

**Especialidad
multiprofesional
SALUD MENTAL
COMUNITARIA**

Marco de referencia



**Ministerio de Salud
Argentina**

Índice

Introducción	Pág. 3
Fundamentación.....	Pág. 4
I.- Perfil Profesional	Pág. 10
I.1. Justificación del Perfil	Pág. 10
I.2. Competencia General	Pág. 11
I.3. Áreas de Competencia y Competencias Específicas de la especialización.....	Pág. 12
I.4. Actividades formativas	Pág. 14
I.5 Área ocupacional.....	Pág 15
II. Bases Curriculares	Pág. 16
II.1. Introducción.....	Pág 16
II.2 Bloques Fundamentales.....	Pág. 16
II.3 Bloques Propios de la Especialidad.....	Pág. 18
III Requisitos mínimos de funcionamiento	Pág. 20
III.1 Características básicas de la oferta formativa.....	Pág 23

Introducción

El presente marco de referencia se basa en el corpus normativo vigente en materia de salud, comprendido por la Ley Nacional de Salud Mental N°. 26.657, la Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud N°. 26.529, la Ley de Creación del Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental (APSM) N°. 25.421; el plexo normativo vigente relativo a los derechos de niñas, niños y adolescentes Ley N° 26.061; Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales Ley N° 26.485; al derecho a la identidad de género Ley No. 26.743; y el Código Civil y Comercial de la Nación Ley N°. 26.994, especialmente en los puntos de convergencia con las leyes arriba citadas, con la Convención de Personas con Discapacidad y siempre en respeto de los derechos humanos.

La especialización en salud mental comunitaria que regula el presente marco de referencia responde a las necesidades actuales de la política sanitaria, comprometida en la implementación plena de la normativa vigente. Permitirá fortalecer el sistema sanitario argentino en materia de salud mental a través de la formación de profesionales capaces de trabajar desde y para la comunidad de referencia, grupos y usuarios/as de servicios de salud, desde una perspectiva interdisciplinaria, intersectorial e integral.

Fundamentación

El campo de la salud mental se asienta en una serie de procesos históricos y actuales que es necesario recuperar para comprender el complejo entramado que lo constituye, y la necesidad de avanzar en el fortalecimiento de la formación del equipo ampliado de salud.

Campo de la Salud Mental: Antecedentes Históricos

En el año 1957 el Gobierno argentino crea el Instituto Nacional de la Salud Mental.

En el año 1958 y bajo la conducción de Mauricio Goldemberg se crea el servicio de psicopatología del Hospital Araoz Alfaro (Evita) de Lanús, que procuraba reducir al máximo la internación de los enfermos y propiciaba su atención por consultorios externos. La labor de este servicio adquirirá celebridad por las iniciativas de apertura de sus prácticas hacia la comunidad y el énfasis en la prevención como medio eficaz para evitar la aparición de patologías.

Durante la década del '60 y '70, se difunden las experiencias de reforma implementadas en diversas regiones del mundo, entre las cuales sobresale la realizada en la localidad de Trieste (Italia) con el liderazgo incuestionable de Franco Basaglia, la re-jerarquización de las comunidades terapéuticas como dispositivos alternativos a la institucionalización y la apertura de Centros de Salud Mental en la comunidad durante la administración del presidente Kennedy en los Estados Unidos de Norteamérica. Dichas experiencias se constituyeron en una referencia importante en toda la región de América Latina.

A partir del año 1967 se implementa el Plan diseñado por Goldemberg cuyo ámbito de aplicación fue en ese entonces la Capital Federal (denominado Plan Nacional porque la Capital Federal era por entonces territorio bajo jurisdicción nacional), y en el cual se aplicaron gran parte de las lecciones aprendidas durante la experiencia realizada en el Hospital Aráoz Alfaro.

A partir de esta década comienzan a desarrollarse experiencias innovadoras de reforma institucional en las provincias de Mendoza, Entre Ríos y la provincia de Buenos Aires, así como, tras el fin de la dictadura, en las provincias de Río Negro y San Luis entre otras, las mismas se constituyeron en importantes hitos para promover la reforma o supresión de las instituciones asilares y establecer una línea rectora para orientar las políticas de salud mental con base territorial.

