

*revista de
experiencias
clínicas y neurociencias*



Dispositivos residenciales comunitarios asociados a la Colonia Nacional “Dr. Manuel A. Montes de Oca” de la provincia de Buenos Aires, Argentina

Cecilia Keena

Colonia Nacional Dr. Manuel Montes De Oca, Ministerio de Salud de la Nación

Jorge Rossetto

*Colonia Nacional Dr. Manuel Montes De Oca, Ministerio de Salud de la Nación
E-mail: rosetto.jorge@gmail.com*

Matías Somoza

Dirección de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud de la Nación

Martín De Lellis

Dirección de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud de la Nación

Resumen

La Colonia Nacional “Dr. Manuel A. Montes de Oca” ha desarrollado un Programa para la Reforma del Modelo de Atención y Rehabilitación Integral que comprende la implantación de dispositivos residenciales comunitarios en el área de influencia de la Institución. Dicho programa, que aspira a la sustitución progresiva de las camas asilares, han sido objeto de una investigación evaluativa que ha incluido la casi totalidad de los dispositivos mediante un diseño transversal y descriptivo, con instrumentos de relevamiento creados por el equipo y en acuerdo con los referentes de la Institución. El presente artículo se propone iniciar un conjunto de trabajos evaluativos en distintas dimensiones concernientes al proceso de reforma institucional, describiendo los antecedentes, los objetivos y la metodología y desarrollo del estudio para lograr la caracterización general de los dispositivos. Se sintetizan seguidamente los principales resultados del estudio en torno a un conjunto de aspectos que consideramos más significativos para la caracterización de los dispositivos: a) Tipo de usuarios atendidos; b) Cobertura de Atención; c) Modalidad de abordaje; d) Utilización de servicios sociales y sanitarios; e) Egresos y retornos a la Institución; e) Principales barreras halladas en la implementación de tales dispositivos. El trabajo concluye con una serie de propuestas que se basan en el relevamiento efectuado tendientes a promover la mayor sustentabilidad posible en la implantación de los dispositivos comunitarios seleccionados.

Palabras clave: Dispositivos residenciales - Desinstitucionalización - Rehabilitación - Reforma psiquiátrica.

COMMUNITY RESIDENTIAL DEVICES ASSOCIATED WITH PSYCHIATRIC HOSPITAL "DR. MANUEL A. MONTES DE OCA" IN THE PROVINCE OF BUENOS AIRES, ARGENTINA

Abstract

The psychiatric hospital "Dr. Manuel A. Montes de Oca" has developed a Program for the Reform of the Model of Attention and Integral Rehabilitation that includes the implantation of community residential devices in the area of influence of the Institution. This program, which aims at the progressive replacement of asylum beds, has been the subject of an evaluative investigation that has included almost all the devices through a transversal and descriptive design, with instruments of survey created by the equipment and in agreement with the References of the Institution. The present article proposes to initiate a set of evaluative works in different dimensions concerning the institutional reform process, describing the antecedents, the objectives and the methodology and development of the study to achieve the general characterization of the devices. The main results of the study are summarized below on a set of aspects that we consider most significant for the characterization of the devices: a) Type of users served; B) Coverage of Care; C) Method of approach; D) Use of social and health services; E) Expenses and returns to the Institution; E) Main barriers encountered in the implementation of such devices. The work concludes with a series of proposals that are based on the survey carried out tending to promote the greatest possible sustainability in the implementation of the selected community devices.

Key words: Residential devices - Deinstitutionalization - Rehabilitation - Psychiatric reform.

Introducción

En los últimos tiempos, los cambios adoptados en las políticas públicas y en las prácticas institucionales de atención en los servicios de Salud Mental han descansado en modelos de atención comunitaria que, partiendo de la presunción de la capacidad de todas las personas, ha tenido por objetivo la mejoría de la calidad de vida y el bienestar de las personas con padecimiento mental y/o discapacidad intelectual (1, 2, 4, 8, 11, 13, 14, 15, 16, 17).

Existe en la actualidad una creciente producción bibliográfica que contiene experiencias de evaluación de tales procesos, en el marco de los cuales podemos identificar como un componente fundamental la implantación de dispositivos comunitarios sustitutivos del modelo asilar.

Cabe destacar, por el particular denuedo y continuidad del proyecto, la evaluación del programa residencial para personas con trastornos mentales graves realizado en Andalucía durante el año 2001 que incluyó prácticamente a la totalidad de los dispositivos y residentes adscriptos al mismo, y que ha permitido caracterizar sus modalidades estructurales y de funcionamiento. Como señala Marcelino López en la explicitación del marco referencial del programa, "llama la atención la multiplicidad de programas existentes, con importantes variaciones en términos de estructura, dotación, mecanismos de gestión y dinámicas de funcionamiento. Tampoco son siempre coincidentes las visiones de los diversos agentes implicados (profesionales, familiares y usuarios) coexistiendo a veces perspectivas contrapuestas" (7).

En acuerdo con lo planteado por dicho autor respecto del padecimiento mental, coexisten en la sociedad actual dos perspectivas claramente diferenciadas que condicionan el diseño, la gestión y las prácticas de las distintas instituciones, servicios y dispositivos de atención:

a) Un enfoque de corte asilar, segregativo, cuyo objetivo es recluir a las personas consideradas como enfermos

mentales, en el cual rige aún (al menos en el plano de las representaciones) el concepto de peligrosidad y que se expresa fundamentalmente en el accionar de las Instituciones totales cuyas tareas son básicamente de custodia. Este enfoque se halla en la actualidad fuertemente cuestionado por la ineficacia de los resultados sanitarios y la violación de los derechos de las personas asistidas.

b) Un enfoque de carácter integral y de base comunitaria, en el cual prima la búsqueda de integrar el enfoque sanitario (centrado en la necesaria atención de la persona enferma que requiere tratamiento) a través del fortalecimiento de la red de servicios sanitarios coordinada con otras intervenciones de apoyo social y desde un enfoque respetuoso de los derechos de las personas.

De acuerdo a las evidencias relevadas, en este enfoque se privilegia el diseño e implementación de dispositivos sustitutivos de base comunitaria por el impacto favorable que logra en términos del seguimiento clínico, el control de la medicación y la concentración de acciones de rehabilitación, sin asociarse estos resultados a un mayor costo de tales servicios frente a los tradicionales (5).

En lo que atañe específicamente a la implementación de los dispositivos residenciales de base comunitaria se parte de la consideración de que una gran cantidad de personas con padecimiento mental presenta dificultades para la inclusión social y la vida en su comunidad, en condiciones adecuadas que garanticen la autonomía personal y el funcionamiento social (18).

