

2012-2015

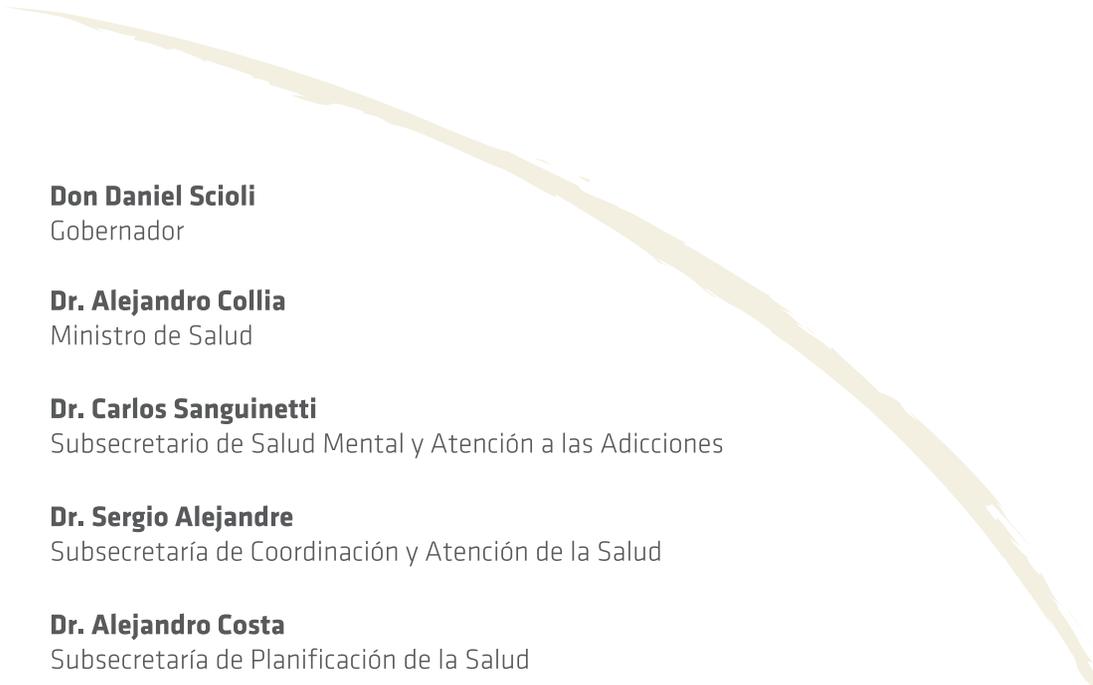
# Salud Mental y Adicciones en Buenos Aires: un nuevo rumbo

SUBSECRETARÍA DE SALUD MENTAL  
Y ATENCIÓN A LAS ADICCIONES

MINISTERIO DE SALUD

BA

GOB.  
DANIEL  
SCIOLI



**Don Daniel Scioli**

Gobernador

**Dr. Alejandro Collia**

Ministro de Salud

**Dr. Carlos Sanguinetti**

Subsecretario de Salud Mental y Atención a las Adicciones

**Dr. Sergio Alejandre**

Subsecretaría de Coordinación y Atención de la Salud

**Dr. Alejandro Costa**

Subsecretaría de Planificación de la Salud

**Dra. Silvia Caballero**

Subsecretaría de Control Sanitario

**Dr. Sergio Del Prete**

Subsecretaría de Coordinación de Políticas de Salud

**CPN Gerardo Daniel Pérez**

Subsecretaría Administrativa

**Dr. Claudio Ortiz**

Director Provincial de Hospitales

**Dr. Anibal Areco**

Director Provincial de Atención a las Adicciones

**Lic. Perla Figueroa**

Directora Provincial de Prevención a las Adicciones

**Don Juan Lauro**

Director Provincial de Registro y Control  
de la Comercialización de Bebidas Alcohólicas



<b>Palabras del Ministro de Salud de la Provincia Buenos Aires, Dr. Alejandro Collia</b>	3
<b>Palabras del Subsecretario de Salud Mental y Atención a las Adicciones, Dr. Carlos L. Sanguinetti</b>	5
<b>Capítulo I</b>	
<b>1.1 “Nuevos escenarios ¿Epidemia, Endemia o Pandemia?”</b>	9
<b>1.2 Las nuevas sociedades</b>	14
- Privatización de la vida social	15
<b>1.3 Sucesos argentinos</b>	16
- Cambios culturales	16
<b>1.4 La Salud Mental en Argentina</b>	17
La salud mental en la Provincia de Buenos Aires	22
<b>1.5 El consumo como problema de salud</b>	24
<b>1.5.1 Los paradigmas de abordaje</b>	25
<b>1.5.2 La mirada integral</b>	26
<b>1.6 Las violencias como determinantes de enfermedad y muerte</b>	27
<b>1.6.1 Muertes violentas en la provincia de Buenos Aires: algunas estadísticas</b>	28
- Evolución de algunos indicadores de violencia interpersonal en la Provincia de Buenos Aires.	29
<b>1.6.2 Violencia de género y violencia familiar</b>	29
<b>1.6.3 Suicidios</b>	30
- Marco situacional: consideraciones generales.	31
<b>1.6.4 Violencia, delito y su vinculación con el consumo.</b>	33
<b>Capítulo II</b>	
<b>2.1 “La materialización de la nueva Ley de Salud Mental”</b>	35
- El Modelo Asistencial de la Salud Mental y de Atención a las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires.	36
- Los pasos hacia el nuevo paradigma	38
<b>2.2 El Consenso de la Provincia de Buenos Aires</b>	39
<b>2.3 Plan Estratégico Integral de Salud Mental y Adicciones de la Provincia de Buenos Aires</b>	44
<b>2.4 Propuestas para la sustitución de Hospitales Monovalentes.</b>	49
- Hospital Dr. Alejandro Korn	49
- Hospital Dr. Domingo Taraborelli	51
- Hospital Interzonal Dr. Domingo Cabred	55
- Hospital Dr. José A. Esteves	56



<b>Capítulo III</b>	
<b>3.1 “Las estrategias de respuesta”</b>	61
<b>3.2 Renovando capacidades: nuevas miradas, nuevas profesionalidades</b>	62
- Servicios Integrados de Salud Mental y Adicciones	62
- Programa Regional Interdisciplinario de Enlace Comunitario (PRIEC)	63
- Acompañantes en la Red: diferentes profesionalidades, el mismo objetivo.	67
- Programa Tramando Barrio	68
- Grupos de Autoayuda Bonaerense en Adicciones (GABA)	72
- Programa Arte y Salud	73
<b>3.3 Formar, capacitar: Ejes del proceso de transformación</b>	79
- Actividades realizadas en esa línea:	80
<b>3.4 Comunicación y Salud</b>	83
- Servicio de Orientación telefónica	84
- Enfoques	86
<b>3.5 Investigar, informar: epidemiología en salud mental</b>	87
- Encuesta a residentes en hospitales bonaerenses	88
-Biblioteca digital BIDA	92
<b>3.6 El Estado promotor y garante de Salud Mental</b>	92
- El Estado regulador	93
<b>3.7 La Universidad como espacio de debate</b>	96
<b>3.7.1 Salud Mental y Adicciones en la academia.</b>	98
<b>3.8 La escuela como espacio de promoción de la salud</b>	99
- Guías Docentes en Prevención	101
- Capacitación Docente	101
-Cicuito Joven en las Escuelas Abiertas de Verano	102
-Mesa Provincial de Promoción, Protección Integral de Niñez y Adolescencia	102
<b>3.9 La espiritualidad como determinante de salud</b>	103
<b>3.10 El rol social empresario y la responsabilidad gremial</b>	109
<b>3.11 Jóvenes en riesgo: mitos y realidades</b>	112
- Seguro de Empleo	114
- Deporte y Salud: Escuela de Box “Entrená tu potencial”	115
- La familia: “De padres individualmente buenos a padres socialmente responsables”	115
<b>3.12 El consumo desde la perspectiva de género.</b>	116
<b>4. Trazos gruesos para seguir avanzando</b>	121
<b>5. Anexo - Legislación</b>	127
<b>6. Anexo - Registro fotográfico</b>	130
<b>7. Bibliografía</b>	137



## Agradecimientos:

*Agradecemos a todos los miembros de la Subsecretaría, los Coordinadores Regionales y trabajadores de la Red, por el compromiso y la tarea realizada en permanente superación y muy especialmente a los siguientes colaboradores que han sido parte importante de los logros alcanzados:*

*Mauricio González, Luis Straccia, María Esther Maiztegui, Sergio Eguizabal, Milvie Stempels, Analía Cores, Rosaura León, Claudia Saavedra, Cinthia Ramaciotti, Guillermo Devida, Gabriela Furnari, Julieta Odone, Magdalena Grau, Andrea Vicente, Oscar Molteni, Viviana Villa, Santiago Sanguinetti, Laura Sanguinetti, Andrea González, Viviana Caleghi, Nancy Maneiro y Stella Maris González.*