Estas experiencias han sido innovadoras en materia de atención de las personas con trastornos mentales, permitiendo repensar aspectos tales como: a) los servicios de salud mental integrados a los servicios generales de salud y la coordinación de los servicios de salud con dispositivos comunitarios; b) la atención de colectivos sociales vulnerados; c) el tratamiento de problemáticas de relevancia epidemiológica, tales como el alcoholismo y otras problemáticas prevalentes en salud mental; d) la disminución de camas asilares y la apertura de dispositivos de base comunitaria; e) el fomento de acciones que propulsan la inclusión social; f) las medidas para evitar o revertir la segregación y estigmatización de las personas con padecimientos mentales. 11

Más recientemente, la conformación de este campo se ha visto alentada por la emergencia de diversos actores (por ej.: Asociaciones de usuarios y familiares, Organismos para la defensa de Derechos Humanos) que, sosteniendo posturas

ideológicas basadas en el enfoque de derechos, han cuestionado la organización del modelo (en términos de distribución del poder) y sus resultados finales, tales como la ocurrencia de violaciones de los derechos de las personas y una grave ineficiencia e ineficacia en el logro de las metas sanitarias.

En Argentina, los primeros antecedentes de capacitación interdisciplinaria y comunitaria en Salud Mental coinciden con el retorno de la democracia en los inicios de los años 80 y la institucionalización de la Dirección Nacional de Salud Mental como organismo ejecutor de las políticas públicas en salud mental.

En el año 1984 se da a publicidad el Informe Goldemberg, denominado “Lineamientos para un Plan Nacional de Salud Mental” que formula los principios rectores de las políticas que serán adoptadas por la Dirección Nacional de Salud Mental; y en el que se destaca la importancia de la formación de los recursos humanos que estarían en condiciones de dar respuesta a los desafíos y problemáticas emergentes. Inspirados en la experiencia de Trieste y en otras que se llevaron a cabo en diferentes regiones de Europa y América Latina, los cursos que se organizaron y dictaron durante esa época en distintas regiones del país durante la gestión del Dr. Vicente Galli introdujeron en nuestro país el enfoque y las experiencias nutridas en los postulados de la interdisciplina, la desinstitucionalización y la salud mental comunitaria, siendo la creación de las Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental (RISaM) una herramienta clave de este proceso.

En el año 1990 se suscribe, en un encuentro patrocinado y convocado por la OPS, la Declaración de Caracas, en la cual se plantea fundamentalmente la necesidad de que el modelo de atención y la formación de recursos humanos no adopte como eje central de sustentación al hospital psiquiátrico, promueven el fortalecimiento y reorganización de los servicios de salud y enfatiza la integración del componente de

salud mental en la estrategia de Atención Primaria de la Salud y de los Sistemas Locales de Salud. Respecto de la formación de los recursos humanos, en dicho documento se plantea taxativamente en su Artículo 5º lo siguiente: “Que la capacitación del recurso humano en Salud Mental debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales, de acuerdo con los principios rectores que fundamentan esta reestructuración“. Dicho documento se consolida con la declaración de los principios rectores de Brasilia y logra plena ratificación a 20 años de la Declaración de Caracas a través del Consenso de Panamá; el cual jerarquiza como uno de los temas prioritarios la cuestión de la formación de los recursos humanos desde una perspectiva interdisciplinaria e incorpora la visión de los derechos y la inclusión social. 12 En el año 1992 la Organización Mundial de la Salud sancionó que el día 10 de octubre sea reconocido como Día Mundial de la Salud Mental, reforzando la concientización sobre las cuestiones vinculadas a este campo y promoviendo estrategias para influir en las agendas e iniciativas políticas de los gobiernos nacionales. Durante el año 2001 la OMS convocó a una gran cantidad de expertos, autoridades gubernamentales y otros actores sociales relevantes para la elaboración de un documento para trazar un diagnóstico de situación epidemiológica, política, legal e institucional de la salud mental en el mundo, que se vio reflejada en el Informe sobre la Salud en el mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Un hito significativo de este nuevo paradigma ha sido la sanción de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) y su Protocolo Facultativo el 13 de diciembre de 2006, ya que destacó la necesidad de que los Estados parte de las Naciones Unidas realicen acciones positivas que promuevan la adecuación del entorno y la supresión de barreras, lo cual mereció la adhesión de Argentina durante el año 2008, otorgándole valor supraconstitucional.

