, el encierro y el castigo alcanzan su ejecución máxima a partir de actos ligados a la locura y criminalidad que justifican la reclusión y exclusión a partir de las llamadas “instituciones totales”- como cárceles, presidios, campos de concentración y manicomios- el Hospital funciona como reservorio de aquello que molesta si no está encerrado. “Son los niños, locos y ancianos los que están bajo vigilancia y control”, quienes conforman lo que Foucault denomina la sociedad disciplinaria (Foucault, 1967).

Esta sociedad disciplinaria es el resultado de profundas transformaciones sociales que van a estar en confluencia con el desarrollo de la Modernidad, que tendrán en el siglo XVII los comienzos de su gestación. Anteriormente, la terapéutica de la locura era tan variada como las posibles causas a las que se trataba. Desde múltiples ámbitos sociales y culturales se intentaba dar una serie de soluciones. Así, la Iglesia recurría a los exorcismos para alejar al demonio. Por su parte, la medicina empírica de curanderos y hechiceros recurría a las hierbas medicinales, sortilegios y prácticas supersticiosas mientras que los médicos

diplomados y boticarios recurrían a estrictas dietas, duchas de agua fría en la cabeza y a las sanguijuelas (Stolkiner Alicia, 2003).

A lo largo de la historia, estas instituciones de exclusión han cambiado. Hasta el siglo XIX los enfermos mentales estaban al cuidado de sus familias, deambulaban solos por las calles o eran reclusos en Instituciones no preparadas para darles el tratamiento adecuado, como iglesias y cárceles.

Entre fines del siglo XVIII y principios del XIX, en Francia, Inglaterra e Italia nacieron los primeros alienistas, quienes crearon la esperanza que mediante una cura de aislamiento podrían reintegrar a la sociedad a aquellos frente a los cuales la medicina no había logrado más que cuidados paliativos. Esta fue la primera reacción humanitaria hacia los llamados “dementes” (Cristina Sacristán, 2009).

El psiquiatra Philippe Pinel y su discípulo Esquirol proponen reformas en los procedimientos de asistencia de los alienados y el derecho a ser tratados como hombres enfermos. Pidieron que se abandonara el uso inhumano de las cadenas y de los malos tratos. Estas ideas fueron escuchadas en todo el mundo, así es como comenzó a formarse la conciencia social, que estimuló a los gobiernos a pensar seriamente en la cuestión asistencial de los alienados y a pensar en una legislación que regule los derechos de los pacientes.

- La primer parte de la reforma es la iniciada por Pinel y comprendía la higiene, la mejora en la alimentación y el vestido de los internos. En cuanto a la arquitectura se llevaron a cabo modificaciones y reformas en las construcciones pesadas y monumentales, dotadas

de gran número de celdas, con altos muros exteriores e interiores. Estas medidas se implementaron para evitar el abatimiento del ánimo en que caían los alienados sometidos a este tipo de construcción, semejante a conventos y prisiones, mejorando la ventilación y asoleamiento indispensables para favorecer la salud tanto física como mental. (Rosa Falcone, Breve Historia de las Instituciones Psiquiátricas en Argentina. Del Hospital cerrado al Hospital abierto).



Fuente: www.bbc.com Imagen de Bedlamn, Hospital psiquiátrico de Londres en el año 1610, un palacio real por fuera y por dentro era un lugar sombrío y de espanto. Este hospital fue usado como atracción turística, lo promovía el propio hospital y se beneficiaba de las donaciones de los visitantes (2017).

En la segunda etapa de cambio se prohibió el uso de chalecos de fuerza y ligaduras de toda clase, el griterío y turbulencia fueron reemplazados por orden y calma.



Fuente: www.bbc.com Bedlam: “El Hospital Psiquiátrico londinense que se convirtió en un palacio para lunáticos” (2017).

En esta etapa, comienza la necesidad de definir un espacio material y simbólico para alojar la locura y tutelar a los que no podían ejercitar la libertad por hallarse “alienados”, pasando de lo que era un encierro compulsivo y policial con convalidación de la iglesia a un tratamiento con prácticas terapéuticas introducidas por la medicación (Galende E. 1990).

Junto a esto, surge una nueva rama de la medicina, la “Medicina Mental” que reemplazo lo que anteriormente eran Instituciones de reclusión en espacios de sanación

. De esta confluencia se consolida la institución asilar-manicomial que será el paradigma de la medicalización de la locura.

1.2. Modelo Pabellonal y de puertas abiertas.

Los cuestionamientos al asilo comenzaron desde principios del siglo XX con el Higienismo Mental, movimiento que surgió en los Estados Unidos, que llevaba como bandera la reforma de los manicomios. Proponía una transformación del modelo asilar, éste dio los primeros pasos para abrir las perspectivas de las practicas tradicionalmente circunscriptas al asilo. Pero no logro modificar los principios de privación de derechos o el modelo de reclusión.

En esta etapa de cambio se disminuyo el número de celdas y se estableció el principio de la vida común. Aumentaron los entretenimientos y la ocupación y se le dio una gran importancia al trabajo en relación a la cura. Se derriban muros y se suprimen rejas, se abren las puertas durante el día y se deja salir a los enfermos bajo palabra de volver. A este método se lo conoce como modelo "Open Door."

Esta concepción edilicia se apoyaba en las teorías de los higienistas que veían en el aire al mayor vehículo de contagio de las enfermedades. Es así que la separación y clasificación de enfermedades se daba en distintos pabellones articulados por circulaciones descubiertas en torno a extensos parques. La separación de estos pabellones en algunos casos alcanzaba los 80 metros. A pesar de esto las pestes de hospital siguieron desatándose sin control.

El sistema de pabellones que se desarrolló en América Latina en este lapso, se planeó con la convicción que la arquitectura es esencial en la recuperación de la salud. Se dejó para la posteridad lecciones en las que se evidencia la preocupación por otorgar condiciones idóneas a los enfermos, al personal y a los familiares de los pacientes dentro de éstos

recintos. El sistema arquitectónico de pabellones se fue perfeccionando al paso del tiempo para hacer más eficiente el servicio médico (Servín, 2014).