*Fueron de gran significación los aportes y actividades de capacitación de la OPS, el acompañamiento y el apoyo del Dr. Hugo Cohen; de la Dra. María Silvia Villaverde, la Dra. María Graciela Iglesias, el Lic. Leonardo Gorbacz, la Dra. Graciela Natella, la Lic. Mercedes Rattagan, el Dr. Carlos Bonicatto, la Dra. Cecilia López Santi, la Lic. Natalia Brunengo y los eclesiásticos, Padre "Pepe" Di Paola y Padre "Bachi" Basilio Brites.*

*Nuestro reconocimiento a todos los miembros del gabinete del Ministerio de Salud, a Daniela Girotti, Juan Manuel Colliá y María Marta San Martín, por la colaboración permanente y un especial agradecimiento al Secretario de Niñez Dr. Pablo Navarro y al Ministro de Trabajo Dr. Oscar Cuartango por el apoyo incondicional.*



# Prólogo

*En el año 2012 y por iniciativa del Sr. Gobernador de la Provincia de Buenos Aires, dimos el primer paso de un camino que comenzamos a recorrer juntos: reincorporar la Subsecretaría de Atención a las Adicciones a la esfera del Ministerio de Salud asumiendo que el consumo problemático de drogas es un problema de salud que debe ser abordado de manera integral.*



*Un año después, consolidamos y profundizamos la integración de los campos de las adicciones y la salud mental, que instituimos con la creación de la Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones.*

*Tomamos la responsabilidad de generar una política de salud mental, sobre la base de la restitución de derechos y a favor de la inclusión social siguiendo los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y la Ley Provincial 14.580 que adhiere a la misma, buscando alcanzar mejores intervenciones para todos los habitantes de la Provincia de Buenos Aires.*

*En este marco, caminamos la Provincia buscando acuerdos con comunidades y gobiernos locales, para construir las bases necesarias para la reforma, que pone en el centro de la escena a las personas, empezando un camino de cambios profundos para dejar atrás las prácticas ligadas al encierro.*

*Nuestro esfuerzo tuvo como principal objetivo, dar lugar a instituciones y prácticas sanitarias participativas, de carácter integral y con base en la comunidad. Tomamos del gran médico sanitarista, Ramón Carrillo la consigna que expresa que: "Todos los hombres tienen igual derecho a la vida y a la salud" y actuamos para que eso sea posible en la Provincia.*

*Sobre estas bases y la experiencia de gestión, buscamos que la salud, y con ella la salud mental, sea un parámetro de justicia social y un factor de desarrollo para todos los bonaerenses.*

**Dr. Alejandro Collia**

Ministro de Salud Provincia de Buenos Aires



*En los últimos años la salud mental ha provocado una escalada de debates que se vieron reflejados en distintos frentes, no sólo el académico sino en el campo político y social, algunos con implicancias ideológicas, otras de carácter sanitario o jurídico. A pesar que dichas discusiones no se han agotado, han construido el telón de fondo que condicionaron y enriquecieron nuestro mandato.*



*Se hace difícil transmitir las vivencias que una gestión produce; la desazón por la resistencia a los cambios, cancelada rápidamente ante el entusiasmo que ofrecieron distintos actores e instituciones soñando con ser partícipes de las transformaciones, fueron los claroscuros que pintaron nuestro acontecer cotidiano.*

*Por eso lo que comenzó como un informe de gestión, necesario para cerrar el ciclo (aunque el proceso de cambios sigue abierto) se transformó en algo más, en una producción dónde también volcar junto a lo hecho, percepciones y sentimientos.*

*De este modo lo que se presenta no pretende constituirse en un corpus teórico o estadístico, ni monopolizar la discusión sobre el problema de la salud mental, sólo mostrar con la simpleza de los que se ocupan cotidianamente de los que sufren algún padecimiento mental, lo mucho trabajado.*

*Hemos recorrido un camino plagado de desafíos, con el compromiso y la convicción de nuestra identidad política y con el ideario de Ramón Carrillo.*

*Reconocimos la limitación de nuestras prácticas y la imperiosa necesidad de enriquecerlas y modificarlas. Convocamos para eso a distintas líneas de pensamientos y saberes. Generamos escenarios intentando hacer realidad el consenso.*

*Así es como logramos concretar el mandato del Gobernador Daniel Scioli y del Ministro de Salud Dr. Alejandro F. Collia, posicionando las adicciones como un problema de salud, y la salud mental como parte indisoluble de la política sanitaria.*

*Esto hechos fueron el encuadre de nuestras acciones: la mayor presencia del Estado en la restitución de derechos; la integración del problema de adicciones con la salud mental y la territorialidad de las prácticas, no como concepto geográfico sino como parámetro de equidad y de inclusión.*

*Con una fuerte decisión política, asumimos el compromiso de reforma planteada por la Ley 26.657 convalidando el mismo con una Ley provincial.*

*Con el Consenso como herramienta de construcción, recorrimos la Provincia de Buenos Aires, apoyados en profundas y democráticas discusiones entre los diferentes actores del campo de la salud, sumando voluntades con el resto de los profesionales del sistema, en los hospitales generales, con los secretarios de salud, con los intendentes y las organizaciones de la comunidad a nuestra propuesta.*

*Allí planteamos la connotación de integralidad que conlleva el respeto de los derechos de las personas que padecen, que no pueden existir abordajes disciplinarios autónomos si pretendemos respuestas éticas y sustentables, las que requiere de perspectivas y saberes articulados.*

*Esta definición puso en discusión el capital humano con que contamos para llevar adelante esta propuesta. Conformamos por eso una red provincial de Universidades comprometidas en la formación de futuros profesionales en un nuevo enfoque.*

*Convocamos iglesias y gremios, docentes, agentes, artistas y deportistas, pusimos en movimiento a toda las personas cuanto pudimos, lo que nos queda será sedimentar y no parar de participar desde el lugar que nos toque...*

**Dr. Carlos L. Sanguinetti**

Subsecretario de Salud Mental y Atención a las Adicciones

# 1. Nuevos escenarios

## ¿Epidemia, Endemia o Pandemia?

La Salud Mental en la Argentina considerada durante mucho tiempo una cuestión menor dentro de las políticas públicas, adquiere en los últimos años visibilidad como problema, logrando mayor protagonismo a partir de algunos hechos significativos. La creación de ámbitos gubernamentales dedicados a la materia y particularmente la sanción en el año 2010 de la Ley Nacional N° 26.657 de Derecho a la Protección de Salud Mental (en adelante Ley Nacional de Salud Mental) y con posterioridad su ratificación en la Provincia de Buenos Aires mediante la Ley 14.580, pone en evidencia el nuevo rumbo de la política en la materia, que además dispone la protección de los derechos de aquellos ciudadanos con problemas en el uso de drogas legales e ilegales.

En la Provincia de Buenos Aires y acorde con la política Nacional de Salud Mental, está en marcha el proceso de desmanicomialización, que se viene llevando a cabo en todo el mundo y que registra antecedentes en la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1990), en los Principios de Brasilia (OPS, 2005) y en el Consenso de Panamá (OPS, 2010).

Aun así, un examen crítico de la situación en el país en general y en la Provincia de Buenos Aires en particular, revela una serie de problemas a resolver, relacionados a la persistencia de establecimientos de internaciones crónicas, inadecuadas desde el punto de vista sanitario y de los Derechos Humanos.

Se reconoce además, la persistencia de un sistema de información imperfecto, el arraigo de prácticas que no responden al enfoque de Atención Primaria, la inestabilidad de las redes asistenciales y de soporte social y la escasez de proyectos de recambio curricular y de formación, que garanticen los conocimientos pertinentes a la nueva estrategia.

Pero con todo, el compromiso está asumido y el camino diseñado para ir concretando los cambios planteados.

La salud mental, no puede separarse del concepto de salud aunque operativamente se especifique, tampoco existe una única significación o definición que la explique.

De todas formas adoptamos lo que la OMS plantea al representarla como el "estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad." (Organización Mundial de la Salud: 2013)

La problemática de salud mental se expresa a partir de una serie de trastornos mentales y conductuales que figuran en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos, décima revisión (CIE-10). "Entre ellos se incluyen trastornos con una alta carga de morbilidad, como la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad, la demencia, los trastornos por abuso de sustancias, las discapacidades intelectuales y los trastornos conductuales y del desarrollo que suelen iniciarse en la infancia y la adolescencia, incluido el autismo".

(Organización Mundial de la Salud: 2013)

**"Los trastornos neurológicos y mentales representan en Latinoamérica y el Caribe el 22,2 % de la carga global de enfermedad"**

**... "se estima que la depresión que ocupa un segundo lugar como causa de discapacidad, va a ocupar el primer lugar en los próximos 25 años"**

(OPS 2009)

Mas allá de las dificultades que aún existen en la obtención de la información sobre el estado de salud-enfermedad-atención de los padecimientos mentales, los registros existentes del sistema de salud provincial, observaciones de expertos y algunas investigaciones provinciales, nacionales e internacionales confirman que dichos padecimientos serán en los próximos años los problemas prevalentes y de mayor demanda de atención en el sistema de salud.

Así también lo expone la OPS cuando anuncia que la prevención, atención y rehabilitación de los trastornos mentales constituyen un problema cada vez mayor para la salud pública en América Latina y el Caribe.