A fin de revertir esta gran dificultad se propone desarrollar y disponer una variada gama de intervenciones sanitarias coordinadas con distintas funciones de apoyo social que pueden ser más adecuadamente suministradas mediante tales modalidades de atención (4).

Primario asimismo garantizar, entre otros, aspectos tales como: la flexibilidad en el apoyo, la autonomía en

las decisiones del sujeto, el acceso a oportunidades de inclusión social y la participación de los mismos en la gestión de la vida cotidiana; la mejora en las relaciones interpersonales (mayor contacto con familias, amigos y personal del servicio), mayor bienestar material, mejores características del hogar y del entorno residencial, incremento de las competencias (mayor número de oportunidades educativas, de entrenamiento y de ocio, ocupación más frecuente y estable, red de apoyos más sólida, un acceso más fácil a los recursos de la comunidad, mayor participación y satisfacción general más elevada).

Los aspectos más dignos de consideración en los trabajos relevados han sido los siguientes:

- 1) En cuanto a la relación usuario/operador para garantizar la supervisión y apoyo técnico-profesional uno de cuyos indicadores es la tasa de residente/personal asistencial. La literatura refleja que existe una realidad variable, fundamentalmente en relación con las características de los pacientes y el grado de protección o apoyo brindado por cada dispositivo. En los dispositivos que tienen un sistema presencial de personal durante las 24 hs., la relación hallada en el estudio realizado por López M, et al. (7) es de 1,6 residentes por operador/monitor, con oscilaciones relativamente moderadas (desde 1 a 2,2), mientras que en dispositivos para personas con severas dificultades que afectan su autonomía personal, la relación incluso puede superar el 1/1.

En las Directrices de organización y funcionamiento de Servicios de Salud Mental¹, los servicios habitacionales se categorizan de acuerdo al nivel de apoyo requerido, diferenciándose entre residencias de bajo, medio y alto nivel de apoyo. Las residencias deberán contar con un programa de intervención específico según el perfil poblacional, contemplando el grupo etario, el padecimiento mental, la funcionalidad psicosocial y los grados de apoyos requeridos.

En cuanto al personal de salud requerido, se sugiere contar con la figura del coordinador, personal con tareas de acompañamiento/cuidados y el seguimiento de un equipo interdisciplinario de salud, el cual podrá tener pertenencia a un efector de salud de mayor complejidad, como ser hospital general o un centro de salud o de un equipo móvil dependiente de una dirección o Ministerio de Salud. Puede tener a cargo el seguimiento de varios dispositivos residenciales. Se sugiere que esté integrado por médico psiquiatra, psicólogo, trabajador social, enfermero y terapeuta ocupacional, y otros profesionales de salud que sean requeridos según la estrategia terapéutica.

En relación al personal de acompañamiento y cuidado, las residencias de bajo nivel de apoyo no requieren de personal permanente, no así las de alto

nivel de apoyo, para las cuales se estipula un acompañamiento las 24 hs. para el sostenimiento de las tareas cotidianas. En caso de ser necesario, deberá contar, además del cuidador, con personal de enfermería de forma permanente.

- 2) Respecto de las competencias relacionadas con el personal, existe una apreciación bastante general sobre los niveles relativamente bajos de calificación y la ausencia de programas específicos de formación profesional basados en modelos psicoeducativos con contenidos vinculados a la salud mental (López Álvarez y cols., 2004). Se pone de relieve la necesidad de contar con personal entrenado específicamente en los requerimientos específicos asociados a este tipo de intervenciones (ej: fomento de habilidades sociales), tal como los comprendidos en las nuevas instancias de formación. En tal sentido cabe resaltar la emergencia de nuevos perfiles técnicos, tales como los acompañantes terapéuticos o los operadores comunitarios, que procuran dar respuesta a demandas y requerimientos que plantean los nuevos dispositivos, siempre en el marco del equipo interdisciplinario de salud mental.
- 3) En relación al tipo de funciones (sanitarias y/o de apoyo para promover la inclusión social) tal como fueron planteadas por López y cols. (7) es habitual que se proponga un esquema de gradación de dispositivos, que sitúa en un extremo la vivienda autogestionada por el/los usuario/s y en el otro extremo aquellos dispositivos con personal de atención en turnos continuos durante las 24 hs. variando el carácter transitorio y/o permanente del dispositivo residencial en parte por el sistema de apoyos requerido. Una de las evidencias arrojada por los estudios es que cuanto más amplio es el programa y mayor la diversidad de necesidades de los usuarios a cubrir resulta más compleja la instrumentación de distintas modalidades de dispositivos residenciales (con o sin personal permanente) y apoyo domiciliario que procura combinar las siguientes funciones: a) Alojamiento; b) Manutención; c) Sostenimiento de vínculos sociales; d) Apoyo interpersonal.
- 4) Respecto del tamaño o escala del dispositivo, medido a través de la cantidad de plazas, no se recomienda que el dispositivo supere las 20 plazas a fin de que el mismo no adquiera un carácter excesivamente masivo y despersonalizado.

En las Directrices de Organización y Funcionamiento de Servicios de Salud Mental (3) se consigna un máximo de 16 plazas por dispositivo habitacional, siendo deseable un total de 10 plazas como máximo. Se sugiere que las habitaciones dispongan de un

¹ Documento producido por el Consejo Asesor en Salud Mental en el período marzo 2014 – julio 2015, convocado por el Ministerio de Salud de la Nación para el "Programa de Calidad de la Atención médica y Dirección Nacional de Salud Mental". Las directrices impartidas tuvieron por propósito elaborar recomendaciones de organización y funcionamiento de los establecimientos de Salud Mental que integran la red de servicios -efectores del ámbito público y/o privado- para la mejora continuada de la calidad de la atención (9).

máximo de 4 camas, siendo deseable las habitaciones de 2 camas y se estipula una cantidad de metros cuadrados mínima por habitación, de acuerdo a la cantidad de camas².

En cuanto a las residencias de bajo nivel de apoyo, se recomienda un cupo no mayor a 4 camas, con miras a un funcionamiento lo más similar posible a una residencia particular. Entre las viviendas de bajo nivel de apoyo, se encuentran las figuras de unidad convivencial, piso compartido, vivienda de cogestión y alojamiento supervisado, entre otras.

- 5) Por último, respecto de la financiación, implementación y control público adoptado desde espacios administrativos diferenciados del específicamente sanitario, suelen existir ejemplos de dependencia al área sanitaria pero también a diversas áreas dependientes de Servicio Social.