Marco regulatorio y formación en salud mental comunitaria

La Ley Nacional N° 26.657 define la salud mental como *“un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, 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”* (Ley Nacional N° 26657, Art. 3°).

En este sentido, la definición misma implicó, hace más de diez años, el inicio de un proceso de cambio de paradigma no sólo en el campo del conocimiento sino en la redefinición de los modelos y dispositivos de atención, y dentro de ellos, de las prácticas e incumbencias profesionales en materia de salud mental.

El art 8 y 9 de la Ley Nacional N° 26.657 cristaliza este punto al establecer que *“debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes (...) El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales”* (Ley Nacional N° 26657, Art. 8° y 9°).

Vale resaltar que los principios de la Atención Primaria de la Salud mencionados en el Art 9, constan de una inmensa base de sustentación, no sólo proclamados en el hito histórico de la Declaración de Alma-Ata (Conferencia

Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978), sino también en la Ley 25.421/2001 de “Creación del Programa de Atención primaria de la salud mental”¹.

Este universo tan vasto en materia jurídica referido al campo de la salud mental, compromete a las áreas públicas y privadas responsables de la delimitación, regulación del ejercicio profesional y capacitación de profesionales en materia de salud mental, a revisar y complejizar la formación brindada, en vistas del campo de inserción laboral que requiere el proceso de reforma en salud mental iniciado con la sanción de la Ley nacional en el año 2010.

El énfasis en la salud mental comunitaria como eje transversal de la formación en servicio de los profesionales del equipo de salud resulta indispensable para el fortalecimiento del Plan Nacional de Salud Mental 2021-2025, que resalta los siguientes ítems:

- El desarrollo de la Red de Servicios de Salud Mental Comunitaria;
- La apertura de servicios de internación de salud mental en los hospitales generales;
- El fortalecimiento de la salud mental en el Primer Nivel de Atención, y
- La creación de dispositivos intermedios como casas de medio camino, viviendas asistidas, emprendimientos socioproductivos, centros de día y dispositivos sociocomunitarios.

¹ La Ley de creación del programa de APSM resalta en su Art 3° la obligación de adecuación de las instituciones de salud. “Las instituciones y organizaciones prestadoras de salud públicas y privadas deberán disponer, a partir de la reglamentación de la presente ley, los recursos necesarios para brindar asistencia primaria de salud mental a la población bajo su responsabilidad, garantizando la supervisión y continuidad de las acciones y programas”.l

Perfil profesional

I.1 Justificación del perfil

Los procesos de producción de salud integrales conviven aún hoy con lógicas tradicionales que persisten tanto en la práctica como en la formación de grado y posgrado. Frente a esta coyuntura, la especialización en salud mental comunitaria se vuelve una herramienta necesaria para legitimar y ponderar la conformación de equipos ampliados de salud que favorezcan la complejización de las miradas en los abordajes y planes terapéuticos de intervención en salud mental a nivel individual, grupal y comunitario, y la creación y gestión de novedosos dispositivos territoriales con énfasis en la promoción del lazo social, apostando a los procesos de desmanicomialización y a una mirada integral de la salud con base en la comunidad de referencia, acorde a la normativa vigente

De este modo, la ampliación, diversificación y complejización de los equipos de salud resulta innegable y uno de los aspectos centrales en el proceso de transformación de los modelos de atención en salud mental.

La especialización en salud mental comunitaria permitirá fortalecer el sistema sanitario argentino a través de la formación de profesionales capaces de trabajar desde y para la comunidad de referencia, grupos y usuarios/as de servicios de salud, desde una perspectiva interdisciplinaria, intersectorial e integral.

I.2 Competencia General

Las y los profesionales egresadas/os de la especialización en salud mental estarán capacitados/as para intervenir de manera interdisciplinaria, intersectorial y sensibles a las problemáticas complejas en materia de salud pública, a través de novedosas prácticas de promoción, prevención, asistencia e integración social desde una perspectiva de continuidad de cuidados, abonando a la transformación del modelo de atención en salud mental en cualquiera de sus ámbitos de intervención.

Asimismo podrán diseñar, planificar, gestionar e implementar programas y proyectos tanto jurisdiccionales como barriales, que integren todos los niveles de atención, como así también dispositivos de atención descentralizados acordes a las necesidades locales y ajustados a la normativa vigente.