1.3. Modelo de post-guerra TRIESTE

En todo el mundo la concepción del Hospital Psiquiátrico fue fundada en la medicina positivista, la que no se enfocaba en la cura de la enfermedad sino en el mandato social de proteger a la comunidad de locos o diferentes.

El psiquiatra Franco Basaglia fue el padre de la psiquiatría sin manicomio. Fue director del Hospital de Trieste entre los años 1971 y 1979 y completó su objetivo cerrándolo. Basaglia estuvo vinculado con los movimientos de crítica institucional como el psicoanálisis institucional con filósofos y sociólogos como Sarte, Foucault, y Castels en Francia, en Inglaterra con la anti-psiquiatría de Laing y Cooper detractores del modelo de la psiquiatría, la teoría y las prácticas psiquiátricas convencionales y la comunidad Terapéutica de Maxwell Jones. (Evaristo Pasquale, 2010)

Todos estos movimientos criticaban las violaciones a los derechos humanos de las grandes minorías del pueblo, sobre todo a los internados en hospitales psiquiátricos y a la ciencia psiquiátrica por aceptar la función de control encubierto en “tratamientos científicos” como el electroshock y los sedantes. Para Basaglia :

“Hay médicos, batas blancas, enfermeros, enfermeras, como si se tratase de un hospital, pero en realidad se trata solamente de un lugar de custodia, donde la ideología médica es una coartada para la legalización de una violencia que ningún organismo está destinado a controlar, ya que

la delegación hecha al psiquiatra es total en el sentido de que el técnico encarna concretamente la ciencia, la moral y los valores del grupo social del cual es -en la institución- el representante delegado.”(Franco Basaglia, 1973)

Basaglia humanizó el hospital abandonando todas las medidas de restricción física y eliminando todos los tratamientos electroconvulsivos por entenderlos como métodos de tortura desarrollando un sistema de puertas abiertas, haciendo partícipes y dándoles voz a enfermeros y pacientes, que se reunían en asambleas abiertas para definir y decidir de forma conjunta la organización del hospital.

Para lograr el cambio, fue necesario modificar teorías y prácticas, reformar la Institución desde su interior anulando o modificando sus reglas defendiendo los derechos de los ciudadanos.

La estrategia de la desinstitucionalización consta de tres etapas:
1- Etapa cultural-científica, en donde se establece que la enfermedad psiquiátrica está dentro de la persona pero no así tanto en sus genes y no es biológica, es más bien un disturbio complejo en donde intervienen distintas causas como necesidades insatisfechas a nivel psicosomático, psicológico, social, cultural, etc., y por lo tanto necesita soluciones más complejas que las médicas.

2- Etapa Organizativa, en esta etapa armó un grupo de médicos comprometidos con los problemas científicos institucionales y humanos, para junto a ellos poder transformar el rol de los enfermeros: de carceleros a agentes de relación terapéutica. Generó también la posibilidad de que los pacientes trabajaran creando una cooperativa con

las mismas reglas económicas del mundo laboral pero sin dejar de vivir dentro del hospital.

Se trabajaba con el paciente y su familia para regresarlo a ella en caso de tenerla o a un grupo de convivencia, también se involucraron viviendas públicas. Se le ofrecía una subvención de alta y sobrevivencia afuera de la institución.

3- El deterioro de las personas dentro de la institución se reconstruía fortaleciendo los contactos humanos estimulando la confianza comunicativa y la identidad de los pacientes poniendo atención a los espacios ocupados por ellos, sus objetos personales, dándoles más protagonismo e intimidad en este camino hacia la autonomía, recuperando lazos familiares, laborales, actitudes y deseos.

De esta manera, al momento de la externación el paciente salía al mundo real con más herramientas y confianza. Afuera seguirían acompañados por instituciones comunitarias dirigidas a los cuidados de vivienda, trabajo, etc.

La Ley 180/78 aprobada en Italia que defiende los derechos humanos, prohíbe los hospitales psiquiátricos en un marco de pocos y claros elementos. Propone el cierre gradual de los Hospitales psiquiátricos, la apertura de Centros Comunitarios de Salud Mental, propone también la inclusión de pequeñas secciones de psiquiatría en hospitales generales y conexiones con los otros sectores vinculados al sistema nacional de salud. Los tratamientos deberán ser voluntarios y los tratamientos obligatorios solo excepciones. Esta ley es el antecedente de nuestra Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657

Trieste fue el ejemplo a nivel ideas y organización, los resultados fueron satisfactorios en líneas generales.

Los pacientes pasaron a tener todos los derechos de la ciudadanía, viviendo en comunidad pero recibiendo soporte según las necesidades particulares de cada uno.

Aparecen las organizaciones familiares y de pacientes colaborando activamente con estos Servicios.

Los costos del hospital psiquiátrico de 1971 eran el doble que en el año 2003. El predio del Hospital fue utilizado posteriormente por otras instituciones tales como escuelas, residencias, etc. Centenares de pacientes encontraron trabajo a través de la red de inserción laboral de los servicios de salud Mental Comunitarios.

Estos centros comunitarios trabajan para integrar e impedir el abandono de los pacientes, son accesibles y funcionan las 24 hs todos los días de la semana. A la vez estos centros buscan mantener la continuidad del tratamiento de manera domiciliario y comunitario activando redes sociales para la contención entorno al paciente.

La estrategia en Trieste fue rehabilitar las instituciones para después recién poder rehabilitar al paciente. **Queda probado que es posible tratar la locura sin manicomios.** (F. Bassaglia)



Fuente: <https://psiqueviva.com> : “Crítica de Franco Basaglia al manicomio”
” (2016).