Implantación de dispositivos residenciales comunitarios

Veremos a continuación la aplicación concreta de los principales principios sustentados en la ley a partir de la experiencia de apertura de dispositivos comunitarios desarrollada en el ámbito de la Colonia Nacional "Dr. Manuel A. Montes de Oca" (CNMO) desde el año 2004 hasta la fecha.

De acuerdo con lo normado en la Ley Nacional de Salud Mental, el Estado reconoce que las personas con padecimiento mental tienen "derecho a recibir tratamiento con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria" (Ley Nacional de Salud Mental, Artículo 7 d) y, asimismo, que "Debe estar contemplado el derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto, con resguardo de su confidencialidad e intimidad". (Ley Nacional de Salud Mental, Artículo 7, inciso i) (6).

En la misma Ley se plantea la importancia de promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo, y otras que correspondan, implementen acciones que promuevan la inclusión social y laboral brindando atención domiciliaria supervisada en dispositivos tales como las casas de convivencia y hogares, entre otros servicios.

La CNMO es un organismo descentralizado del Ministerio de Salud de la Nación que conforma una red en la que se integran dispositivos y servicios con muy distintas características. Cuenta con una superficie de 234 hectáreas y se encuentra ubicada en la localidad de Torres, partido de Luján, provincia de Buenos Aires, a 80 km de la Capital Federal. Actualmente se constituye en la única institución del sistema público de salud nacional que atiende población con discapacidad intelectual

y patologías psiquiátricas.

En la CNMO, hacia el año 2004, la atención asilar era la única respuesta que se brindaba a las personas con discapacidad mental. Las dificultades para realizar un abordaje personalizado se presentaban como algo incompatible con el modelo imperante en la institución.

Un ejemplo emblemático estaba representado por el ignominioso pabellón 7, conocido por las violaciones a los derechos humanos de las personas allí alojadas. Allí se alojaban 122 usuarios que presentaban, en su mayoría multidiscapacidades severas. Permanecían todo el día en la planta baja, una reja la dividía de los pisos superiores, estaban totalmente hacinados y muchos de ellos desnudos. El pabellón era cerrado y los usuarios no realizaban ningún tipo de actividad. Existía una percepción generalizada entre el personal de que "con estas personas no podía hacerse nada", que eran irrecuperables, y la desnudez era intrínseca a su discapacidad.

La revisión de antecedentes institucionales procedentes de la región de América Latina y de la Argentina, en particular, dio origen a la formulación del programa de reforma del modelo de atención y rehabilitación integral cuyo objetivo ha sido resolver problemas crónicos en la vida institucional: la situación de aislamiento, la rutina de las prácticas y la restricción a las libertades individuales, asociadas al incremento de la anomia y al desplazamiento de fines reconocido como "proceso de institucionalización".

El programa se desarrolló en dos fases claramente diferenciadas:

- a) La primera de ellas vinculada a los procesos de reforma Institucional, dirigida a mejorar las condiciones materiales, organizativas, de uso del tiempo libre y de la atención brindada, así como corregir el impacto negativo a nivel físico, social y psicológico generada por ellas. Entre otros aspectos, se decidió emprender la reforma arquitectónica, administrativa y asistencial de los pabellones para convertirlos en hogares y se habilitaron diversas casas de convivencia destinadas a dar alojamiento a los usuarios institucionalizados (11).
- b) A partir del establecimiento de prioridades de acciones que derivaban de dicho programa, se decidió promover la apertura de nuevos dispositivos comunitarios sustitutivos del modelo asilar y mediante acciones orientadas a lograr que los usuarios internados en la institución monovalente pudieran ser derivados a otros dispositivos comunitarios, de acuerdo a lo establecido en la Ley 26.657 (6).

De esta manera comenzó un proceso que dio lugar a la habilitación de Centros de Día en el propio predio de la CNMO y en las vecinas localidades de Torres y Luján. Tras la apertura de los primeros Centros de

² Se estiman 7,50 m² por cama y un cubaje de 20 m³ sin incluir sanitarios ni espacios comunes, más lugar para guardar pertenencias personales (placard/ropero) por cama (3).

Día, fue posible observar que los usuarios alojados en pabellones comenzaron a participar en esos dispositivos recreativos, expresivos y ocupacionales que permitieron lograr una progresiva mejora en sus niveles de socialización y rehabilitación orgánico-funcional. Ello permitió el paso de un enfoque centrado en la enfermedad a otro centrado en los niveles de capacidad funcional, y desde éstos a las necesidades individuales concretas, tanto en un momento dado como dentro del curso de la vida del sujeto.

Por ejemplo, inicialmente tales dispositivos se concibieron como un espacio alternativo a la institución psiquiátrica para el desarrollo de intervenciones terapéuticas o de rehabilitación más adecuados, pero en la órbita de lo que era definido y priorizado por la institución hospitalaria. Al cabo de un tiempo, tales dispositivos comenzaron a reconocerse como ámbitos diferenciados y con un mayor grado de autonomía administrativa y funcional convirtiéndose, de prolongación de las estructuras sanitarias en sitios que permitieran garantizar la vida cotidiana de los sujetos con el nivel de mayor autonomía y normalidad posible.

Como resultado de la experiencia desarrollada en los Centros de Día, se habilitaron viviendas aptas para funcionar como dispositivos residenciales comunitarios (DRC), y comenzó a establecerse un circuito ya habitual entre el DRC, la participación en actividades organizadas en el Centro de Día y, ocasionalmente, en el ámbito de estudio y/o trabajo que permitieron reforzar sinérgicamente sus posibilidades de rehabilitación e incrementar las capacidades de autovalidez funcionales, alcanzándose así un mayor grado de autonomía (10).

Es importante destacar que los DRC (y otros dispositivos sustitutivos) se han ido planteando de manera gradual, en un proceso de progresiva construcción del hospital monovalente y del carácter hospitalocéntrico del modelo de atención. Los primeros DRC, creados en el año 2007 respondieron a una estrategia en el marco del proceso de reforma institucional cuyos objetivos iniciales fueron: a) promover un mayor grado de autonomía e inclusión social de los usuarios, b) disminuir el hacinamiento existente en los pabellones, c) lograr una mayor integración a la vecina comunidad de Torres; d) Lograr la interrelación con otras instituciones claves de la sociedad y e) contribuir al logro de una mayor inclusión laboral.

La población que fue inicialmente destinataria de tales dispositivos presentaba múltiples impedimentos psicológicos y físicos, escaso desarrollo de habilidades funcionales básicas y, en su gran mayoría, acusaban las secuelas del desarraigo en los pabellones, que habían constituido su hábitat de vida por un muy dilatado período de tiempo.