(Organización Panamericana de la Salud: 2009) Esto hace pensar que los padecimientos mentales (que

incluyen a las adicciones) se han convertido en una epidemia, o pandemia si tenemos en cuenta que se está dando en simultaneo en varios países, con el riesgo de transformarse en una endemia, porque vino para quedarse si no intervinimos fuertemente sobre el problema.

Sin embargo, el desarrollo en el sistema asistencial para responder con calidad a dicha situación, todavía es limitado. En los llamados “países desarrollados” entre el 35 % y el 50 % de las personas que requieren atención en salud mental no la reciben, mientras que en los países llamados “en vías de desarrollo”, esta cifra asciende a valores de entre el 76 %, y el 85 % (Organización Panamericana de la Salud: 2009).

Son pocos los estudios epidemiológicos en salud mental y adicciones en nuestro país, pues la mayoría de los datos con respecto a la frecuencia y distribución de estos trastornos se obtienen de las estadísticas hospitalarias y de los registros de salud y seguridad social, sean públicos o privados. (Saforcada, E.; de Lellis, M.; Martínez Calle, S.: 2011)

Según datos del Ministerio de Salud de la Nación, **la proporción de egresos por padecimientos mentales y trastornos del comportamiento ronda en el país entre el 2% y el 2,5%** en el período comprendido entre el 2005 al 2010 en relación al total.

Su evolución muestra los valores más altos en los años 2007 y 2008 en los que se fija en 2,5%, para luego descender en el 2010 a 2,2%. En el caso de la región Centro (que incluye a la provincia de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe), los valores se ajustan significativamente al promedio nacional, mostrando cifras similares a partir del 2006.

Si se considera la edad y el género de los egresos, se señala que el mayor caudal se concentra entre los 15 y los 54 años, donde los varones superan a las mujeres en un promedio de 2 a 3 puntos porcentuales. Esa diferencia se multiplica si se consideran los egresos por consumos de psicotrópicos rondando los 6 puntos porcentuales.

Si se comparan los egresos por trastornos mentales y del comportamiento en el interior de la región Centro, se observa que la provincia de Buenos Aires muestra la performance más baja (de 2,2% en el 2005; 2,5% en 2007 y 2008 a 1,9% hacia el 2010) por debajo del resto de las jurisdicciones que componen la región centro. (Dirección de Salud Mental y Adicciones – Ministerio de Salud de la Nación: 2013)

#### **- Datos Bonaerenses**

Según el *Boletín Epidemiológico Provincial* del 2014, los días de estada hospitalaria por causas de trastornos mentales y del comportamiento, son en su mayoría

los relacionados a la categoría que engloba "delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos", llegando a una media de 1.806 días. En segundo lugar se encuentran los casos de "esquizofrenia y otros trastornos psicóticos" con 279 días de estada promedio. (Dirección de Atención Primaria de la Salud – Dirección de Epidemiología: 2014)

El mismo boletín muestra la distribución etaria de suicidios, con una mayor cantidad de casos en los grupos que van de 15 a 34 años en el período computado (2012 y 2013).

Los datos obtenidos sobre el consumo de sustancias durante los años 2005, 2009 y 2013, muestran que algunos han disminuido como es el caso del tabaco, puesto que la población fumadora mayor de 18 años pasó de ser el 33,4%, en el año 2005 al 26% en el año 2013. Como contraparte, el consumo regular de riesgo<sup>1</sup> de alcohol aumentó, pasando del 9% en el año 2005 al 10% en el 2013. (Dirección de Atención Primaria de la Salud – Dirección de Epidemiología: 2014)

Desde el **Observatorio sobre uso de sustancias Psicoactivas de la Subsecretaría de Salud Mental y Atención de las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires**, se han realizado diversos estudios para avanzar en una caracterización general del consumo de sustancias psicoactivas.

#### Primer consumo de sustancias antes de los 16 años

cerveza	58 %
vino	41 %
tabaco	34 %
bebidas fuertes	29 %
alcohol + energiz.	22 %
marihuana	8 %
pastillas	2 %
cocaína	1 %
acido	1 %

Encuesta Ingresantes U.N.L.P. 2013 - SADA

**El Estudio sobre Percepciones, Valoraciones y Prácticas de consumo** realizado a ingresantes de la Universidad Nacional de La Plata en el año 2013 (2969 casos) arroja datos significativos. En el mismo se observó la precocidad de ciertos usos, dado que antes de los 16 años, el 58% manifestó haber probado cerveza, el 41% vino y el 29% bebida fuerte y en el caso del tabaco un 34% manifestó haber fumado. Entre las sustancias ilegales, la marihuana encabeza este ranking, al ser probada de manera precoz por el 8% de los entrevistados.

El trabajo realizado desde la Subsecretaría sobre **Prácticas de consumo y percepciones asociadas en estudiantes se-**

<sup>1</sup> Consumo regular de riesgo, es aquel definido como el consumo de más de 1 trago promedio por día en mujeres y 2 tragos promedio por día en varones.

### Datos de la Encuesta a estudiantes secundarios de la Provincia de Buenos Aires -2014

El **75 %** de los estudiantes que consumieron cerveza alguna vez, probaron antes de los 15 años

El **60 %** de los jóvenes hacen "previas" con sus amigos/as

El **90 %** de estos jóvenes hacen "previas" en una casa

Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones - Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

**Secundarios** (14.000 jóvenes de 15 a 17 años de 500 cursos) mostró que el 28% de los entrevistados consumió cigarrillos en el último año, el 52% bebida fuerte, el 18% marihuana y el 2% cocaína. Mientras que el consumo de alcohol se centra en los fines de semana (en el último mes el 55% dice haberlo consumido "sólo los fines de semana"), tanto el cigarrillo (45%), como la marihuana (35%) son consumidos "cualquier día de la semana". El consumo de alcohol aparece con precocidad, el 75% de los que probaron cerveza, lo hicieron antes de los 15 años, entre quienes probaron tabaco y marihuana, este valor alcanza el 50% y el 71,5% respectivamente.

Respecto de la pregunta sobre las preferencias en cuanto a las actividades nocturnas que realizan el fin de semana, aparecen las reuniones en casas particulares (46%) y la salida a bares y/o "boliches" (36%) como las principales mencionadas. En un 60.5% estos jóvenes hacen "previas" con sus amigos, en un 90% en una casa, el 6.5% lo hace en la calle y el 1 % en la puerta de un boliche. Consultados sobre qué prefieren hacer "en la previa", las respuestas más mencionadas fueron: charlar con amigos (35%) y tomar alcohol (31.5 %).

El Observatorio realiza además, informes trimestrales sobre la población atendida en la Red de Atención dependiente de la Subsecretaría de donde surgen datos significativos para el diseño de las políticas públicas orientadas al tratamiento de la problemática por abuso de sustancias.

Respecto de esta población los datos relevados permiten definir un perfil de las personas que consultan. Si se consideran los registros entre 2010 y 2014 se comprueba que el 83% son varones, el 80% son mayores de edad, el 71% son solteros y sólo el 16% posee obra social. También se consigna que casi la mitad de los atendidos (49%) tiene hijos y el motivo más señalado como causal del consumo es el de los "conflictos familiares".

La “droga de inicio” más mencionada entre esta población fue la marihuana (45%), seguida por el alcohol (29%) y la cocaína (11,5%). Hay que destacar lo engañosa que puede resultar la información respecto del consumo de alcohol por la naturalización con que es tratado, que conlleva a no reconocerlo como “droga de inicio”.

En el caso de la “droga principal” (la que motiva el tratamiento) el orden se modifica: en primer término aparece la cocaína (31%), luego el alcohol (25%) y en tercer lugar la marihuana (24,8%), confirmando que el alcohol y la cocaína son las drogas con las que los pacientes establecen relaciones más problemáticas.

## 1.2 Las nuevas sociedades

Comprender la situación actual en torno a la problemática de la salud mental requiere situarla y contextualizarla en los grandes cambios que vienen experimentando nuestras sociedades. La dialéctica entre lo micro y lo macro hace que lo uno no pueda comprenderse satisfactoriamente sin lo otro.



El capitalismo del último cuarto del siglo XX se orientó por las prerrogativas del ideal neoliberal, por el cual el Estado debía concentrarse en favorecer el desarrollo del mercado y la libertad de empresa, y desligarse en paralelo del resguardo de aquellos derechos sociales que se habían extendido en las décadas precedentes.

La implantación y generalización de esta lógica a nivel global generó sociedades cada vez más desiguales incluyendo el empobrecimiento de grandes porciones de la población. <sup>2</sup> (Harvey: 2005)

<sup>2</sup> Como bien lo demuestra David Harvey en su Breve historia de neoliberalismo (2005), resulta claro de qué manera el neoliberalismo se constituye en la estrategia privilegiada por los sectores empresariales concentrados del capitalismo moderno.

En lo que va del actual siglo, el neoliberalismo aunque vigente, ya no constituye el único discurso. Desde los primeros años del nuevo milenio, en América Latina comienza un proceso de discusión y de interpelación al "pensamiento único" planteado por dicha ideología, que se fue debilitando de algún modo también en muchos países centrales, por las crisis estructurales que atravesaron.