CAPITULO 2: EVOLUCION DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO EN ARGENTINA

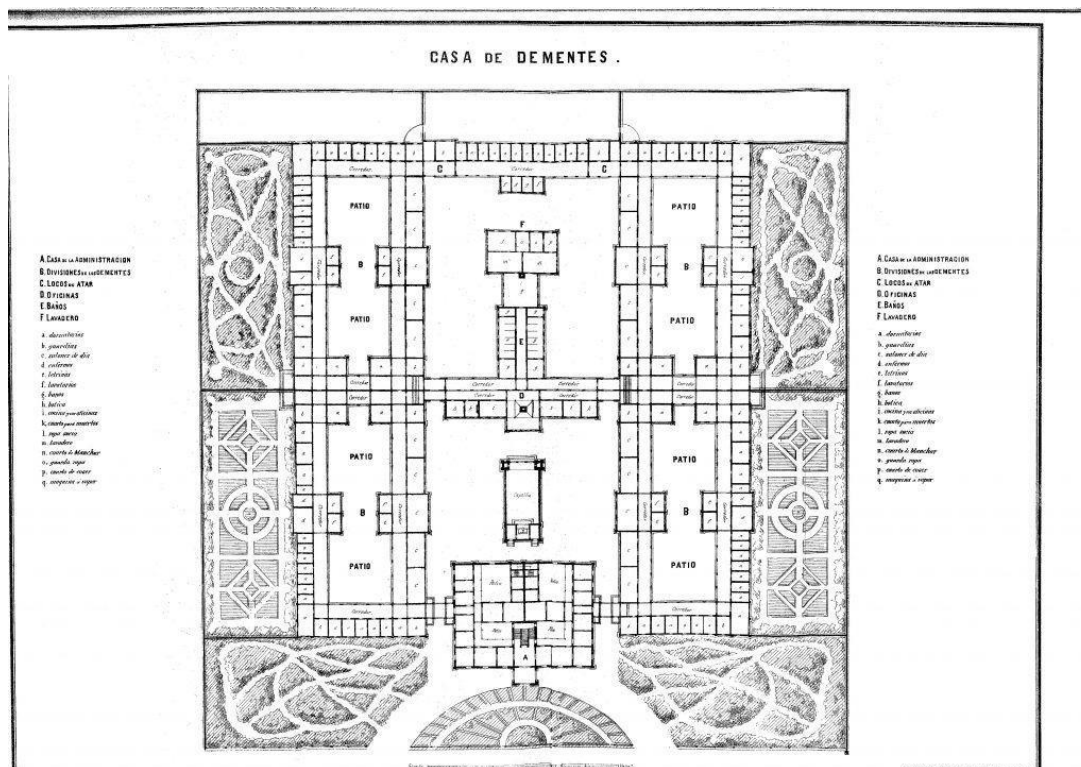
2.1 Nacimiento del Neuropsiquiatrico:

En Argentina, en el año 1770, el Hospital de Santa Catalina, ex San Martín, comienza a recibir dementes que eran enviados desde el Cabildo (cárcel de Bs. As. en ese entonces). Aquí eran empleados como sirvientes o enfermeros, o en caso de no poder cumplir con esas tareas, los asilaban en un rancho contiguo al hospital llamado “*Loquero*”.(Falcone, Rosa)

Desde 1799 destinaron dicha residencia a internación de incurables, locos y contagiosos, vigilados por un capataz con un látigo para golpearlos que a través del terror se hacía respetar. Este Loquero fue la cuna para el actual Hospital Municipal Interdisciplinario Psicoasistencial José Tiburcio Borda.

La instalación de los manicomios coincidió con la etapa fundacional de Estado. En este periodo se originan dos establecimientos emblemáticos (1854).

El primero de los manicomios era el de mujeres, el Hospital Municipal Neuropsiquiatrico Braulio Aurelio Moyano. Nace para encerrar a las mujeres alienadas que deambulaban por las calles y para darles “libertad” a las que se hallaban encerradas en las cárceles.



Fuente: Des-Borda. Salud Mental y Arquitectura. Schere. Casa de Dementes. 1860

La tipología arquitectónica de los manicomios en líneas generales era del tipo "Claustral". Este edificio estaba constituido por grupos de salas en forma de crucero separadas por patios. Estas salas eran tipo cuadra de dos plantas delimitadas por galerías aporticadas que servían para circulación de pacientes, abastecimiento y personal. Esta es una tipología poco adecuada para el uso sanitario, ya que por la propia conformación de las salas del edificio en torno a patios cerrados impiden el correcto asoleamiento y efectiva ventilación cruzada generando rincones sombríos y húmedos. (Czajkowski Jorge Daniel)

En **1863** se inauguró el **Hospital Borda**, hospicio de hombres.

Las condiciones de reclusión y hacinamiento no lo hacían muy distinto de las cárceles donde antes estaban los internos, pero ya se empezaba a

considerar al trabajo como eje central de la cura, con una fuerte connotación moral y regulación de la conducta. El aumento de las internaciones hizo necesarias una serie de ampliaciones que fueron realizadas por los mismos internos, que también realizaban tareas agrícolas.

2.2 Higienismo Mental

La Higiene Mental fue un movimiento de carácter psiquiátrico en Argentina que entre 1935 y 1945 propuso diversas medidas de prevención para la desadaptación psíquica y prácticas eugenésicas para combatir la degeneración mental. Asimismo, estableció la importancia del diagnóstico precoz y de la denuncia obligatoria de la patología mental a través de proyectos legales para garantizar la rápida atención en casos leves con posibilidad de curabilidad. También defendió la modalidad del tratamiento ambulatorio a través de Dispensarios y Anexos psiquiátricos. (Mariana Ángela Dovio, 2017).

A principios de siglo la temática de la salud mental queda vinculada a la higiene social. La prostitución, el alcoholismo, la vagancia y la indigencia eran englobadas junto con las enfermedades infecciosas y debían ser controladas. La autoridad sanitaria a través de leyes, ordenanzas y la creación de instituciones adecuadas sería la encargada de resguardar a la población respetable del flagelo moral. (Antonio Di Nanno, 2008).