En la medida que su objetivo era vincular nuevamente a las personas con discapacidad mental con la comunidad y sus familias, los dispositivos ofrecieron nuevas oportunidades al trabajar con dos conceptos claves en discapacidad, tales como el sistema de apoyos y la

frecuencia e intensidad de los mismos. Por ejemplo, los convivientes comenzaron a acudir al Centro durante los fines de semana, continuando con las actividades programadas para los días hábiles fomentando así el sentido socializador, pues los usuarios ven a los vecinos fuera del contexto laboral y éstos ven a los usuarios en otra condición; ya que conviven con los recursos simbólicos e institucionales de la comunidad: (colegio, iglesia, policía, biblioteca, etc.); y al desplazarse por nuevos lugares se alejan de una posición pasiva, reconocen el espacio urbano, muestran seguridad en sus movimientos, crean vínculos en la comunidad y revalorizan su autonomía. En este marco, la DRC "Los Cerezos", propiedad alquilada por la Institución, ubicada en la ciudad de Luján, se proponía en su programa de trabajo "favorecer un tiempo intermedio hacia una vida independiente, otorgando los apoyos que cada caso requiere, y sosteniendo como eje de trabajo lo dispuesto por la Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad" (10). Fue entonces cuando comenzaron a diferenciarse las distintas configuraciones institucionales que pueden adquirir tales dispositivos de acuerdo a los niveles de apoyo requeridos, respetando siempre las preferencias y la autonomía personal de cada usuario. También se puso de relieve la coexistencia de distinto tipo de residentes, desde personas que atravesaron largos períodos de institucionalización a personas que no habían sido nunca institucionalizadas. Dentro de los dispositivos con apoyos permanentes o intermitentes (hogares) en 2011 se crearon, como una instancia superadora, los DRC "casas autogestionadas asociadas", unidades residenciales conformadas por grupos de personas con muchos años de institucionalización que alquilaban una vivienda. Esta nueva experiencia se llevó adelante mediante un convenio entre la CNMO y la Procuración General de la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires con las Curadurías Oficiales de la Provincia de Buenos Aires que administran los bienes (pensiones y otros beneficios previsionales) de las personas declaradas insanas, mientras que la CNMO aportó el subsidio de externación del Programa "Regreso al Hogar" a los convivientes. Dicho convenio tuvo por objetivo establecer y desarrollar relaciones entre ambas partes, con la finalidad de generar compromisos y obligaciones que garantizaran las condiciones necesarias a las personas externadas bajo la modalidad de DRC asociados, para que pudieran llevar adelante una vida con plena inclusión social en condiciones de igualdad y concordancia con los principios consagrados en la Convención Internacional de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. En estos dispositivos los usuarios, a través de curadurías locales, promueven acciones tendientes a garantizar el goce de los derechos que el sistema de Seguridad Social acuerde a sus representados, mediante la gestión de beneficios y subsidios, lo que se traduce en la realidad de los usuarios en una participación activa en el afrontamiento de gastos tales como alquiler de la vivienda, impuestos, etc.

Por otra parte, la institución cuenta con un Programa denominado "Regreso al Hogar" que brinda a los usuarios externados un subsidio económico y una caja de ayuda alimentaria, ambos mensuales. Los usuarios de los DRC asociados están incluidos en dicho Programa.

Además se ha desarrollado un interesante proceso de articulación intersectorial donde participan diversos Programas Sociales de subsidios para emprendimientos productivos, organizaciones de la sociedad civil (clubes, sociedades de fomento) y el municipio a través de la "Casa de la Juventud" y el Centro de Salud.

Actualmente, la CNMO ha creado el programa de dispositivos asociados (casas autogestionadas asociadas) para personas que viven solas, sin apoyos permanentes pero con acompañamientos externos para garantizar la atención, promover la autonomía y fortalecer la inclusión social.

Estudio sobre los dispositivos residenciales comunitarios asociados a la CNMO

Objetivos

Dada la necesidad de efectuar la evaluación y el marco de referencia general anteriormente señalado, los objetivos del presente trabajo han sido los siguientes:

Generales

Caracterizar los distintos tipos de dispositivos residenciales comunitarios para personas con trastornos mentales o discapacidad intelectual que dependen de la CNMO.

Específicos

- Historizar la evolución de los DRC vinculados con la CNMO en el marco del proceso de reforma institucional.
- Describir las diferentes modalidades de funcionamiento de los DRC.
- Caracterizar la utilización de servicios sociales y sanitarios por parte de usuarios de los DRC en las diferentes instituciones emplazadas en el área de influencia.
- Identificar barreras y facilitadores del proceso de gestión de los DRC.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal sobre los DRC vinculados con el proceso de reforma institucional llevado a cabo en la CNMO. Se relevaron las características estructurales y de proceso en los dispositivos de residencia de los usuarios, seleccionándose luego las principales variables. Se calcularon proporciones para las variables cualitativas y medidas de resumen para las cuantitativas.

En virtud de las evidencias que arrojaban los estudios previos no se programó una investigación evaluativa anterior a la implantación de tales dispositivos, quedando

reservada dicha actividad a la fase posterior de funcionamiento de los mismos.

De acuerdo a los objetivos planteados en el estudio, se procuró obtener información sobre los DRC y sobre los usuarios, de acuerdo a las siguientes variables clave: a) Caracterización de los usuarios; b) Cobertura de atención; c) Modalidad de abordaje; d) Emplazamiento y articulación con la red de servicios sociales y sanitarios y e) Egresos y retornos a la institución.

Los aspectos relacionados con la identificación de barreras y propuestas para mejorar la gestión del/los servicio/s fueron explorados mediante una entrevista abierta con los integrantes del equipo interdisciplinario tratante.

Para la realización del presente relevamiento se aplicaron una combinación de instrumentos, disponibles algunos en el sistema de información que aplica regularmente la CNMO y diseñados otros específicamente para el estudio, tal como el GENCAT (18).

El trabajo de campo tuvo lugar entre enero y abril de 2014, obteniéndose datos de los dispositivos directamente a través de los miembros del equipo de investigación, entrevistando *in situ* al responsable de cada dispositivo. Los datos fueron analizados mediante el programa Microsoft Excel 2007, que permitió obtener indicadores descriptivos para cada instrumento.