Por último, será capaz de participar activamente en el diseño e implementación de procesos de educación permanente en salud, investigación, supervisión y acompañamiento de las prácticas del equipo de salud, con una mirada activa en relación a los procesos de producción de salud y conformación de dispositivos sustitutos.

I.3 Áreas de competencia y competencias específicas de la especialización

Área de competencia I:

Intervenir de manera interdisciplinaria, intersectorial y sensible a las problemáticas complejas en materia de salud pública, a través de novedosas prácticas de promoción, prevención, asistencia e integración social desde una perspectiva de continuidad de cuidados, en cualquiera de sus ámbitos de intervención

Competencias específicas

- Analizar y abordar los problemas de salud de la población desde el enfoque de la determinación social e histórica del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado.
- Identificar e implementar herramientas para la elaboración de análisis situacionales en salud desde la estrategia de Atención Primaria de la Salud, considerando los recursos locales disponibles y las necesidades de la población asistida.
- Desarrollar intervenciones territoriales de promoción y protección de la salud mental y prevención de las enfermedades, y en dispositivos asistenciales intermedios.

Área de competencia II:

Diseñar, planificar, gestionar e implementar programas y proyectos tanto jurisdiccionales como barriales y dispositivos de atención descentralizados, acordes a las necesidades locales y ajustados a la normativa vigente.

Competencias específicas:

- Diseñar dispositivos de atención que integren los distintos niveles, desde el sistema de referencia y contrarreferencia dentro de la red de servicios de salud.
- Planificar estrategias de intervención de manera situada, tanto individuales como grupales, partiendo de los contextos comunitarios y/o territoriales, las y los actores involucrados, y los alcances en su concreción.
- Gestionar y conducir equipos interdisciplinarios en servicios de atención, basándose en la planificación estratégica y el diagnóstico situacional en salud.
- Definir perfiles epidemiológicos para la planificación de políticas públicas para los distintos niveles de intervención.

Área de competencia III:

Diseñar e implementar procesos de educación permanente en salud, investigación, supervisión y acompañamiento de las prácticas del equipo de salud, con una mirada activa en relación a los procesos de producción de salud y conformación de dispositivos sustitutos.

Competencias específicas:

- Planificar y ejecutar diversas estrategias de educación para la salud con eje en la promoción, protección y prevención de la salud mental de manera integral.
- Llevar a cabo investigaciones en salud priorizando las problemáticas que atañen al ámbito comunitario y su participación en los procesos de atención en salud mental, así como evaluar, presentar y publicar sus resultados.
- Evaluar la calidad, eficacia, pertinencia, de las intervenciones realizadas por parte del equipo de salud.
- Participar y organizar tareas de supervisión, docencia y revisión crítica de las prácticas como parte del proceso de formación.

I.4 Actividades formativas

La especialización deberá garantizar prácticas en forma supervisada, a través de los siguientes entornos formativos:

- Primer nivel de Atención
- Ámbitos sectoriales: Justicia, Educación, Trabajo, Desarrollo Social, Derechos, otros
- Dispositivos de integración social
- Dispositivos comunitarios de umbral mínimo de exigencia
- Escenarios de la vida cotidiana local: Sociedad de fomento, comedores, clubes, centros culturales, otros.
- Consultorios externos
- Urgencia

Número mínimo de prácticas asistenciales supervisadas

Entrevistas de demanda espontánea (mínimo 60)

Confeción de Historia Clínica (mínimo 60)

Entrevista interdisciplinaria individual (mínimo 100)

Entrevistas interdisciplinaria entorno socio-afectivo (mínimo 100)

Entrevistas de Seguimiento (mínimo 100)

Manejo de Urgencias en Salud Mental (mínimo 60)

Atención domiciliaria (mínimo 60)

Desarrollo de Técnicas de intervención grupal (mínimo 100)

Desarrollo de Técnicas y estrategias de intervención comunitaria (mínimo 100)

Diseño e implementación de estrategias para la promoción de autonomía en dispositivos de

base comunitaria (mínimo 100)

Observación y registro de actividades (60)

Participación en supervisión del equipo de salud (mínimo 50)

Planificación e implementación de clase teórico-práctica (mínimo 40)

Las actividades formativas que deben incluirse en forma obligatoria son:

- Actividades teórico-prácticas: Deberá contar como mínimo con tres (3) actividades por semana, que se desarrollarán con diversas estrategias, tales como: exposición teórica, discusión de casos, ABP - solución de problemas, construcción de problemas, etc.,
- Ateneos
- Trabajo de Investigación: La especialización deberá exigir como mínimo la confección, redacción y publicación de un trabajo de investigación interdisciplinario, durante el transcurso de su formación.
- Proyecto de gestión: La especialización deberá exigir el desarrollo y presentación de un proyecto de planificación estratégica de un servicio de salud y/o dispositivo comunitario en función de los dispositivos transitados durante su formación, como requisito para la obtención del título de especialista.
- Participación en Congresos de la especialidad, con presentación de trabajos científicos.
- Supervisión del equipo interdisciplinario y por disciplinas. Estas actividades requieren la disponibilidad de especialistas con funciones docentes para su implementación.

1.5 Área ocupacional

El y la profesional que cuente con la especialización en salud mental comunitaria podrá insertarse laboralmente en equipos interdisciplinarios en Hospitales Generales, centros de salud comunitarios, centros de día, casas de medio camino, viviendas protegidas, empresas sociales, dispositivos de atención domiciliaria, entre otros servicios descentralizados de atención en salud mental requeridos por la ley.

II. Bases curriculares

II.1 Introducción

Tomando como principal antecedente el marco de referencia para la formación del equipo de salud - RISaM 1993/2015, la especialización en salud mental comunitaria profundiza el marco de referencia mencionado, en las siguientes áreas:

- Formación interdisciplinaria e intersectorial para el abordaje de la salud mental desde un enfoque comunitario que promueva la integración social.
- Participación en procesos de educación permanente, investigación, supervisión y evaluación de las prácticas del equipo de salud.

Por otra parte, la especialización enfatiza e innova en la capacitación del equipo de salud para el diseño, planificación, gestión e implementación de programas y proyectos tanto jurisdiccionales como barriales, que integren todos los niveles de atención, como así también dispositivos de atención descentralizados acordes a las necesidades locales y ajustados a la normativa vigente.

II.2 Bloques de formación fundamentales

Se trata de contenidos transversales a todos los profesionales que conforman el equipo de salud, y abordan temáticas centrales del campo de la salud mental comunitaria, contextualizando el ejercicio profesional según tres aspectos: conceptual, procedimental y actitudinal. Esto quiere decir que tienen un carácter teórico-práctico en su concreción.

BLOQUE 1: El profesional competente para intervenir en los procesos de transformación del modelo de atención en salud mental

- El profesional de la salud como agente del Estado y efector de políticas públicas sanitarias. Fundamentos generales y perspectivas del derecho en salud. Ética, política y derechos. Derecho a la salud y contemporaneidad social, política y económica.

- Análisis de situación de salud y diagnóstico participativo comunitario. Dimensión social: Complejidad y estructura preexistente. Dimensión política: Perspectivas nacional, jurisdiccional y local en el abordaje de los problemas de salud de la población.
- Determinantes y condicionantes de salud en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. Epidemiología. La distribución del poder en las intervenciones en salud. Dimensión epistemológica: concepciones y paradigmas relacionados a la salud.
- El profesional integrado al equipo para un mejor abordaje desde una perspectiva poblacional y sanitaria. El rol del equipo de salud en la construcción de la equidad y del acceso universal a la atención. La responsabilidad y la acción profesional en la generación y participación en redes de servicios, redes de atención y de cuidado.
- Encuadre de la práctica profesional en el marco de derechos y de la bioética. Responsabilidad pública del ejercicio de la profesión.
- Convenciones internacionales y nacionales. Marco normativo vigente, nacional y jurisdiccional relacionado con la salud. Actores y Organismos Nacionales e Internacionales.

BLOQUE 2: Usuarios y comunidad como participantes activos del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado.

- Sujetos de derecho: personas, familias y profesionales. Organización y participación de los actores en salud.
- Herramientas en participación comunitaria. Análisis, priorización y toma de decisiones.
- Marco normativo vigente, nacional y jurisdiccional sobre: ejercicio profesional, derechos del paciente y del trabajo. Ley nacional de Salud Mental Nº 26657 y Decreto Reglamentario Nº 603/13.
- El paciente y sus referentes vinculares como sujetos de derecho y con autonomía para la toma de decisiones en los procesos de atención-cuidado.
- Comunicación. Comunicación institucional y con los personas como constitutiva de las buenas prácticas en salud. La comunicación como vínculo para las actividades de prevención y tratamiento de enfermedades y de promoción de salud en la comunidad.