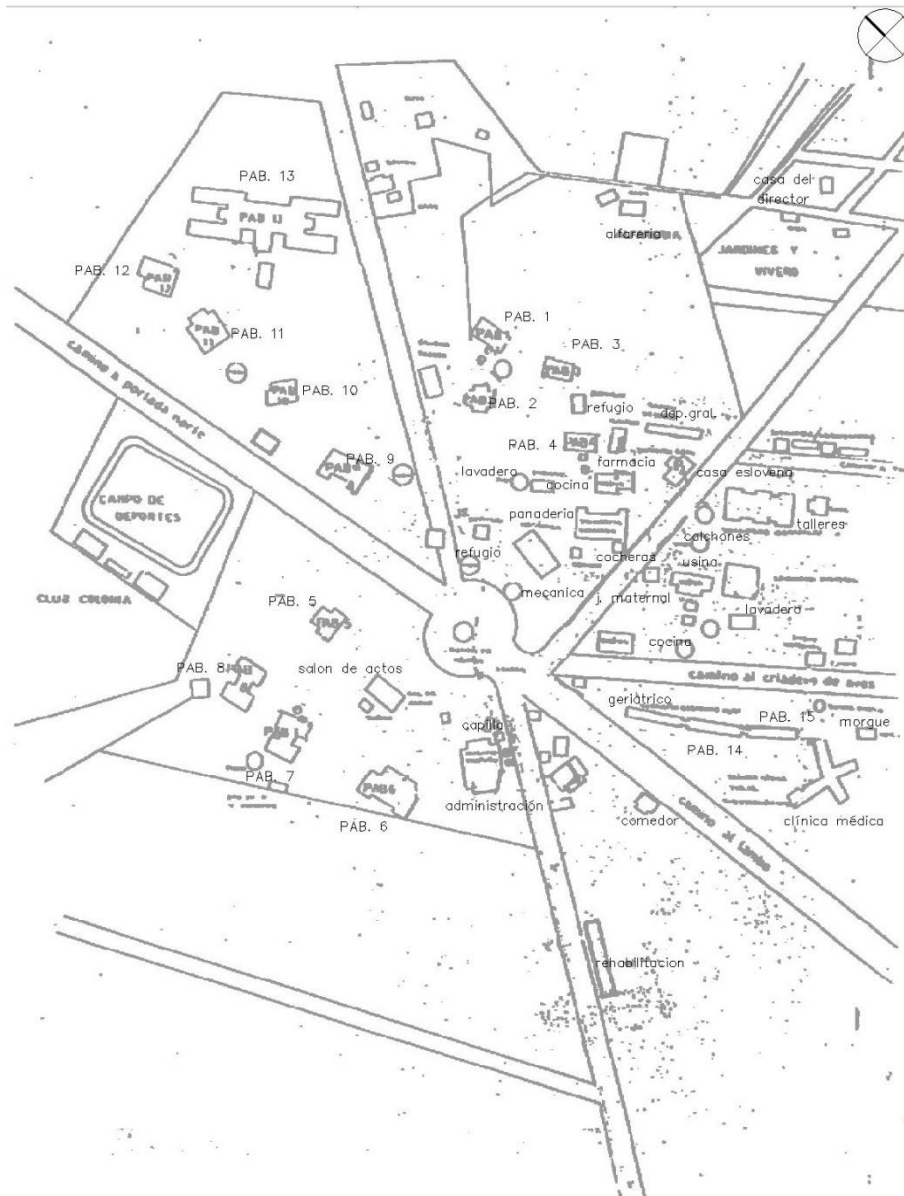
En 1892 el Dr. Domingo Cabred, asume la dirección del Hospicio de las Mercedes, influyendo en los círculos del poder político y sobre la opinión pública hasta lograr la sanción de la ley 3.548 de 1897, que ordena la

creación de la primera colonia destinada exclusivamente a enfermos mentales. Realiza una revolución con la habilitación de Colonias en el sistema "Open Door", sujeto a las reglas del nuevo sistema escocés de hospitalización y asistencia médica de los alienados, donde los pacientes internados realizan una intensa actividad fabricando calzado, ropa, muebles, criando animales, produciendo hortalizas para consumo interno y para la venta, para intentar con esto un retorno a la normalidad a través del trabajo.

Al poco tiempo de su creación la colonia tuvo un aspecto similar a la de un pueblo que lograba casi autoabastecerse.

La Colonia estaba compuesta por pabellones rodeados por galerías, estas construcciones estaban separadas entre sí por espacios verdes, y divididas en dos sectores, por un lado el sector del Asilo Central destinado a enfermos que necesitaban vigilancia o aislamiento pasajero y por otro lado la Colonia propiamente dicha.

Luego que el Dr. Cabred fue reemplazado, la situación se empezó a vislumbrar de manera distinta y en 1923 el hospital fue intervenido para terminar con el estado generalizado de desorden y corrupción, lo que habían convertido a este Asilo en un depósito de enfermos. (Rosa Falcone),



2.3 Hospital de Lanús

En octubre de 1956, Mauricio Goldenberg se hizo cargo del Servicio de Psicopatología del Policlínico de Lanús. Este no fue el primero pero sí el más conocido servicio de psicopatología en un hospital general, en el país y en Latinoamérica.

El proyecto era reunirse con jóvenes profesionales para solucionar la problemática de hospicios llenos, mal atendidos y costosos

económicamente, así como la desatención de gran parte de la población y proponer nuevas terapéuticas, como las psicoterapias y la psicofarmacología en los hospitales generales.

Goldemberg proponía la descentralización, sugería crear consultorios externos, dispensarios y servicios de psiquiatría en los hospitales generales. Señalaba sus ventajas: la fácil accesibilidad; los tratamientos ambulatorios, en los cuales las personas no perdían contacto con sus familiares; el paciente no se veía llevado a sentirse diferente de los que tenían cualquier otra enfermedad atendida por la comunidad hospitalaria. El criterio era que el paciente se reintegrara rápidamente a la sociedad y al trabajo. Se haría salud mental en la propia comunidad hospitalaria. Proponía organizar el servicio de Psiquiatría dentro del Hospital General de la siguiente manera:

- Equipo de Internación

- Hospital de día

- Área de docencia

- Consultorios externos

Buscaba crear condiciones y mentalidades distintas en la organización de los servicios, por eso inventaba nuevos lugares de trabajo, integraba psiquiatría clínica, perspectivas sociales y psicoanálisis. Trabajaba además, en la comunidad cercana al Hospital de Lanús.

Para el futuro alentó la creación de hospitales diurnos, que abaratarían el costo de la asistencia por día y por enfermo y servirían para evitar internaciones sucesivas.