Si bien parece estar desandándose parte de ese camino, las secuelas del fundamentalismo del libre mercado dejaron una sociedad mucho más vulnerable y frágil de lo que era. Los tejidos sociales se vieron fuertemente dañados; la desigualdad y la pobreza, dramáticas en sí mismas, destruyeron los pilares de la solidaridad social. Lo estrictamente económico se verá acompañado por cambios del orden cultural, lo que en conjunto, implica tener presente una variada serie de modificaciones en las sociedades que conocemos.

#### **- Privatización de la vida social**

El neoliberalismo no es sólo un conjunto de herramientas económicas, incluye cambios ideológicos y se sostiene, alimenta y potencia con una serie de modificaciones del orden cultural. La privatización de la vida social, la centralidad del individuo y de sus libertades por encima de todo son los valores predominantes de esos tiempos.

El "sálvese quien pueda" –lema por excelencia del individualismo- tiene como correlato la pérdida y la destrucción de las instancias comunitarias de sociabilidad. Una vez más, lo público y lo comunitario pierden terreno sobre lo privado e individual. El abordaje de problemáticas vinculadas a la salud mental y a las adicciones no puede dejar de tener presente estas cuestiones.

Los tiempos posmodernos –y neoliberales- ubican al consumo como rasgo definitorio de las identidades sociales. Mientras que en las sociedades industriales las personas eran lo que hacían, en las actuales parecieran ser lo que consumen. Esta lógica constituye un valor central de estas sociedades y se consolida a partir de una poderosa industria cultural publicitaria que cala en lo más hondo de las identidades de estos tiempos. La lógica consumista se entrelaza y potencia con el individualismo y una nueva lógica del tiempo. El consumo es principalmente individual y la fugacidad del tiempo hace que lo que tengo –lo que compro y consumo- caduque casi inmediatamente, desvaneciéndose rápidamente tras el anhelo de lo nuevo.



### 1.3 Sucesos Argentinos

En nuestro país, la lógica neoliberal comienza a instalarse con crudeza a partir de la dictadura cívico-militar iniciada en el año 1976, en un proceso que alcanza sus rasgos más agudos durante la década de los años 90.

Como es sabido, dicha dictadura, tuvo entre sus objetivos centrales la institución de un orden económico que estuviera en sintonía con los anhelos de los sectores más concentrados de la economía, lo que inevitablemente condujo a un fuerte y prolongado proceso de incremento de la desigualdad social. Este modelo, que no logró ser del todo sustituido con el regreso de la democracia, se vio especialmente potenciado durante los gobiernos de los años noventa.

El estallido de diciembre de 2001, da inicio a un proceso que a partir del año 2003 comienza a revertir algunos de los principales lineamientos del modelo neoliberal. Pese a la mejoría que han mostrado muchos de los indicadores sociales vinculados a la pobreza y la desigualdad, el deterioro del tejido social resultante de aquel modelo aun es desfavorable, ya que siempre es más sencillo destruir que (re) construir.

Resulta esencial tener en cuenta la dimensión del deterioro social que afectó a grandes segmentos de nuestra sociedad para poder abordar las prolemáticas vinculadas a la salud en general, y a la salud mental en particular, evitando caer en la tentación de soluciones mágicas y efectistas o en la pronta desazón y desencanto.

#### - Cambios culturales

Tanto Argentina como buena parte de América Latina, se encuentra embarcadas en nuevos rumbos, con la intención de poder desandar la lógica neoliberal. En nuestro país, luego de la profunda crisis, se abrieron en la última década, debates de gran significancia que implicaron la (re) discusión de la historia y la recuperación de la política. En efecto, la disyuntiva entre lo público y lo privado,

entre Estado y Mercado, son tópicos que se han puesto en cuestión en estos nuevos tiempos.

Por un lado existe una apelación a la reivindicación de lo público, de lo comunitario. Circula un nuevo mensaje que ya no sacraliza las virtudes de lo privado y lo individual, ponderando en cambio la pertenencia a lo colectivo. Al mismo tiempo, la política y lo político aparecen resignificados, como prácticas imprescindibles a partir de las cuales los ciudadanos son involucrados en el tratamiento y la resolución de los asuntos públicos. En definitiva, el Estado (re) asume una serie de deberes y compromisos que lo re posiciona en el escenario social.

## 1.4 La Salud Mental en Argentina

Las políticas en relación a la salud mental y a las adicciones tanto en la Provincia de Buenos Aires como en el resto del país han recorrido un sinuoso camino marcado desde sus inicios por una variable represiva y de aislamiento. Si nos remontamos a los orígenes de la formación del Estado Nacional, entre 1850 y 1910, los problemas de salud mental se abordaban desde un dispositivo psiquiátrico de encierro, amparado desde una perspectiva denominada "alienismo". Desde este paradigma positivista el "loco" era peligroso y por eso había que encerrarlo. Fue en esos años cuando se construyeron los primeros hospicios y se organizaron las primeras cátedras de psiquiatría.

En 1854 se crea el Hospicio de Mujeres, hoy "Braulio Moyano" y en 1863 el de Hombres, actualmente Hospital "José T. Borda", en la ciudad de Buenos Aires.

"En Argentina, durante la época colonial (desde fines del 1700 hasta 1816) los locos eran llevados a la cárcel del Cabildo, sobre todo los que constituían algún peligro; otros, vagaban por las calles. En 1799 los "convalecientes, incurables, locos y contagiosos", ocupaban dos ranchos aparte, contiguos al edificio del hospital; el de locos e incurables... era un depósito de maníacos y dementes..."

José Ingenieros



Htal Open Door Archivo General de la Nación  
Dpto. Doc. Fotográficos. Buenos Aires. Argentina.



**Colonia Nacional de Alienados D. Cabred**  
Archivo General de la Nación Dpto.  
Doc. Fotográficos. Bs As. Argentina.

Frente a la cantidad de internados "psiquiátricos", en 1897 se presenta un proyecto legislativo para la construcción de una colonia en las afueras de la ciudad. El Dr. Domingo Cabred, tomando en consideración las nuevas tendencias en el abordaje psiquiátrico (higienismo), crea la Colonia Nacional de Alienados Open Door, en 1899.

Esta fue la primera colonia rural de puertas abiertas. Tenía como objetivo la reintegración social del "alienado", por medio del tratamiento "moral": "Se inició como una colonia para la producción agrícola en gran escala. Sus primeros pacientes entraron en medio de la ejecución de obras, y se incorporaron a la construcción de las mismas como albañiles, herreros y carpinteros. Los enfermos trabajaban cada cual en lo que sabía. De este modo, se fueron poniendo en marcha actividades laborales, entre ellas fabricación

de pan y de jabón para el uso interno, la de la ropa para los pacientes, un taller de fundición, otro de hojalatería etc.

También existía un tambo para cubrir las necesidades diarias, un criadero de cerdos, otro de aves. Un campo de 535 hectáreas, que fueron adquiridas no sólo para dar a los enfermos sensación de libertad y aire libre, sino por sobre todo para intentar un retorno a la normalidad, a través de la más sana distracción y terapia a la vez: el trabajo." (Falcone, R.: s/f : 10)

En 1906, Cabred crea la Dirección de la Comisión de Asilos y Hospitales Regionales, generándose en las décadas siguientes un período de transición que pone en discusión las políticas alienistas en torno a la lógica manicomial.

Las transformaciones sociales producidas en ese período van a promover cambios en los paradigmas sanitarios dando lugar a las corrientes higienistas en Argentina. La "Liga de Higiene" intenta modernizar los tratamientos para personas con padecimientos mentales, partiendo de la concepción de la psiquiatría moderna, en un proyecto que trasciende las fronteras de nuestro país. Uno de sus objetivos primordiales era la profilaxis de enfermedades mentales, pero también

el desarrollo de la asistencia psiquiátrica abierta, en oposición al modelo de internación o asilar. Esta corriente propone un modelo científico en el tratamiento de la salud mental, poniendo en evidencia la insolvencia de las Sociedades de Beneficencia que hasta entonces habían intervenido en las instituciones asilares. La idea fue evitar el tratamiento asilar cerrado, con prácticas hospitalarias abiertas, servicios de asistentes sociales y apertura de consultorios externos. Como afirma Stolkiner (2003), estos cuestionamientos no lograron modificar el principio de reclusión. Va a ser luego de la Segunda Guerra Mundial cuando confluirán distintos factores que darán comienzo a las transformaciones nodales en los modelos de asistencia.

A partir de 1946, los cambios promovidos por el gobierno peronista impactan fuertemente en el desarrollo de las políticas sociales. Se produce un salto importante en materia de salud pública y el Estado se impone como actor planificador y prestador de servicios de salud, una tendencia gestada desde 1943, cuando es creada la Dirección Nacional de Salud Pública, dependiente del Ministerio del Interior. Al constituirse la Secretaría de Salud Pública,- luego devenida en Ministerio- y con la asunción del Dr. Ramón Carrillo como Ministro, la política de salud pasa a ser considerada como un deber del Estado y un derecho para con los ciudadanos.