Resultados

Caracterización de los Servicios Residenciales Comunitarios

De acuerdo con lo que indica el Decreto Reglamentario de la Ley Nacional 26.657, los nuevos dispositivos que deben adecuarse a la ley comprenden diversas modalidades, tales como "centros de atención primaria de la salud, servicios de salud mental en el hospital general con internación, sistemas de atención de la urgencia, centros de rehabilitación psicosocial diurno y nocturno, dispositivos habitacionales y laborales con distintos niveles de apoyo, atención ambulatoria, sistemas de apoyo y atención domiciliaria, familiar y comunitaria en articulación con redes intersectoriales y sociales para satisfacer las necesidades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación que favorezca la inclusión social" (Decreto Reglamentario N° 603/2013, Artículo 11° (6). Como denominador común tales dispositivos descansan en sistemas de apoyo flexibles y la disponibilidad de servicios de atención sanitaria que garanticen la atención centrada en la persona y optimicen su calidad de vida, conjugando los objetivos de la rehabilitación y la inclusión social; procurando el logro del mayor nivel posible de autonomía y la participación activa de cada residente en la gestión de los mismos.

A la fecha del presente relevamiento, existen nueve DRC vinculados con la CNMO. Tres de estos DRC se encuentran emplazados en la localidad de Torres y seis en Luján, todos ellos en el área urbana.

La realización de diversos convenios o acuerdos institucionales con Municipios cercanos, permite efectuar un examen de los componentes territoriales en los que

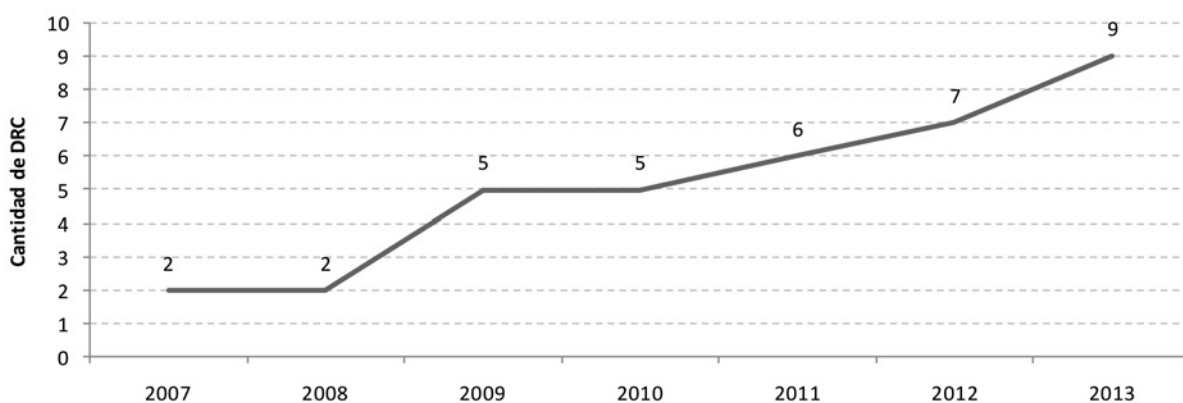
se emplazan los dispositivos, así como el tipo de coordinación que logran con instituciones y servicios.

Cinco de los nueve dispositivos comunitarios correspondieron a la modalidad gestionada por la CNMO y cuatro a la modalidad DRC asociado.

Los DRC seleccionados para el presente estudio se inauguraron entre los años 2007 y 2013. El prome-

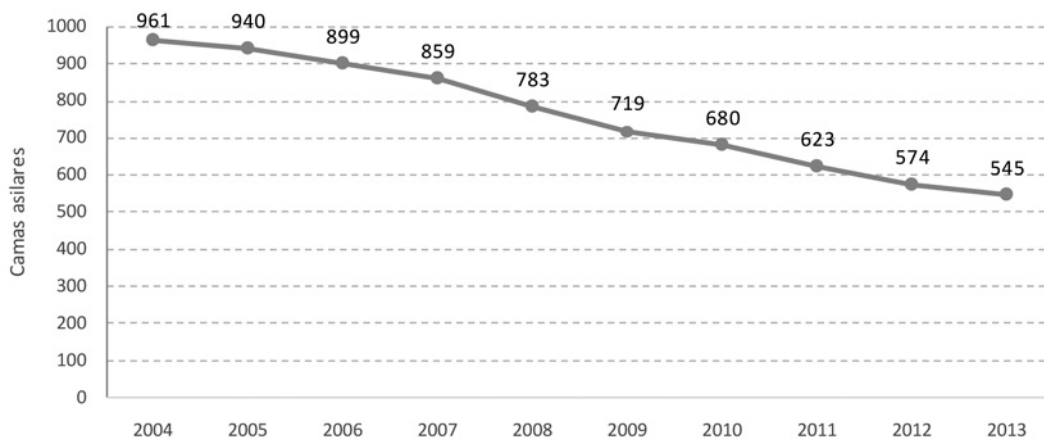
dio de dispositivos inaugurados por año fue de 1,3. El año en que más dispositivos se inauguraron fue 2009, cuando comenzaron a funcionar tres dispositivos (Gráfico 1). Esta tendencia creciente de oferta de plazas en DRC contrasta con la tendencia decreciente de camas disponibles en pabellones asilares de la Colonia (Gráfico 2).

Gráfico 1. Dispositivos Residenciales Comunitarios asociados a la CNMO por año. Dispositivos Residenciales Vinculados con la CMDO. 2013.



Fuente: Elaboración propia. 2014.

Gráfico 2. Camas de internación asilar en la CNMO, julio 2004-julio 2014.



Fuente: CNMO, 2014.

Caracterización de los usuarios

Se describen las características de 45 residentes, 31 hombres y 14 mujeres, en nueve DRC. Al tratarse de una población con prolongados períodos de institucionalización (un promedio de 24 años), la media de edad de los usuarios bordea la quinta década y, en consecuencia, uno de los motivos principales de prolongación de la internación fue la falta de contención familiar. Al iniciarse el programa de externación, el modelo adoptó una lógica progresiva lineal, ya que las características de los usuarios requerían de un gradiente para la adaptación a los dispositivos. La proporción de extranjeros en el grupo de DRC fue de 3/45 (7%), la mayor parte de estos usuarios no recibió educación formal o no completó el nivel primario.

En los DRC, el promedio de residentes por dispositivo fue de 5,3 personas $\pm 1,2$ (3-7). El porcentaje de ocupación promedio fue del 91%, con un mínimo de 50% y un máximo de 100%.

Respecto de las características del hábitat, el promedio de dormitorios por dispositivo fue de $2,6 \pm 0,7$ (2-4) y el promedio de personas por dormitorio fue de $2,2 \pm 0,6$ (1,5-3). Todas las casas contaban con espacio al aire libre del que los usuarios podían hacer uso.