El servicio de “El Lanús” fue pionero en el trabajo fuera y en contra de los poderes de los manicomios a partir de asimilar los avances del psicoanálisis, la psicofarmacología, las psicoterapias breves, las psicoterapias de grupo y de familia, investigaciones de distinta clase, trabajo comunitario y preventivo. (Enrique Carpintero, Alejandro Vainer, 2004).



H.I.G.A EVITA - LANUS

CAPITULO 3: POLITICAS DE ESTADO

3.1 Importancia de una buena legislación.

Las personas con trastornos mentales son vulnerables al abuso y a la violación de sus derechos. La legislación puede ser una herramienta efectiva para protegerlos, sin embargo, la existencia de una legislación de salud mental no garantiza la protección de dichos derechos. En países donde esta legislación no ha sido actualizada en mucho tiempo ha resultado en violación en lugar de promoción y protección de los derechos humanos. Esto se debe fundamentalmente a que el origen de las leyes y normativas en las cuales se basaron muchas de las legislaciones vigentes fueron concebidas para proteger a la sociedad de los pacientes “peligrosos” y no a la inversa.

3.2 Interrelación entre legislación y políticas de estado:

Una política de salud mental bien concebida deberá contar con establecimientos adecuados, con acceso a atención médica especializada que a su vez garantice la protección de los derechos humanos y la integración de los enfermos a la comunidad. La legislación debería ser empleada como marco para el desarrollo de dichas políticas.

La formulación de políticas y la legislación son complementarias en sí mismas para lograr la mejora en la atención, pero si no hay voluntad política, si no se cuentan con los recursos necesarios ni se cuentan con instituciones adecuadas que funcionen con personal especializado y

capacitado, la mejor política y la mejor legislación no tendrían significado ni éxito.

3.3 Discriminación y salud mental:

Cuando se habla de discriminación en salud mental hablamos no solo del no tener acceso a una atención adecuada, si no también cuando hablamos de tener empleo, vivienda y educación.

Discriminación es cuando no existe articulación entre la sociedad en general y las personas con algún tipo de enfermedad mental, esto aumenta el aislamiento y agrava el trastorno. Este punto es una de las razones más importantes que hacen vital la legislación en el campo de la salud mental.

Históricamente y aun en la actualidad, a las personas con enfermedades mentales se las ha privado frecuentemente de su libertad contra su voluntad permaneciendo internados en instituciones en muchos casos por el resto de sus vidas.

Las legislaciones deberían promover y garantizar la autonomía, establecer criterios claros para la internación involuntaria y promover los ingresos voluntarios. Otra de las razones por las cuales es necesaria la ley de salud mental es la necesidad de tratar justamente a las personas que han cometido un delito por causas de un trastorno mental.

Se deberá también integrar la salud mental en los servicios de APS (atención primaria de la salud), en los servicios de Guardia y emergencia y en la Internación de los Hospitales Generalistas, donde además de personal idóneo para la atención del paciente como antes mencionamos es muy importante la adecuación del recurso físico especializado a la

patología a tratar para poder proporcionar atención y tratamiento adecuado a las necesidades del paciente.

3.4 Ley Nacional de salud Mental 26.657 (2010)

El artículo 1 dice que 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, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Se prohíbe también la creación de nuevos neuropsiquiátricos. Los existentes deberán iniciar un proceso de reforma hasta su sustitución definitiva. La Ley obliga al Estado a proteger los derechos de los pacientes y a su vez proveer todos los recursos de salud, materiales, económicos etc.

La Ley no solo instaura una discusión y reforma técnica sino también política, ideológica e institucional. (Silvia Faraone/Ana Silvia Valero. 2013).

Este texto, considera como elemento básico que el proceso de curación de un enfermo mental debe realizarse, preferentemente, fuera del ámbito de internación hospitalaria, reforzando la restitución o promoción de sus lazos sociales, desalentando las internaciones indefinidas.

Promueve la atención integral, comunitaria y gratuita, y el trabajo interdisciplinario de los equipos de salud mental.

CAPITULO 4: ARQUITECTURA Y SALUD MENTAL

4.1 Importancia de la arquitectura en la reforma de la salud mental.

Entre todos los recursos que el Estado está obligado a abastecer se encuentran los derechos a la Salud y a la Libertad. Para lograr cumplir con estas obligaciones y lograr la correcta implementación de la Ley Nacional se deberán romper con viejos paradigmas arquitectónicos hospitalarios, reformulando los espacios y funciones dentro de las instituciones sanitarias.

En el caso de los neuropsiquiátricos, estas modificaciones deberán garantizar el desarrollo de herramientas sociales y laborales dentro de los mismos, como así también fortalecer los espacios extramurales.

4.2 Planteo de posibles reformas arquitectónicas y funcionales:

En el marco de la desinstitutionalización de los hospitales monovalentes la reforma arquitectónica necesaria será muy difícil de implementar por la cantidad de variables de acuerdo a las necesidades individuales de los pacientes.

La externación de los pacientes deberá ser acompañada por Centros comunitarios y Hospitales de día, etc.

Nosotras agrupamos a la población allí internada en 4 grupos según sea su condición:

A- Pacientes crónicos con posibilidad de vivir solos con supervisión profesional.

Para este grupo una posible modificación al sistema actual de Internación podría ser una alternativa como las llamadas “Casas de pre-alta”. El paciente pasaría a vivir extramuros pero sin dejar de depender de la Institución. La propuesta para estas viviendas insertas en la trama urbana es que estén directamente vinculadas un centro comunitario con asistencia médica, psicológica y contención social.

B- Pacientes crónicos sin posibilidad de externación:

Estos pacientes debieran contar con espacios dentro de la institución que se despeguen de la imagen de los pabellones del modelo manicomial tradicional, generando lugares de menor escala, permitiendo la mayor independencia y la intimidad posible según sea el caso.

Estos espacios habitacionales deberían contar con habitaciones dobles con baño privado, sectores comunes para el esparcimiento, biblioteca, talleres, Hospital de Día, etc.

C- Pacientes judicializados.