La gestión de Carrillo se distingue por un sólido predominio de la posición internista, por la que se prefería mantener a los pacientes en los hospitales. En Salud Mental reformula la organización de los hospicios en pabellones e inaugura nuevos lugares de atención, promoviendo lo que llamo "psiquiatría preventiva", y abogando por la desaparición de los hospicios y asilos por considerarlos anacrónicos "depósitos de enfermos y reducidos humanos". (Carrillo, R.: 1950)

En paralelo, a finales de la Segunda Guerra Mundial, la mitad de las camas de internación en el mundo eran psiquiátricas. En busca de disminuir esos costos se impulsa entonces el proceso de transformación del or-



**Colonia Nacional de Alienados Domingo Cabred**  
Archivo General de la Nación  
Dpto. Doc. Fotográficos. Buenos Aires. Argentina.

“ La intervención filantrópica tendrá una fuerte ingerencia en el abordaje de la salud mental hasta el gobierno peronista, momento en que los hospitales y los hospicios que dependen de las instituciones religiosas y de beneficencia pasan a funcionar bajo la administración del Estado. ”

Mendoza, M. 2009

den manicomial, promovido por el denominado *Movimiento de Salud Mental* en los países centrales capitalistas, corriente de pensamiento encuadrada en la perspectiva keynesiana del Estado de Bienestar. Este Movimiento, que planteaba suprimir la internación prolongada sostenida en el desarrollo de la farmacología supresora del síntoma, alentó formas de asistencia centradas en la comunidad.

En el año 1953 la OMS recomienda la transformación de todos los hospitales psiquiátricos, dando lugar al surgimiento de las comunidades terapéuticas en algunos países como Inglaterra, EEUU, Francia e Italia, país donde se inicia la llamada psiquiatría democrática liderada por Franco Basaglia. Por esos años (1957) Argentina crea el Instituto Nacional de Salud Mental, cuyos objetivos eran prevenir las enfermedades neuropsiquiátricas, promover la investigación científica y prestar asistencia integral, recuperación y rehabilitación

social de los enfermos. Se funda también el primer Servicio de Psicopatología en el Hospital General de Lanús, y se crea la carrera de Psicología en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Nacional de Buenos Aires. El documento fundacional del Instituto, tuvo en cuenta las recomendaciones de la OMS priorizando las comunidades terapéuticas como dispositivo de atención y la creación de Servicios de Psicopatología en Hospitales Generales y centros periféricos de Salud Mental, constituyendo lo que se llamo el “Plan Goldemberg”. Estas políticas configuraron una nueva tendencia en el campo de la psiquiatría, la psiquiatría social, que en su espíritu se aproxima al paradigma que guía actualmente la Ley de Salud Mental en Argentina.

El concepto “Salud Mental” reemplaza al de “Higiene Mental” y el padecimiento mental, comienza a ser pensado desde la salud, reforzando las políticas de promoción y prevención y abordando los procesos de salud-enfermedad como fenómenos sociales y colectivos.

Con el advenimiento de la dictadura cívico- militar de 1976-83 se produce un retroceso de los avances que se habían alcanzado, los servicios son rápidamente intervenidos así como otras tantas instituciones sociales y de salud en sintonía con todo el plan genocida.

Con la vuelta a la democracia, se instalan nuevamente los debates en los

colectivos profesionales sobre la “desmanicomialización” generados por la creación de programas participativos nacionales, cambiando los modelos de abordaje que, aunque se trasladaron a experiencias puntuales, no extensibles, provocaron una disminución de las internaciones y otras alternativas de tratamiento. Se renueva entonces el propósito reparador de la política sanitaria, con algunas experiencias desde la perspectiva de Atención Primaria en Salud, que se fueron agotando rápidamente por la ambigüedad en las decisiones políticas y la falta de presupuestos adecuados.

Este proceso de transformación en la política de Salud Mental comienza a desarticularse por la determinación de las políticas neoliberales en el país, que derivó en la descentralización de los servicios públicos de salud y el desmantelamiento del área. El pasaje de los programas, de hospitales psiquiátricos y colonias a la órbita de las provincias y a la municipalidad de Buenos Aires (1991) dio lugar a fuertes disparidades y a proyectos diversos y fragmentarios en cada lugar. (Faraone, S.; Valero, A.; Bianchi, E.; Mantilla, J.; Tamburrino, C.: 2009)

Las políticas en relación a las adicciones en Argentina, también estuvieron marcadas por variables represivas en sus orígenes, a las que se sumaron propuestas abstencionistas en consonancia con corrientes que suponen a la sustancia (el objeto droga) como *causa* suficiente de la “toxicomanía”.

Durante un tiempo considerable, la atención de los denominados pacientes “toxicómanos” estuvo hegemonizada por una concepción que – aún con sus variantes – encontraba un común denominador en el tipo de intervención cuya eficacia se creía, era el resultado de los impedimentos creados para obstaculizar el acceso del sujeto al objeto de su adicción.

Las iniciativas adoptaron en general el nombre de *Programas libres de drogas*, en la medida en que se entendía como objetivo central de la intervención la eliminación de las mismas. La meta del tratamiento consistía en la supresión de la droga de su campo de acción: la persona. Por extensión, este intento no tardó en ampliarse al conjunto de la sociedad, gestándose de esta manera la asociación entre el tratamiento del enfermo y la *guerra contra las drogas* que las sociedades emprendieron. Desde esta concepción, la *abstinencia* era el objetivo a lograr. Se asentaba fundamentalmente en tratamientos de largas internaciones en comunidades terapéuticas, donde la lógica de

La “Guerra contra las Drogas” tradujo un pensamiento militarista del consumo.

La actual política de Salud mental sitúa a las adicciones como problema de Salud Pública.

respuestas estaban ligadas al aislamiento, con métodos extrapolados de otras culturas, de otros países (EE.UU. e Inglaterra principalmente) y en un marco jurídico, político y social que tendió a invisibilizar la problemática como problema de salud.

En este marco se sanciona en 1989 la Ley Nacional 23.737 sobre la tenencia y tráfico de estupefacientes con modificaciones del Código Penal. En el mismo año y en esa línea se crea la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, dependiente de la Presidencia de la Nación, con las funciones de controlar la oferta y la demanda de drogas en la Argentina.

Finalmente, el Decreto N° 48/2014 transfiere recientemente los objetivos y facultades relativos a la lucha contra el narcotráfico, desde la SEDRONAR a la órbita del Ministerio de Seguridad de la Nación, continuando en la actualidad sólo con las actividades de asistencia a los consumidores de drogas.

#### **- La Salud Mental en la Provincia de Buenos Aires**

El Gobierno de la Provincia de Buenos Aires a través de la Resolución N° 001832 del Ministerio de Salud, pone en marcha en 1999 el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA), para pacientes de los hospitales psiquiátricos. El documento señala como propósito "la externación y reinserción social de pacientes de mediana y larga internación a través de la promoción, organización e instauración de dispositivos alternativos de atención, a desarrollarse en la comunidad, adecuados a los recursos de salud existentes en la misma. Esto requiere transformaciones en la prácticas de los distintos sectores involucrados, para lo cual se implementarán acciones de capacitación". El Programa consideró la transferencia de fondos y recursos de las instituciones psiquiátricas a la comunidad constituyéndose en antecedente insoslayable en la elaboración de la Nueva Ley Nacional de Salud Mental.

Antes, en el año 1993 se había creado la Secretaría de Prevención y Asistencia a las Adicciones, y con ella se pone en marcha una estructura pública y gratuita destinada a la atención del alcoholismo y la drogadicción. Los ejes de trabajo propuestos fueron la prevención de la demanda, el control de la oferta y la asistencia al enfermo. La adicción a las drogas fue considerada una enfermedad crónica, por lo que la estrategia de tratamiento se convirtió en "una lucha diaria hasta el fin de los días".

En el año 1993 se crea la Secretaría de Prevención y Asistencia a las Adicciones, y con ella se pone en marcha la mayor estructura pública y gratuita destinada al tratamiento del consumo problemático de sustancias de Latinoamérica.

La oferta preventivo-asistencial (constituida por dos perfiles de equipos diferenciados) se estableció a partir de una distribución territorial que incluyó el agrupamiento de los servicios en función de las Regiones Judiciales. Los mismos contaban con tratamientos ambulatorios en Consultorios Externos, Hospital de Día y Comunidades Terapéuticas.

Esta lógica de funcionamiento sostenida hasta el año 2002, se modificó cuando la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones, pasó a ser una Subsecretaría dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Se presentó entonces un Plan Provincial de Atención a las Adicciones que incluyó el armado de una Red de Servicios Públicos con una estrategia de naturaleza socio-sanitaria. Cambia por lo tanto el enfoque de abordaje, al ser considerados para la intervención, la fragmentación social y los contextos en que se desenvuelven los pacientes. Las adicciones son definidas como patología social y los objetivos van a estar orientados no sólo a la cobertura de servicios, sino al aumento de los factores de protección social. En ese marco si bien los abordajes reflejaron una perspectiva bio-médico-social, la sustancia continuó siendo el eje y centro de atención, y la abstinencia, el resultado esperado.

A partir del año 2008, se inicia en la Argentina un proceso de transformación en las políticas de abordaje del consumo problemático de sustancias, resultante de una perspectiva social y sanitaria que restablece las competencias de los diferentes ministerios desde un enfoque de derechos y promoción de ciudadanía.

A partir del año 2008, se profundiza en la Argentina el proceso de transformación en las políticas de salud mental y el abordaje del consumo problemático de sustancias, resultante de una perspectiva social y sanitaria que restablece las competencias de los diferentes ministerios desde un enfoque de derechos y promoción de ciudadanía.