- El trabajo con otros en sus múltiples dimensiones: interdisciplinariedad, interculturalidad, diversidad de miradas y prácticas. La complementariedad de saberes para la mejora de la atención y la resolución de conflictos.
- El equipo interdisciplinario en salud mental. Roles y especificidades de cada disciplina

BLOQUE 3: La educación permanente en salud, investigación, supervisión y acompañamiento de las prácticas del equipo de salud, como eje del ejercicio profesional

- Educación Permanente en Servicio. La institución sanitaria y los equipos de salud en la construcción de procesos de educación permanente en salud.
- La investigación como fuente de aprendizaje y conocimiento. Lógicas de investigación científica y sistematización de prácticas. Investigación clínica e investigación básica. Diferentes enfoques. Medicina Basada en la Evidencia, Investigación en Sistemas y Servicios de Salud, Investigación Sanitaria Colectiva.
- Identificación de los principales desarrollos teóricos científicos en el campo de la salud mental. Producción y validación del conocimiento científico. Organización de información científica y formas de comunicación: papper. Ponencias. Ensayo. Escritura académica
- Herramientas de evaluación

II.3 Bloques específicos del especialista en salud mental comunitaria

Marco político-institucional del sistema de salud argentino

- Historización del Sistema de Salud Argentino (SSA). Estructura y funcionamiento actual del SSA. Problemáticas en el SSA.
- Reformas en el campo de la Salud Mental y sus contextos histórico- políticos y sanitarios. Antecedentes en la construcción del Campo de la Salud Mental Comunitaria.
- Contextos histórico- políticos y sanitarios en el campo de la salud mental en Argentina.

- Principios de Desmanicomialización: marco ideológico, conceptual, filosófico y político. Principios de la Atención Primaria en Salud. La Descentralización Sanitaria: niveles de atención. Salud integral. Salud Colectiva.
- Padecimientos contemporáneos y políticas en salud mental: modos de abordaje, implicancias profesionales, institucionales y sociales actuales.

Procesos de atención en efectores de salud y dispositivos intermedios con base en la comunidad

- Atención Primaria de la Salud (APS) y Reducción de Riesgo y Daño (RRD). Definición. Perspectiva de géneros en salud mental. Modelo clínico / Modelo médico hegemónico. Accesibilidad. Definición. Alcances. Modelo de Reducción de riesgo y daños. Definición. Alcances.
- Modelo Comunitario de atención. Dimensiones clínicas, grupales, institucionales y comunitarias. Comunidad – participación comunitaria. Determinantes y condiciones de la salud en el proceso salud enfermedad, atención y cuidados.
- Trabajo en Equipo. Interdisciplina. Multidisciplina. Transdisciplina. Toma de decisiones participativas, horizontalidad del saber. Operador/promotor de Salud Mental. Historia de su inclusión en los equipos.
- Usuario / paciente. Diagnóstico integral y proyecto terapéutico.
- Paradigmas en relación a las urgencias en salud. Conceptualización y evaluación del riesgo. Perspectivas de derechos en la Urgencia. Situaciones de urgencia y abordajes disciplinares e interdisciplinarios posibles en el primer nivel de atención.
- Instrumentos de registro de las prácticas. Historias clínicas. Consentimiento informado. Aspectos clínicos y legales ligados a los derechos del paciente.
- Dispositivos de integración social: centros comunitarios, casas de convivencia, casa de medio camino, centros culturales, casas de alojamiento, talleres comunitarios, empresas sociales, casas amigables de umbral mínimo de exigencia.
- Dimensión socio-económica. Inclusión laboral: Empresas sociales. Taller protegido. Micro-emprendimientos. Modalidades de abordajes: individual - grupal – comunitario. Criterios para el fin del tratamiento. Externación y continuidad de cuidados. Criterios para derivación.