En estos casos ya el tema es mucho más delicado, proponemos un sector intra-muros donde puedan vivir privados de su libertad si la justicia así lo decidiera pero en condiciones donde se garantice el respeto por los derechos humanos, donde puedan trabajar, aprender y vivir en comunidad. Este prototipo tendría las mismas condiciones arquitectónicas que el caso anterior

D- Reforma de los Hospitales Generales:

Por otra parte, en los Hospitales Generalistas se deberá reformular la organización funcional de los espacios, para que el paciente que padezca algún tipo de enfermedad mental pueda hacer uso del sistema de

salud ya sea a través del ingreso por Guardia y Emergencia (SAC), como así también la posibilidad de ser asistidos en los servicios que se requiera según su patología y recibir tratamientos con internación.

E- Atención Primaria de la Salud:

El manejo y tratamiento de los trastornos mentales en este ámbito es un paso fundamental que permite facilitar y agilizar el acceso a los servicios para un mayor número de personas, posibilitando la aplicación inmediata de medidas de intervención. Para conseguirlo es necesaria la inclusión en el programa arquitectónico de espacios destinados exclusivamente al tratamiento de la salud mental como a su vez que el personal de salud general reciba formación especializada en el tema.

4.3 Acciones de reforma arquitectónica en el Sistema de Salud

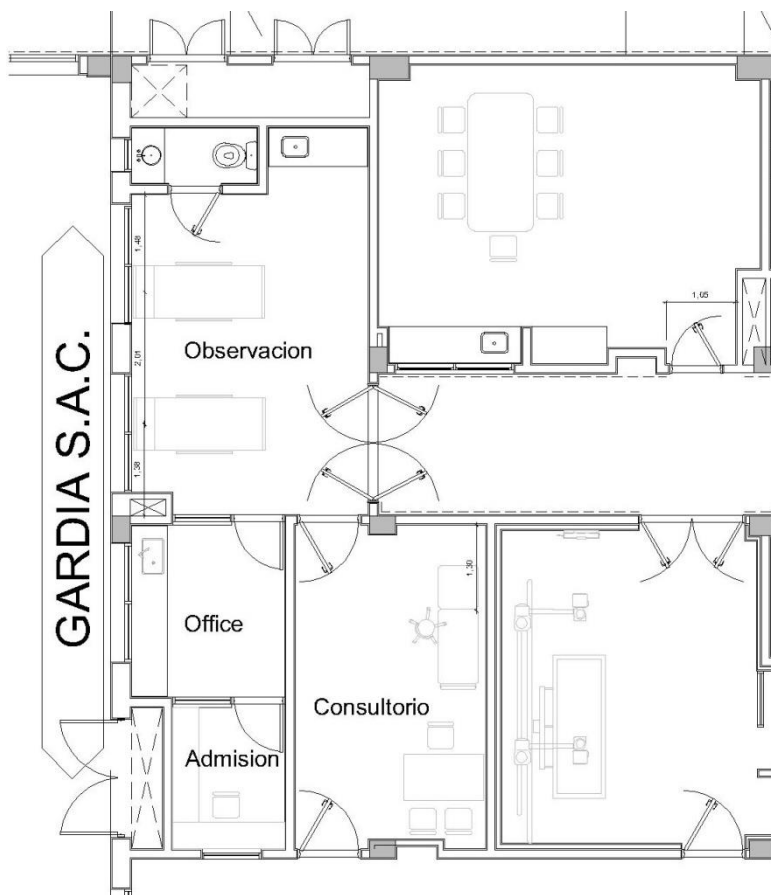
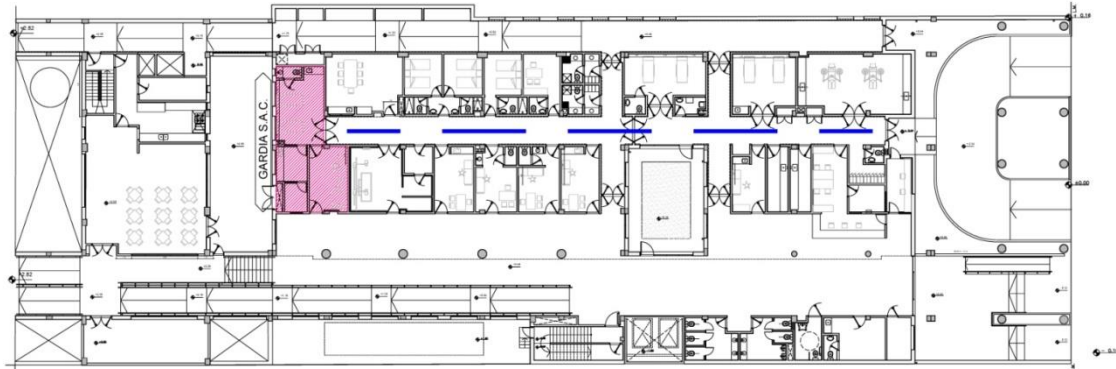
Los siguientes son ejemplos realizados por la Dirección de Infraestructura del Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As.

H.I.G.A Dr. Rodolfo Rossi, La Plata:

Proyecto para el Servicio de Guardia y Emergencia con Incorporación de un Sector destinado a SAC (Servicio Atención en Crisis) en Hospital General.

El proyecto incorpora a la estructura de la Guardia un sector de Admisión destinado especialmente para la atención del paciente en crisis con un consultorio, apoyos y un área de observación exclusiva.

Estos proyectos para ser operativos deberán contar con personal médico y de enfermería especializados.



H.I.G.A Dr. Rodolfo Rossi, La Plata:

Este proyecto comprende la remodelación de dos módulos de Habitaciones de Internación general adaptadas para alojar a pacientes con alguna patología psiquiátrica.

Estas habitaciones deberán contar con medidas de seguridad tales como rejas en las ventanas, cerraduras automáticas, no deberán tener espejos de vidrio ni ningún objeto punzante para que el paciente no ponga en riesgo su integridad ni la del resto de las personas y con personal especializado para su correcta asistencia.