Las prácticas hasta este momento vigentes, son interpeladas en sus aspectos culturales, sociales y políticos llevando necesariamente a un replanteamiento de las intervenciones que va a desplazar el eje de los tratamientos: de las sustancias, a las personas, en tanto sujetos de derechos. En ese marco con la intención de acentuar la vertiente social del fenómeno de las adicciones, en el año 2009 la Subsecretaría pasa a formar parte del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Buenos Aires.

Con la sanción de la Ley 26.657 en el 2010, que instala la perspectiva de Derechos como marco general, la asistencia de las personas con padecimiento mental así como de aquellas con consumo problemático de sustancias, pasa a ser considerada el centro de las intervenciones de equipos interdisciplinarios, con

una perspectiva intersectorial de trabajo para la inclusión social.

De ese modo, la cartera sanitaria provincial reincorpora en el año 2012 a su estructura, la Subsecretaría de Atención de las Adicciones (previamente asignada al Ministerio de Desarrollo Social) y resuelve, concomitantemente, la inclusión de la Dirección de Salud Mental a la órbita de la misma.

En la actualidad la así conformada **Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones**, se encuentra inmersa en un proceso de construcción y fortalecimiento de políticas en Salud Mental y de Adicciones, con una visión integradora de la problemática, orientada a la Atención Primaria de la Salud como estrategia, integrando disciplinas, normas, servicios y comunidades en función del abordaje conjunto.

Así como se ha profundizado el proceso de territorialización de la asistencia, de modo tal que las respuestas del Estado se sitúen al lado del sujeto que sufre, su familia y la comunidad que lo incluye. Las intervenciones son pensadas como intervenciones puntuales y eventuales dentro de un proceso más amplio de tratamiento y siguiendo los dictados de la ley que apunta a abreviar su duración.

El centro de la acción en política de Salud Mental, es ahora la persona, con sus historias, sus culturas y sus contextos, de modo que las prácticas e intervenciones se generan, se buscan y resuelven en comunidad.

El centro de la acción es ahora la persona, con sus historias, sus culturas y sus contextos, de modo que las prácticas e intervenciones se generan, se buscan y resuelven en comunidad.

## 1.5 El consumo como problema de salud

Bajo la perspectiva de la actual gestión, el consumo problemático de sustancias se constituye como síntoma emergente de cuestiones sociales estructurales; problema de carácter complejo y producto de numerosos determi-

nantes que debemos tener en cuenta a la hora de pensar los modos de intervención. De tal manera, no se pueden imaginar estrategias de atención que no sean multidimensionales, intersectoriales e interdisciplinarias y reparar en los aspectos contextuales y colectivos y no sólo en los individuales.

Como ya se ha mencionado, situar la problemática en nuestro país y en particular en la Provincia de Buenos Aires, supone tener presente las características del modelo social, cultural, político y económico consolidado en Argentina en los distintos períodos históricos que el proyecto popular de la última década intentó reparar con políticas públicas de inclusión y equidad.

Aun así, el impacto de la implementación de las medidas impuestas por ajustes

estructurales previos, está presente en gran cantidad de personas razón por la cual el deterioro en la salud mental y el problema por abuso de sustancias se sostiene en nuestro país y en la provincia.

Los mecanismos de debilitamiento de los derechos sociales universales en función de nuevos modelos de ciudadanía restringida, implicaron la fragmentación de los lazos que tradicionalmente habían constituido identidades comunitarias asociadas al trabajo, y en definitiva, nuevas formas del malestar que se expresan en distintos campos, entre ellos en el padecimiento subjetivo. La comprensión profunda de este proceso que afectó especialmente a los jóvenes y en particular a los jóvenes de las clases populares, es fundamental para entender algunos de los factores que llevaron a muchos a involucrarse en consumos abusivos. En este contexto los mismos vinieron a suplir afiliaciones perdidas (políticas, laborales, sindicales, entre otras) por modelos que exacerbaban el individualismo y que reconfiguraron nuestra sociedad en función de nuevos principios ordenadores.

### 1.5.1 Los paradigmas de abordaje

Desde que el consumo de sustancias se instala como problemática social, ha sido interpretado desde distintas perspectivas: la jurídica, la médico-sanitaria y las socio-culturales. El primero asignó a la sustancia un lugar preponderante en la configuración del problema, dejando a los individuos en un lugar pasivo. El abordaje desde esta perspectiva fue punitivo, con un criterio de legalidad-ilegalidad que decretó la persecución de los consumidores en tanto "delincuentes", direccionando la prevención hacia el control social y el miedo a la sanción. El concepto de "peligrosidad" se instaló entonces como regulador de los diagnósticos, asociados al consumo de sustancias y al delito.

Con el enfoque de Salud Pública sobre consumo de drogas, se busca garantizar que los daños asociados a las intervenciones no sobrepasen los daños de las sustancias mismas.

El modelo médico-sanitario también puso el acento en la sustancia, pero entendida como causa de enfermedad (*modelo causal*). Desde esta perspectiva el consumidor problemático fue percibido como un enfermo, por lo que "curar" la enfermedad, alcanzar la abstinencia y "normalizarlos" pareció ser la única solución al problema.

Según la perspectiva socio-cultural, el eje pasa a ser el contexto, la clave de la in-

terpretación estuvo dada por los procesos macrosociales buscando descubrir los determinantes del problema del consumo. La droga fue entendida ya no como agente causal de enfermedad o delito, sino como instrumento de evasión de una realidad atravesada por la pobreza, la violencia y la desigualdad. Esta perspectiva remitió la prevención al campo de la acción social, en pos de la transformación de las condiciones de vida, pero diluyendo los mecanismos de asistencia sanitaria y olvidando que el sistema de salud adquiere un rol de primera instancia cuando la problemática se hace aguda, crítica y urge preservar la vida del paciente.

Al recuperar el *enfoque de salud pública* se busca garantizar que los daños asociados con las intervenciones de control no sobrepasen los daños de las sustancias mismas. En 2010, el 50° Consejo Directivo de la OPS aprobó una estrategia regional de salud pública para responder a los problemas de salud asociados con el consumo de sustancias psicoactivas en las Américas. Dicho Consejo propuso en el año 2011 un plan de acción para incluir el consumo de estas sustancias como una prioridad de salud pública en los planes nacionales.

## **1.5.2 La mirada integral**

Con el inicio de la actual gestión, el consumo problemático de sustancias es situado y reafirmado como problema que debe abordarse desde la complejidad y multidimensionalidad, apuntando a modificar los determinantes sociales, políticos y ambientales que juegan en la naturaleza de dicho problema.

Si asumimos la salud como la condición que hace que las personas puedan trabajar productivamente y participar activamente de la vida social de la comunidad donde viven; cuestionando las prescripciones normativas y abstractas que guiaron definiciones anteriores; podemos pensar el consumo (abuso) de sustancias como problema de salud especialmente cuando se dificulta y/o obstaculiza la posibilidad de desarrollar lazos con el otro.

La progresiva eliminación de la dicotomía instalada entre salud mental y adicciones que se inicia a partir de la nueva perspectiva, pone marco al abordaje de las adicciones consolidando el enfoque integral, buscando evitar las internaciones compulsivas y prolongadas, el aislamiento y la abstención como parte de los tratamientos que se multiplicaron en la década del 90 en la Provincia de Buenos Aires de la mano de organizaciones privadas con fines de lucro. La búsqueda de la atención integral de las problemáticas de salud mental y de las adicciones y la incorporación del tratamiento como competencia de los cen-

tros asistenciales generales de salud pública, supone una visión que intenta **reducir la brecha en la accesibilidad disminuyendo los niveles de estigmatización**, que se presume, en el imaginario social, sobre el consumidor de drogas.

El enfoque del gobierno de la Provincia de Buenos Aires sobre el uso problemático de sustancias como una cuestión de salud pública nos posiciona en el camino del reconocimiento y la defensa de los derechos humanos de las personas con dichos padecimientos, lo que supone, garantizar la atención en las distintas instancias de la estructura del sistema de salud, al consentimiento informado, al contacto con sus seres queridos, a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad; y al derecho -entre otros- a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado. De ese modo, la gestión pone énfasis en los dispositivos de prevención no específica, con mayor acento en estrategias globales de promoción de la salud, en base a la inclusión social y con implicancias en el desarrollo de alternativas en la calidad de vida comunitaria.

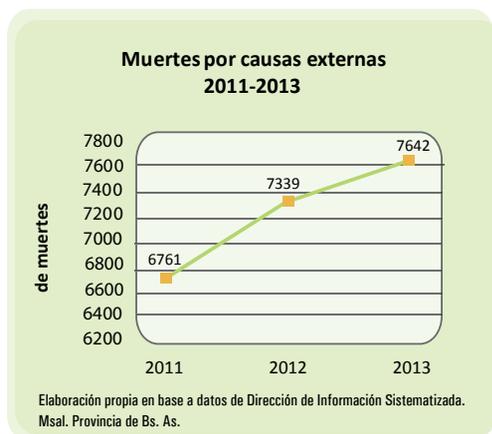
## 1.6 Las violencias como determinantes de enfermedad y muerte

Tal como lo venimos desarrollando, el signo de la época que estamos transitando es la dificultad que representa para los sujetos el lazo con el otro/a en un marco cultural hegemónico por lógicas individuales y mercantilistas; en tiempos de “privatización de la vida”. Decanta entonces la violencia en sus diferentes formas, como el problema social más visible y con consecuencias dramáticas para el conjunto de la sociedad.