Planificación y gestión de programas, proyectos y servicios de salud mental comunitaria

- Mapeo de recursos socio sanitarios convencionales / no convencionales. La epidemiología como herramienta central de la programación. Políticas sanitarias. Programas sanitarios nacionales y jurisdiccionales.
- Planificación normativa y Planificación Estratégica. Planificación participativa. Diseño de estrategias de intervención comunitaria, para el abordaje de problemáticas con base en las necesidades y potencialidades de la comunidad. Integralidad: Promoción, prevención y asistencia en Salud mental.
- El profesional como gestor. El ciclo de la gestión: Recursos, tiempo y oportunidades. Plan – programa – proyecto. Actividad. Dispositivo. Diseño de dispositivos comunitarios de integración social. Diseño y oportunidad para la creación y/o renovación de servicios asistenciales Planificación y organización de servicios de Salud Mental Comunitaria. Herramientas de evaluación de proceso, ex-ante y de impacto.

III. Requisitos mínimos de funcionamiento

Criterios de ingreso

Podrán acceder a la formación graduadas y graduados en las siguientes disciplinas del campo de la salud: medicina, licenciaturas en enfermería, en musicoterapia, en terapia ocupacional, en psicología, en psicopedagogía, en nutrición, en farmacia y bioquímica, en kinesiología; también disciplinas del campo de las ciencias sociales: trabajo social, abogacía, licenciaturas en sociología, antropología, comunicación.

Duración y carga horaria

La especialización deberá tener una duración mínima de 3 años. La actividad teórico asistencial se desarrollará en el horario previsto de acuerdo a la normativa jurisdiccional.

Espacios de formación

Distribución de tiempo semanal estimado por tipo de actividad:

65% Formativo en la práctica asistencial

20% Actividades formativa no asistencial. (Ej: clases, ateneos, jornadas)

10% Formativo en la práctica en Gestión

5% Formativo teórico-práctico en Investigación

Los espacios de formación **obligatoria** en salud mental comunitaria para todo el equipo serán los siguientes:

- Dispositivo de atención ambulatoria (de acuerdo a lo establecido por la ley nacional de salud mental)
- Centro de salud: CAPS, CIC. SAP, etc.

- Área de urgencias (de acuerdo a lo establecido por la Ley Nacional de Salud Mental)
- Dispositivo de primer nivel de atención para niños y adolescentes
- Dispositivos convivenciales: casas de medio camino, residencias compartidas.
- Equipos Móviles o de asistencia domiciliaria
- Dispositivos de integración social: hospital de día, centro de día comunitario, emprendimientos socio-productivos, talleres, empresas sociales, cooperativas.
- Dispositivos socio-comunitarios de umbral mínimo de exigencia: centros comunitarios, casas amigables.

Los espacios de formación **optativa** para todo el equipo podrían ser los siguientes:

- Dispositivo o área de salud mental de hospital general en el que se reciban pedidos de interconsulta de otros servicios
- Centro o Servicio con posibilidades de formación en Emergencias y Catástrofes.
- Centros o Servicios con posibilidades de formación en Epidemiología
- Dispositivos de Salud mental en contextos de encierro
- Instituciones que trabajan en Programas de Protección de Derechos e Inclusión Social (Violencia, Trata de personas, situación de vulneración de derechos de pueblos originarios, migrantes y otros), ONGs.
- Administración de Justicia y Órgano de Revisión.
- Servicios especializados (trastornos alimentarios, neurocognitivos, cuidados paliativos, adultos mayores, etc.)
- Instituciones educativas (Escuelas, Centros de Apoyo Escolar)

III.1 Características básicas de la oferta formativa

Para asegurar el desarrollo óptimo de la experiencia de formación de posgrado, se requiere de un marco institucional que garantice el cumplimiento del programa: área de gestión de docencia e investigación, acto administrativo de creación, recursos humanos y técnico- financieros asignados.

Para el cumplimiento y evaluación del programa de especialización, deberá contar con un/a Director/a o Responsable de Programa con experiencia y formación docente formal, y un equipo interdisciplinario preferentemente con antecedentes docentes, para funciones de programación de cursos y actividades teórico-prácticas, supervisión y evaluación.

Los centros que no ofrezcan la oportunidad de realizar las prácticas mínimas indispensables para la formación, deberán establecer acuerdos formales con otras instituciones para cumplimentar los requisitos exigidos siempre respetando una estructura básica.

argentina.gob.ar/salud



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
Las Malvinas son argentinas

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: Especialidad multiprofesional: SALUD MENTAL COMUNITARIA

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 24 pagina/s.