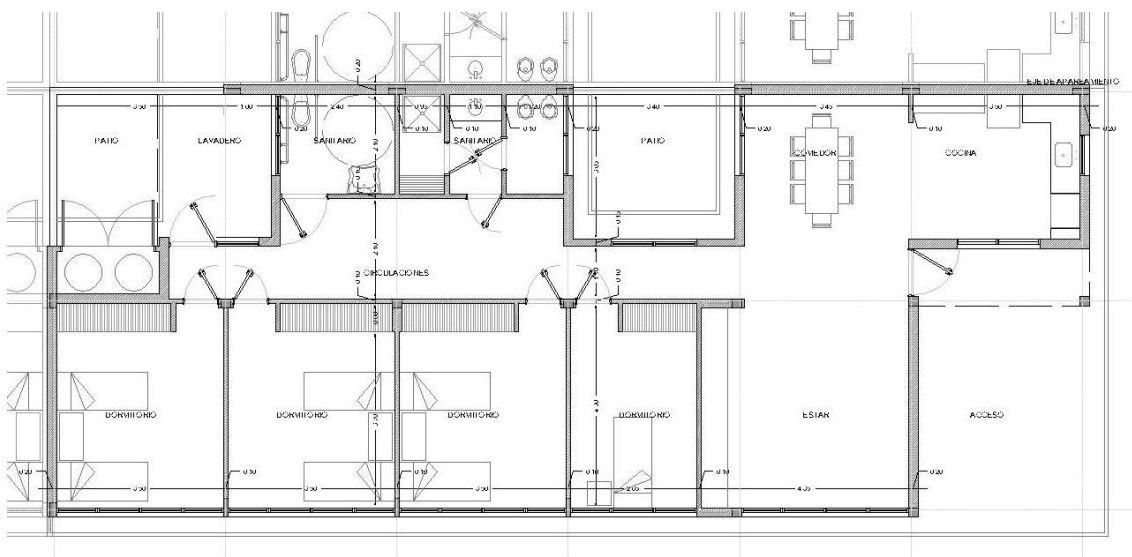
Prototipo para Casa de Convivencia Asistida:

Este prototipo fue proyectado por la Dirección de Infraestructura del Ministerio de Salud de la provincia de Bs. As. Acompañando las “Recomendaciones para la red integrada de Salud Mental con base en la comunidad” del Ministerio de Salud de la Nación.

Estos prototipos de inclusión habitacional, están pensados para la convivencia de 7 personas.

El programa cuenta con:

- 4 habitaciones, 3 dobles y una individual.
- Estar/comedor.
- Cocina.
- Lavadero.
- Baño completo.
- Baño completo adaptado para discapacitados.
- Patio expansión.
- Patio de servicio.



Centros de Atención Primaria:

Este prototipo fue proyectado por la Dirección de Infraestructura del Ministerio de Salud de la provincia de Bs. As. , dentro del un programa para fortalecer el sistema de Atención Primaria, este es uno en los que se agrego al programa consultorio de psicología.

El programa cuenta con:

Administración

Atención al Público

Archivo

Enfermería

Consultorios de pediatría

Consultorio de ginecología

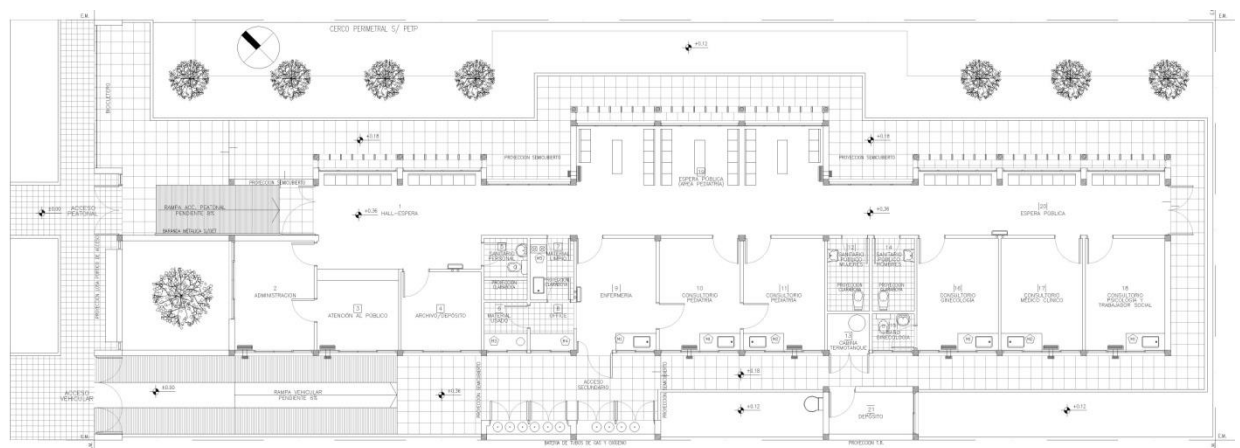
Consultorio clínica medica

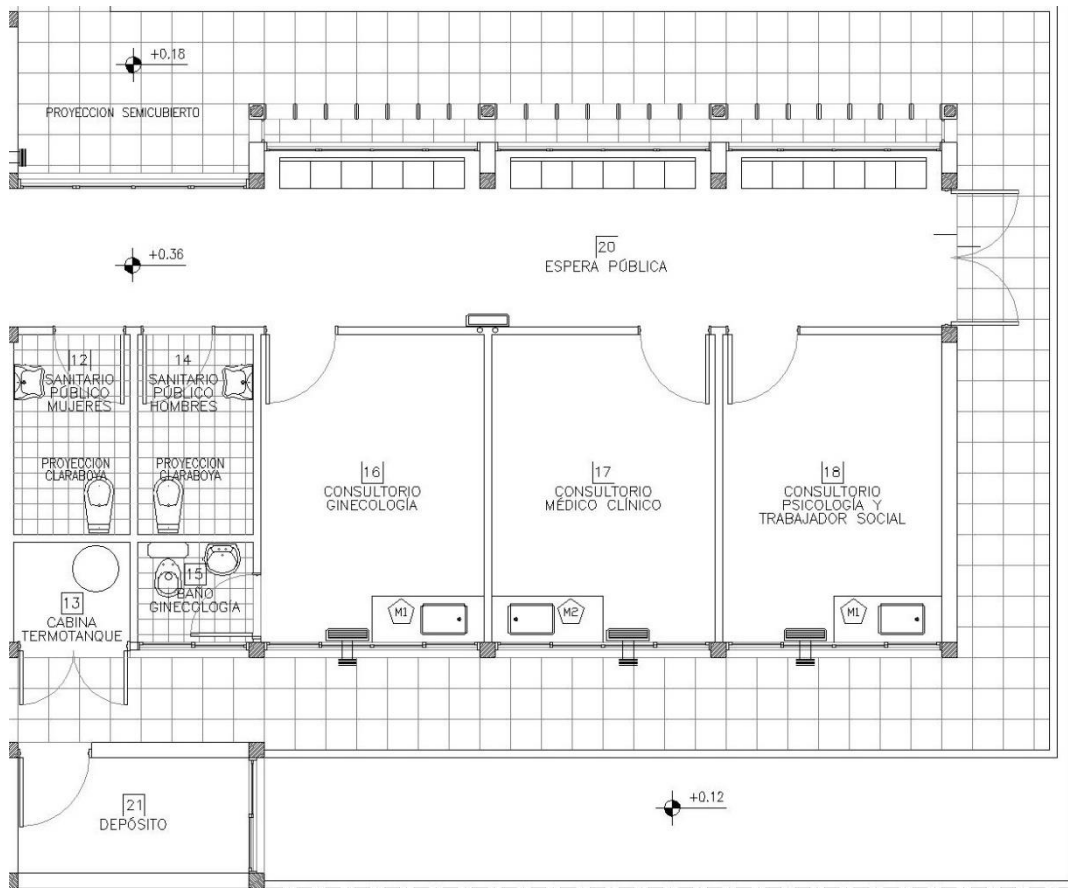
Consultorio psicología y trabajo social

Office limpio y usado

Espera pediátrica y de adultos

Sanitarios para público y personal





CONCLUSIONES

Luego de hacer un recorrido por la historia de las instituciones destinadas al tratamiento de pacientes con patologías psiquiátricas, desde el antiguo “loquero” hasta los hospitales monovalentes de la actualidad, llegamos a la conclusión de la importancia de las políticas de estado y legislaciones, en el ámbito de la Salud Mental.

La Argentina tiene un sistema de salud fragmentado y segmentado, centralizando la atención solamente en el Hospital General y el Hospital Monovalente, para lo cual es necesario generar reformas que lleven a la descentralización, fortaleciendo la Atención Primaria de la Salud articulándola con la salud mental, favoreciendo la detección y atención temprana.

Las internaciones deberán ser breves y consideradas como una herramienta más de la intervención del paciente en crisis, ampliando la oferta de formas de internación parcial, ya sea en hospitales de día o de noche, brindando una respuesta de contención y reinserción social a los pacientes externados, contando además de atención médica y psicológica, con un apoyo de la comunidad. La implementación de la ley de salud mental, sancionada en el año 2010, será posible si además de políticas de estado, se cuenta con el apoyo de la sociedad.

Los establecimientos ideales de Salud mental deberán ser donde la vida transcurra con normalidad, una casa de medio camino debe ser, simplemente una vivienda, no se trata de crear ilusión de libertad sino de pensar espacios para sujetos, respetando sus derechos, aun en aquellos destinados a la atención de la crisis.

Acá entra en juego la importancia de la arquitectura en cuanto a la materialización del recurso físico destinado al campo de la Salud Mental.

Como dice Alicia Stolkiner, una reforma en el área de Salud Mental requiere transformar representaciones del conjunto de la sociedad. La remodelación o construcción de establecimientos desde esta nueva óptica también requiere revisar las representaciones en las que se fundan sus proyectos. Se trata de materializar interdisciplinariamente una nueva relación entre la sociedad y la problemática de las enfermedades mentales.

BIBLIOGRAFIA:

- Foucault Michel, Historia de la Locura en la época clásica, México 1967.
- Foucault Michel, Vigilar y Castigar, 1975.
- Galende Emiliano, Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica, 1990.
- Dovio Mariana Ángela, La Higiene mental en Bs. As, Argentina (1935-1945) Revista de Historia y Geografía. Santiago 2017.
- Chiarvetti Silvia, Indicios de la modernización del modelo custodial en Salud Mental en la Ciudad de Buenos Aires
- Recomendaciones para la red integrada de Salud Mental con base en la comunidad. Dispositivos de Inclusión Habitacional, 2018. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación.
- Stolkiner Alicia, Solitario Romina, Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías.
- Pasquale Evaristo, La Reforma Psiquiátrica en Trieste, Italia. Septiembre 2010.
- Basaglia Franco, Psiquiatría y Anti psiquiatría, 1973.
- Carpintero Enrique, Alejandro Vainer, Aquel Policlínico de Lanús, 2004.

- Sacristán Cristina, La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar, 2009.
- Mariana Ángela Dovio. La Higiene Mental en Buenos Aires, Argentina 1935-1945, 2017.
- Falcone Rosa, Historia del concepto de la locura.
- Falcone Rosa, Breve Historia de las Instituciones Psiquiátricas en Argentina. Del Hospital cerrado al Hospital abierto.
- Stolkiner Alicia, Nuevos actores del campo de la salud mental, 2012.
- Stolkiner Alicia, Nuevos enfoques en Salud Mental, 2003.
- Di Nanno Antonio, hacia la construcción de una política de Salud Mental, Agosto 2008
- Chiarveti Silvia, La Reforma en Salud Mental en Argentina, una asignatura pendiente, Agosto 2008.
- Stolkiner Alicia, Sobre el artículo: Hacia la Construcción de una política de Salud Mental.
- Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, El Debate en torno a los Manicomios entre los siglos XIX y XX: El caso de Nellie Bly, 2017.
- Vezzetti Hugo, El desmanicomializador de Lanús, Octubre 2006.
- Faraone Silvia y Ana Valero, Dilemas en Salud Mental, 2013.

- Adagio Noemi Müller Luis, Acosta Wladimiro, Del City Block a La Pampa. Plan de Salud de la pcia de Sta Fe 1938-1942, 2008.
- Czajkowski Jorge Daniel, Evolución de los Edificios Hospitalarios, Aproximación a una visión Tipológica. La Plata 1993.
- Ley Nacional de Salud Mental, Ley 26.657