En general cuando se habla de violencia se acompaña de una demanda de mayor control social, de mayor punición, de mayor castigo y poder de policía del Estado.

Desde la perspectiva sanitaria, la violencia como fenómeno complejo emergente de raíces históricas, políticas y sociales, no es susceptible de soluciones efectistas sino de un abordaje multidimensional que nos permita dar cuenta de la problemática en toda su complejidad.

En las últimas dos décadas, la mayoría de los países



de América Latina han sido testigo de un incremento en las distintas formas de violencia interpersonal. Al mismo tiempo, asistimos a una transformación en sus manifestaciones: un cambio en las formas de violencia prevalentes desde comienzos de los años 90. Mientras que la violencia política ha decrecido significativamente en nuestra Región, ha sido reemplazada por la violencia social en sus diferentes manifestaciones: violencia interpersonal, violencia de género, abuso sexual, violencia doméstica, en el deporte, entre otras. Estas nuevas formas de violencia están localizadas sobre todo en áreas urbanas y en particular en asentamientos informales. Por otra parte afectan mayormente a las poblaciones carenciadas y particularmente a los adolescentes y jóvenes tanto en el rol de víctimas como de victimarios.

El aumento de denuncias asociadas a experiencia u hechos violentos, subraya su presencia en la vida cotidiana.

### **1.6.1 Muertes violentas en la provincia de Buenos Aires: algunas estadísticas**

Considerando la información elaborada por el Ministerio de Salud sobre causas de muerte y de acuerdo a la CIE X (Clasificación Internacional de Enfermedades 10° revisión), la categoría "muertes por causas externas", que incluye accidentes de transporte, suicidios, agresiones (homicidios), otros accidentes y eventos de intención no determinada, se puede confirmar que durante el período 2008-2012 la mayor cantidad de muertes se relacionaron con accidentes de tránsito y otros accidentes. Entre estas dos categorías sumaron durante todos los años estudiados la mitad de las muertes por causas externas de la Provincia.

Analizando los mismos datos durante el período 2011-2013 se evidencia una tendencia ascendente al predominio de accidentes de transportes y de las categorías *Agresiones (homicidios)* y *Eventos de intención no determinadas*.

Otro informe: "*Violencias y delitos en la provincia de Buenos Aires: un análisis a partir de la estadística oficial*", realizado por El Observatorio de Políticas de Seguridad de la Provincia de Buenos Aires, estableció que los homicidios (otras muertes de causas externas) llamados dolosos habían descendido en la Provincia durante el período 2008 y 2012 (la tasa de homicidios dolosos cada 100 mil habitantes en 2008 fue de 9,6, homicidios, en 2012 fue 7,6 homicidios) mientras que los homicidios culposos fueron aumentando. (Observatorio de Políticas de

Seguridad de la Provincia de Buenos Aires: 2014)

Las muertes violentas, asociadas principalmente a accidentes de tránsito demostraron también en el estudio una tendencia ascendente en dicho período (2008-2012), ubicándose como la principal causa de muerte no asociada a enfermedades en la Provincia.

### **- Evolución de algunos indicadores de violencia interpersonal en la Provincia de Buenos Aires**

Según el mismo informe, los tres indicadores más utilizados para medir la violencia interpersonal presentan aumentos en el período 2009-2012: aumentan las lesiones leves, las tentativas de homicidio y los robos con armas.

Esta categoría que definimos como "violencia interpersonal" es heterogénea ya que reúne situaciones vinculadas a agresiones en el marco de accidentes de tránsito, relaciones de vecindad, riñas, violencia de género, familiar y peleas laborales.

De acuerdo a los datos del Ministerio de Justicia y Seguridad de la Provincia, extraídos de la Estadística Criminal 2011, el 50% de los homicidios del año se produjo con motivo de conflictos entre personas previamente conocidas, por problemas familiares o vecinales, por conflictos laborales o por hechos de violencia de género.

El mismo informe muestra un incremento de judicialización de conflictos interpersonales así como hechos no vinculados estrictamente a la seguridad ciudadana.

El crecimiento de las denuncias y de consultas vinculadas a estas situaciones nos está llamando la atención sobre la relevancia en la vida social de una diversidad de violencias que deben ser tratadas interdisciplinariamente evitando diseños policíacos que apunten sólo al control social de nuestras poblaciones. La violencia interpersonal es una problemática que hace a la salud mental de nuestra comunidad y consideramos es el mayor desafío como política de salud a desarrollar en los próximos años.

## **1.6.2 Violencia de género y violencia familiar**

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) refiere en su último Informe emitido en el año 2013, una prevalencia media para países de Latinoamérica del 29.5% (17.0% - 53.3%) de mujeres afectadas por violencia sexual y/o física

infligida por su compañero íntimo, alguna vez. (Organización Panamericana de la Salud: 2013)

Si analizamos la problemática en nuestra Provincia, según la sistematización que desarrolla el Programa Provincial para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género sobre consultas al sector salud generadas por situaciones de violencia de género y familiar, constatamos que entre enero de 2010 hasta octubre de 2014 fueron recibidos 3.282 registros de situaciones de violencia asistidas. De ellas, 2.595 pertenecían a mujeres de todas las edades y 687 a varones. Si tomamos sólo el año 2014 constatamos un aumento numérico de las situaciones de violencia en las niñas respecto al cuatrienio anterior: en los primeros 10 meses del 2014 se registraron 1,5 veces más de niñas asistidas por situaciones de violencia que el promedio de los 4 años anteriores.

A su vez observamos con preocupación el crecimiento en el mismo año de situaciones de violencia física, en la mayoría de los casos, asociada a otras violencias, en un 6,7% en mujeres entre 20 y 39 años respecto a los 3 años anteriores. También, en ese año se muestra un crecimiento del 38,8% en la presencia de violencia física en las mujeres entre 40 y 60 años, respecto a los tres años anteriores.

En relación a las muertes por violencia de género, durante el año 2014 se registraron 78 femicidios de las cuales el 31,9% correspondieron a mujeres entre 20 y 39 años, y un 23,2% a mujeres de más de 60 años. (Programa Provincial para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género- Área de Políticas de Género- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires: 2014)

Estas problemáticas sociales complejas que hacen a la salud mental de nuestra población deben abordarse haciendo eje en una prevención no específica, apuntando al mejoramiento de los vínculos comunitarios considerando la herramienta más eficaz en la construcción de ciudadanía y en el autocuidado de mujeres, niños y niñas.

### **1.6.3 Suicidios**

La problemática del suicidio si bien tiene una dimensión individual, no puede ni debe analizarse exceptuando su contexto, ya que siempre un caso -en cualquier comunidad- representa nexos, enlaces y asociaciones que comprometen a una familia, o a un grupo de pares, a otras instituciones y a la sociedad en general. Aspecto que al mismo tiempo culmina ocupando un espacio privilegiado al momento de establecer factores protectores.

## - Marco situacional mundial: consideraciones generales

En los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (2012), cada año se suicidan casi un millón de personas, lo que supone una tasa de mortalidad “global” de 16 por 100.000, o una muerte cada 40 segundos. Asimismo, el suicidio constituye una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años en algunos países, y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años. Estas cifras no incluyen las tentativas de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado.

Del mismo modo que ocurre con la violencia interpersonal, los factores de riesgo predisponentes son el abuso del alcohol y las drogas, los antecedentes de abusos físicos o sexuales en la infancia y el aislamiento social. La depresión y otros trastornos anímicos, la esquizofrenia y los sentimientos de desesperanza general, también forman parte de estos factores.

Por otro lado, el acceso a los medios o recursos para quitarse la vida –como por ejemplo: las armas, los medicamentos y/o venenos agrícolas- se convierten también en factores de riesgo.

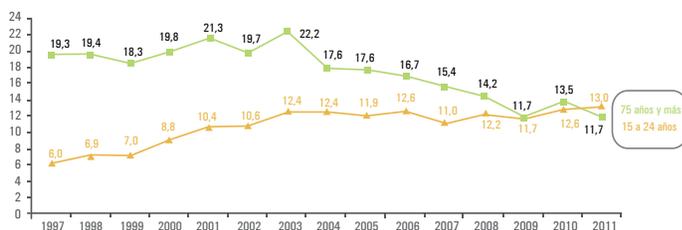
Un intento previo de suicidio constituye un factor predictivo de un ulterior acto suicida mortal, sobre todo en los seis meses siguientes al primer intento.

El sexo, la cultura, la raza y pertenencia étnica también son considerados en el análisis epidemiológico. En líneas generales se puede decir que las tasas de suicidio a nivel

mundial de los hombres son superiores a las registradas en las mujeres. En promedio, se producen cerca de tres suicidios masculinos por

El suicidio fue definido por la Organización Mundial de la Salud, como “todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de la intención letal o de conocimiento del verdadero móvil”. Tras más de tres décadas, se retomó el concepto para decir que suicidio es “el acto deliberado de quitarse la vida”.