Cobertura de atención

Dado que el proceso de atención debe cubrir necesidades propias de la vida cotidiana y, por lo tanto, el paciente debe recibir asistencia en la circunstancia que lo amerite, los dispositivos prevén una cobertura más continua de atención.

El promedio diario de tiempo con cobertura presencial de personal del equipo tratante fue de 17hs. $\pm 5,3$ hs. (6 – 24 hs.) en el conjunto de los DRC. Al comparar los dos tipos de DRC, se observa que, en los dispositivos de gestión institucional el promedio fue de 20hs. $\pm 2,3$ hs. (18 – 24 hs.), en tanto en los DRC asociados fue de 12hs $\pm 4,3$ hs. (6 – 16 hs.).

Modalidad de abordaje

Respecto de la modalidad de abordaje en salud mental la Ley Nacional N° 26.657 señala textualmente que “*debe estar a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente, y que incluye a las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes*” (Ley Nacional N° 26657, Artículo 8°) (6).

Tabla 1 Frecuencia de ocupaciones de integrantes del equipo tratante según modalidad de DRC. Dispositivos Residenciales vinculados con la CMDO, 2014

Ocupaciones	DRC gestionado por CMDO	DRC asociado	Total	Porcentaje Total (%)
Operador	5	3	8	16,7
Trabajador Social	5	3	8	16,7
Médico Clínico	4	2	6	12,5
Psicólogo	2	3	5	10,4
Enfermero	4	-	4	8,3
Psiquiatra	4	-	4	8,3
Referente Comunitario	-	3	3	6,3
Terapista Ocupacional	2	1	3	6,3
Nutricionista	3	-	3	6,3
Otros	1	3	4	8,3
Total	30	18	48	100,0

Fuente: Elaboración propia. 2014.

Seis de los equipos tratantes de los dispositivos contaban con coordinador y equipos interdisciplinarios, mientras que los tres restantes contaban solo con el equipo interdisciplinario. Las profesiones de los coordinadores fueron enfermero, en tres DRC, y psicólogo, en otros tres. Entre los cuatro DRC asociados, la modalidad más habitual fue la coordinación transversal en equipos interdisciplinarios (3/4 DRC). Las ocupaciones predominantes en los equipos de los DRC fueron los operadores (16,7%) y los trabajadores sociales (16,7%). Ambas fueron las principales en los dos grupos. Los enfermeros, los médicos psiquiatras y los nutricionistas solo integran equipos en los dispositivos gestionados por la institución, en tanto que los referentes comunitarios (trabajadores no dependientes de la CNMO) sólo integran aquellos equipos que se desempeñan en DRC asociados (Tabla 1).

Respecto de la frecuencia de las reuniones del equipo interdisciplinario, en seis de nueve dispositivos es semanal, en uno quincenal y en dos mensual.

Cabe aclarar que en la coordinación de los DRC se hallaron enfermeros, psicólogos, y equipos interdisciplinarios. Resulta interesante mencionar que las reuniones de equipo y la comunicación a demanda por parte de los mismos es constante en los DRC, teniendo un seguimiento continuo de los procesos que acontecen en el dispositivo y en la vida de los usuarios, siguiendo un modelo centrado en la persona.

Cabe señalar también que en los dispositivos residenciales de modalidad asociada, el modelo predominante fue el de una coordinación transversal por parte del equipo interdisciplinario, sin existencia de la figura de un coordinador y donde este rol es asumido en gran medida por la figura del Referente Comunitario. Las profesiones u ocupaciones de operador y enfermero son las de mayor presencia en el entorno asilar mientras que en los DRC la proporción de enfermeros es menor y hay mayor presencia de los trabajadores sociales.

En relación con las características de los equipos que se desempeñan en los dispositivos, se encontró que el rol de Referente Comunitario, quien no depende financieramente de la CNMO sino que es costado por los usuarios, tiene una importancia relevante en los dispositivos de gestión asociada. Entre otros aspectos resultaría importante entonces definir formalmente las incumbencias de su rol, así como el grado de beneficio en función al costo y a las necesidades de los usuarios.

Asimismo, al encontrarse la ocupación de operador entre las de mayor presencia en ambos tipos de dispositivos, resulta importante que exista una clara definición de rol así como determinar adecuadamente las competencias y formación requeridas para el cumplimiento del mismo.

En la mayoría de los dispositivos estudiados el promedio de monitoreo asistencial fue de 17 hs. Por el contrario en los casos que los dispositivos cuentan con supervisión y monitoreo intermitente las variaciones son mayores.

En relación a las asambleas con los usuarios para

regular aspectos de la vida colectiva e institucional, todos los DRC realizan asambleas.

Utilización de servicios sociales y sanitarios

El Artículo 9º de la Ley 26.657 ordena, respecto al proceso de atención, que el mismo debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la Atención Primaria de la Salud (APS); y señala textualmente que "...se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales" (6).

Del relevamiento efectuado se puede consignar como relevante que todos los DRC cuentan con espacio al aire libre del que los usuarios pueden hacer uso y se encuentran emplazados en entornos urbanos con fácil acceso a instituciones y comercios de las localidades de Luján o Torres.

Los usuarios utilizaban distintos efectores para consultas relativas al cuidado de la salud. En seis de los nueve DRC, los usuarios acudían a Centros de APS o Centros Integradores Comunitarios, en cinco acudían al Hospital de Luján, en cuatro acudían a la CNMO, en dos a servicios de salud privados y en dos al Policlínico de Luján.

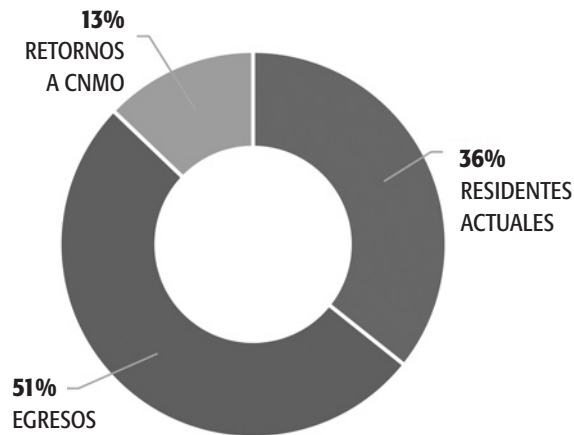
Los usuarios de dispositivos localizados en Torres, concurren mayormente a la CNMO para consultas por temas de salud u obtención de medicación. Por el contrario, los usuarios de DRC de Luján hacen mayor uso de los efectores de esa localidad (CAPS, CIC, Hospital de Luján y Policlínico). En ambas localidades se realizan consultas a efectores privados. La medicación para los usuarios de los DRC es provista por CNMO, en cuatro de los DRC (los tres de Torres y uno de Luján) la misma es entregada la institución, mientras que en cinco es provista por otros efectores de salud (en uno del Policlínico y en cuatro del CIC).

La mayor asistencia a talleres por parte de los usuarios de DRC está relacionada con la dinámica propia del tratamiento emplazado en instituciones de la comunidad y evidencia que existe una proporción de residentes en pabellón que podrían beneficiarse con este tipo de actividades en pos de una perspectiva de externación. En el marco del proceso de reforma orientado a la rehabilitación psicosocial, algunos de los residentes actuales en pabellones también participan en instituciones de la comunidad de Torres y Luján.

Por otra parte, en todos los dispositivos los usuarios acuden a instituciones de la comunidad (talleres, centros de día, iglesias, escuelas, clubes, emprendimientos laborales, centros culturales, etc.) y a lugares de esparcimiento y comercios barriales.

En síntesis, respecto de la disponibilidad y accesibilidad a servicios comunitarios, los DRC exhiben una situación en la que se plantea un acceso continuo y facilitado a centros sociales y comerciales de diversa índole, potenciando las oportunidades de participación e interacción comunitaria.

Tabla 1 Proporción de egresos y retornos a la CNMO en DRC de gestión institucional. Dispositivos Residenciales Vinculados con la CNMO, 2014. (n=70)



Fuente: Elaboración propia. 2014.

Egresos y retornos a la institución

Ya se ha mencionado antes cuál ha sido el impacto del proceso de implantación de los dispositivos en términos de la disminución de camas asilares y apertura de nuevos DRC. Se analizará ahora, brevemente, cuáles han sido los principales indicadores de egreso y/o retorno a la institución de las personas alojadas estudiados entre enero de 2007 y enero de 2014, de acuerdo a los objetivos de cada dispositivo.

El total de los usuarios que ingresaron a los DRC gestionados por la institución y con características de residencia transitoria, es de aproximadamente 70. Este dato se obtuvo sumando los 25 residentes actuales, 36 egresos y 9 retornos a la CNMO. Los retornos representaron un 13% del total de los usuarios que ingresaron a estos dispositivos y los egresos a modalidades con mayor nivel de autonomía representaron un 51% del total.

En los dispositivos de gestión asociada no se registraron retornos a la institución ni egresos, indicador que resulta coherente con el hecho de que tales dispositivos estén diagramados como vivienda definitiva.

Entre los motivos referidos que ocasionaron retornos de usuarios a la CNMO, se mencionaron: a) Conductas heteroagresivas; b) Problemas de adaptación; c) Transgresión de normas de convivencia y d) Voluntad del usuario de volver a la institución.

En los dispositivos gestionados por la institución se registraron egresos y también algunos retornos a la institución, principalmente por conductas heteroagresivas, problemas de adaptación, transgresión de normas de convivencia o voluntad del usuario de volver a la institución.

Barreras

Se explicitan a continuación las barreras que, a juicio de los entrevistados, han dificultado el cumplimiento cabal de los objetivos formulados.

- La prolongada institucionalización conlleva la vulneración de derechos y la pérdida de las capacidades de autodeterminación, ya que al usuario se le imponen horarios para realizar actividades, pierde su intimidad y su capacidad de adoptar decisiones y muy frecuentemente no se lo habilita a disponer de sus propios bienes.
- Otro problema a considerar es la carencia de criterios homogéneos escritos para determinar quiénes son los usuarios que se encuentran en condiciones de pasar a un dispositivo residencial comunitario. Si bien esta dificultad se intentó suplir en este estudio a partir de la transmisión de determinadas pautas para

seleccionar los integrantes del grupo de usuarios de pabellón, luego de generar consensos con los integrantes de los equipos, se pudo haber incurrido en sesgos al hacer efectiva esta selección.

- c. Se añade a las cuestiones precedentes el problema de que, al no estar definido con claridad cuáles son las limitaciones que cabe establecer en la capacidad jurídica, no puede plantearse con claridad cuál es el sistema de apoyos requerido para cada uno de los usuarios incorporado al programa.
- d. La condición de NN y la carencia de derechos básicos como la falta de identidad también conspiran en muchos casos para que se pueda avanzar progresivamente en la adquisición de nuevos derechos.
- e. El insuficiente registro administrativo y clínico de las actividades de atención/cuidado que se realizan en el marco de los nuevos dispositivos, conspira para que se efectúe un adecuado seguimiento de los procesos adoptados.
- f. Un ejemplo de lo que resta por hacer se vincula a la indefinición todavía persistente respecto de los roles del acompañante terapéutico y operador comunitario en el proceso de externación.

Discusión

Los resultados hallados en la presente investigación son similares a los publicados por López M, et al. (7) en relación a la distribución territorial mayormente urbana, y en cuanto a la disponibilidad y accesibilidad a servicios comunitarios de distinto tipo, donde se observa una situación con fácil acceso a instalaciones comerciales, cafeterías, centros sociales, y en la cual los entornos favorecen la inclusión social y la vida comunitaria.

Las características de los DRC, como dispositivos residenciales sustitutivos del modelo asilar, se encuentran alineadas con los objetivos del plan de reforma iniciado en 2005 por la CNMO.

Cabe señalar además la relevancia que tiene constatar que dicho crecimiento amplía el tipo y variedad de intervenciones en el territorio de influencia de la institución, abarcando en su cobertura a usuarios con niveles de autonomía muy distintos y, por lo tanto, con diversos requerimientos de sistemas de apoyo.

A medida que los dispositivos adquieren la posibilidad de trabajar en un mayor nivel de individualización de los apoyos, se ha ido modificando el perfil de los destinatarios, lo cual podría estar reflejando un mayor grado de adecuación entre el tipo de dispositivos y las necesidades o requerimientos de los usuarios.

Teniendo en cuenta el modelo integrado de dispositivos residenciales comunitarios implementado en la CNMO, se observó la coexistencia de elementos que corresponden a una lógica de *continuum* residencial con otros más específicos, vinculados a un modelo de apoyo residencial. De allí que la lógica progresiva lineal terminó coexistiendo con el sistema de apoyos entendido como un diseño individual que no necesariamente requiere de un gradiente por el que el usuario debe transitar.

Otro aspecto a revisar es la cuestión de la gradualidad en el empleo de los dispositivos, dado que, pese a que el programa enfatiza un pasaje progresivo del usuario por dispositivos con un mayor a un menor nivel de apoyos, existe una tendencia a que los usuarios permanezcan de forma estable o permanente en los dispositivos implementados.

Por otro lado, cabe conjeturar que la mejora progresiva en los niveles de gestión facilitará una mayor evaluación de la calidad y la eficacia del programa, mediante planes de tratamiento individualizados que requieren la coordinación de recursos sanitarios y sociales para garantizar el tratamiento y la inclusión social.

Si bien el estudio no incluyó medidas destinadas a evaluar la exploración las actitudes y creencias albergadas por la población, podemos aseverar por el relato de los entrevistados que en la mayoría de las iniciativas de emplazamiento de los dispositivos no ha desencadenado conflictos vecinales, lo cual refuerza la idea de que la superación del estigma depende, más que de campañas comunicacionales, de acciones que permitan incrementar el grado de interacciones cotidianas que aumente la proximidad con las personas que sufren esta clase de padecimientos.

En síntesis, respecto de la integración de servicios diversificados el programa desarrollado en la CNMO exhibe un interesante modelo de respuesta institucional a un conjunto diverso de problemáticas expresada por los usuarios asistidos.

Las limitaciones del estudio pueden señalarse en torno a tres aspectos fundamentales:

Por un lado, una limitación está planteada por el diseño mismo del estudio, que trabaja en los límites de un programa previamente definido, ligado a la transformación de una institución de corte asilar.

En segundo lugar, la distancia entre el relevamiento de los datos y su publicación, proceso normal en este tipo de estudios que se desarrollan en lapsos prolongados para poder ser evaluados.

En tercer lugar, dado que los resultados obtenidos a través del estudio ha sido generados por un equipo de investigación que incluye a trabajadores de la institución, ha permitido la autocorrección de algunas variables, así como también conocer en mayor profundidad los diferentes recursos involucrados en la gestión.

Conclusiones y propuestas

Se enumeran a continuación una serie de propuestas que se desprenden del relevamiento efectuado, cuyo objetivo es mejorar los niveles de gestión de los dispositivos residenciales comunitarios:

- a) Establecer las estrategias que se consideren pertinentes en el área con la finalidad de optimizar la calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los dispositivos residenciales en el proceso de inclusión comunitaria de los usuarios.
- b) Promover el establecimiento de normas de las prestaciones brindadas por los dispositivos residenciales comunitarios y de los procesos vinculados al funcionamiento de los mismos, incluyéndolas en un sistema de gestión de calidad que involucre también la participación de los usuarios.

- c) Planificar y trabajar en la preparación de los residentes en pabellones para su externación, sin esperar que existan necesariamente cupos habilitados en un nuevo dispositivo para evaluar luego quienes son los candidatos a ocuparlos.

Para expandir los resultados de la presente experiencia y aprender de las lecciones obtenidas se requeriría una mayor información epidemiológica que permita trazar una relación entre las necesidades cuantitativas y cualitativas de las personas con discapacidad mental en términos generales y específicamente en cada territorio en el cual se desplieguen intervenciones similares a las descritas en este programa, así como valorar en cada caso la adecuación de los dispositivos e intervenciones a las necesidades de los usuarios sólidamente fundamentadas en el plano ético, científico y tecnológico. ■

Referencias bibliográficas

1. Aja E, Cant, A. Factores que intervienen en la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual. IX Seminario de Actualización Metodológica en Investigación sobre Discapacidad. Salamanca, España, 2013.
2. Cordova V, Rí C., Quensen M., Ortiz M, Robaina N. Calidad de vida y apoyos en personas con discapacidad intelectual institucionalizados en Chile: estudio piloto. *Psicología, Conocimiento y Sociedad* 3, 52-70 ISSN 1688-7026. 2011.
3. Directrices de Organización y Funcionamiento de Servicios de Salud Mental, Ministerio de Salud de la Nación, República Argentina, 2014.
4. Giné C. Servicios y calidad de vida para personas con discapacidad. *Siglo Cero Revista Española sobre Discapacidad intelectual* vol. 35 (2), Núm. 210, 2004.
5. Gómez-Vela M, Verdugo M, Canal R. Evaluación de la calidad de vida de adultos con discapacidad intelectual en servicios residenciales comunitarios. *Rev. de Psicol Gral y Aplic*, 55 (4), 591-602. 2002.
6. Ley Nacional de Salud Mental 26.657. República Argentina, 2010.
7. López M, Laviana M, García-Cubillana P, Fernández L, Moreno B, Maestro JC. Evaluación del Programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (I): descripción general del programa y del estudio. *Rehabilitación psicosocial* 2005; 2(1):2-15.
8. Luckasson R. *Mental Retardation. Definition, classification and systems of supports*. Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation, 1992.
9. "Programa de Calidad de la Atención médica y Dirección Nacional de Salud Mental" Consejo Asesor en Salud Mental 2014/ 2015, Ministerio de Salud de la Nación, República Argentina, 2014.
10. Rossetto J, de Lellis M, Rebottaro K, Possetto H. Cómo revertir el estigma: dispositivos comunitarios y reforma del modelo asilar. *Medicina y Sociedad*. Nº 3, 2012.
11. Rossetto J, de Lellis M. El proceso de reforma institucional: la experiencia de tres años de gestión en la Colonia Nacional Montes de Oca. *Vertex, Rev Arg Psiquiatría* Volumen XVIII. Nro. 73. Mayo-Junio 2007.
12. Schalock RL, Verdugo MA. *Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza, 2003.
13. Verdugo MA. El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: la nueva definición de la AAMR: *Siglo Cero*, 25 (5), 5-24, 1994.
14. Verdugo, M.A. Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación. España: Amarú Salamanca, 2006.
15. Verdugo MA. Análisis de la Definición de Discapacidad Intelectual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental. *Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*. Vol. 34 (1), Núm. 205, 2002.
16. Verdugo MA, Schalock R. Últimos Avances en el Enfoque y Concepción de las Personas con Discapacidad Intelectual. *Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*. Vol. 41, 236. 2009.
17. Verdugo MA, Schalock RL, Keith KD, Stancliffe R. Quality of life and its measurement: Important principles and guidelines. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (10), 707-717, 2005.
18. Verdugo M, Arias B, Gómez LE, Schalock RL. Formulario de la Escala Gencat de Calidad de vida. Manual de aplicación de la Escala Gencat de Calidad de vida. Departamento de Acción Social y Ciudadanía, Generalitat de Cataluña, 2009.