Tasas de Mortalidad de Suicidio por grupos de edad (TMB x 100.000 habitantes). Argentina. 1997 - 2011



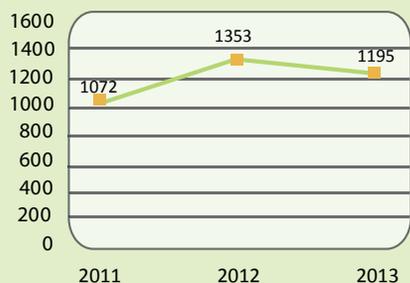
DEIS - INDEC: Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Construcción: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación

cada suicidio femenino, lo cual pareciera comportarse con cierta constancia en diferentes grupos de edad, excepto en la vejez avanzada, cuando los registros tienden a presentar tasas aun más altas en los hombres.

En tanto, grupos étnicos diferentes –aunque vivan en el mismo lugar- pueden tener tasas muy disimiles de suicidio.

Todos estos son elementos de consideración para comprender que el marco situacional mundial presenta ciertas tendencias o regularidades, aunque guarda también particularidades propias de la región en estudio o el país y las características internas diversas que la atraviesan. Es así como, las tasas de suicidio más altas se observan en países de Europa oriental –por ejemplo: Belarús con 41.5 por 100.000- y las tasas más bajas se localizan principalmente en América Latina –por ejemplo: Paraguay con 4.2 por 100.000.

**Muertes por suicidio  
2011 -2013**



Elaboración propia en base a datos de Dirección de Información Sistematzada.  
Msal. Provincia de Bs. As.

En Argentina, según la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, la tasa de suicidio por 100.000 habitantes en el 2011 fue de 11.9 en los varones y de 2.9 en las mujeres, manteniéndose la tendencia registrada a nivel mundial respecto a la prevalencia de suicidios en los varones.

Respecto a la dimensión etaria, también muestra sincronía con las tendencias mundiales ya que observamos un aumento en los suicidios entre los 15 y los 24 años entre 1997 y 2011, superando en este último

año la tasa de suicidios de las personas mayores.

En la Provincia de Buenos Aires a partir de un trabajo desarrollado entre la Subsecretaría y la Subsecretaria de Planificación de la Salud se comprobaron los siguientes datos:

- Mientras que el período 2002 y 2003 hubo en la Provincia un aumento de defunciones por suicidio, registrándose 185 casos más en este último, entre el año 2012 y 2013 se registró una disminución de defunciones por dicha causa, siendo 157 menos los casos.

- La franja etaria que más casos de suicidio registró entre el año 2012 -2013, fue la de 20 a 24 años, aunque descendiendo en el último año con 32 muertes menos.

- La disminución de muertes por suicidio también se observó en la franja etaria

de 25 a 29 años, durante los años 2012 - 2013, con 26 muertes menos en el último.

- En cambio los casos de suicidios de la franja etaria 10 a 14 años producidos durante el período 2012 y 2013 fueron en aumento con 6 casos.
- En los grupos de adultos mayores (de 75 a 79 años y de 85 años y más) el total de casos de suicidio ha disminuido en el mismo período.

### **1.6.4 Violencia, delito y su vinculación con el consumo**

La investigación científica como eje de las políticas públicas, fue uno de los aspectos que mayor promoción tuvo desde la gestión, buscando tener datos precisos a fin de construir una política pública adecuada a las necesidades de la población de la Provincia de Buenos Aires.

En el año 2013 desde el Observatorio sobre el uso de sustancias psicoactivas de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones iniciamos una investigación sobre las modalidades de vinculación entre el consumo de sustancias y el delito en la Provincia de Buenos Aires. Este trabajo tuvo como objetivo echar luz sobre esta vinculación a fin de desnaturalizar la relación causal y unívoca que le adjudican los medios masivos de comunicación a ambas problemáticas.

En primer lugar partimos de la idea de que tanto el consumo de sustancias psicoactivas como el delito son síntomas emergentes de raíces sociales complejas por lo que no puede establecerse una relación causal entre un fenómeno y otro sin dar cuenta de esta complejidad.

Los registros que han sido sistematizados<sup>3</sup> a partir de los cuales se extrajeron resultados estadísticos acerca de la problemática, incluyen la información sobre 9291 personas, que pasaron por alguna instancia de internación a través de la Red de Atención de la Subsecretaría desde el 2001 hasta el 2012.

Allí observamos que quienes poseen causas judiciales conforman el 13,7% del total de los casos. Entre los menores de 25 años el porcentaje de los que tienen causas no supera el 1%; en la franja que va de los 30 a los 40 años la proporción ronda el 20% para disminuir levemente en las categorías de edad que siguen (entre 40 y 50 años, 17%; y más de 50 años 9,6%). El porcentaje de quienes poseen causas judiciales entre los casos de internación que ingresan a la Red de

<sup>3</sup> Base propia Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones. Ministerio de Salud, Provincia de Buenos Aires.



la Subsecretaría, resulta más bien bajo, y mucho más entre los menores de 25 años, entre quienes tal valor no supera el 1%. Dentro de este universo de pacientes internados con causas judiciales observamos que tan sólo el 25% posee causas penales, lo cual representa en números absolutos 317 casos entre el 2001 el 2012.

De las entrevistas a informantes clave, especializados en la problemática, entre los que se encontraron profesionales y coordinadores de CPA, profesionales de ONGs, del instituto Gino Germanni de la UBA, de la Secretaria de Niñez y adolescencia de la Provincia de Buenos Aires y del Patronato de Liberados, se extrajo información cualitativa relevante para dimensionar el fenómeno del consumo y el delito en su complejidad. La mayoría coincidió en que no hay causalidades recíprocas entre ambos sucesos. Estas problemáticas aparecen respondiendo a lógicas diferentes aunque en muchas oportunidades se presenten juntas. Algunos de los entrevistados hicieron hincapié en que el consumo influye en el nivel de agresividad que presentan los delitos aunque no constituye su “causa”. Los entrevistados también marcaron la diferencia entre las diversas sustancias relativizando los daños de la marihuana en comparación con la cocaína o la pasta base, siendo los psicofármacos mezclados con bebidas alcohólicas las sustancias que aparece como mayormente vinculada a actos delictivos. A la vez que se resalta la importancia de que se aborden las adicciones desde la salud y no desde el enfoque punitivo. (Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones: 2014)

## 2.1 La materialización de la nueva Ley de Salud Mental

Después de muchos años de idas y venidas, disputas y debates sobre la problemática de la salud mental y las particularidades de los consumos problemáticos de sustancias (antes adicciones) la concreción de una Ley Nacional de Salud Mental, sobre todo a partir de su reglamentación, establece las principales coordenadas, del rumbo a seguir en las políticas públicas. Dicho suceso no constituyó un episodio eventual propio de los avances del campo específico de la salud mental, sino que se encuadra en el proyecto de transformación social y política iniciado en los últimos diez años, que dio el impulso para apresurar dichos acontecimientos.

Previamente y como antecedentes relevantes de dicho proceso se pueden mencionar, la reforma planteada en 1990 con la Declaración de Caracas, punto crítico de inflexión para la salud mental, equivalente según el Dr. Hugo Cohen<sup>4</sup> "a lo que Alma Ata representó para la salud pública en general", como también la suscripción en el año 2008 de Argentina a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad CDPD mediante la Ley 26. 378, que trata sobre la protección de los derechos de los usuarios y sobre su posibilidad de elegir y actuar.

La normativa recupera también otros postulados como los de los Principios de Brasilia del año 2005, rectores para el desarrollo de la atención en Salud Mental y el Consenso de Panamá de 2010 de la Conferencia Regional de Salud Mental.



<sup>4</sup> Asesor subregional de la Organización Panamericana de la Salud.



Además cabe mencionar las experiencias de algunas provincias, especialmente la de Río Negro Chubut, San Luis, Santa Fe y la Ley 448 de la Ciudad de Buenos Aires, todas ellas también insumos para la nueva legislación.

Las configuraciones planteadas por dicha normativa son adoptadas por

la Provincia de Buenos Aires mediante una Ley Provincial (N° 14.580) que cuestiona el modelo de asistencia tutelar y concreta la voluntad política del gobierno, de legitimar dicho rumbo, avanzando en un proceso progresivo de discusión de políticas, planes, programas y dispositivos, con el propósito de poner no sólo en palabras el nuevo paradigma, sino darle encarnadura para la acción.

Esta transformación iniciada, tendrá un devenir complejo y desigual, que requerirá de tiempos y alternativas diferentes para su maduración, ya que el mayor desafío de su desarrollo no son precisamente las medidas orientadas al cierre del "manicomio", sino las reformas necesarias para hospedar comunitariamente el "resultado" de dicha desmanicomialización, lo que implica no sólo contener a los pacientes externados, sino también el reacomodamiento de los trabajadores y el replanteo de sus prácticas. Esto entraña una discusión política e ideológica profunda de lo que se supone es un "enfermo mental", sus derechos como personas y sus necesidades, que aún es incipiente y no está agotada en la comunidad.

El nuevo paradigma trae consigo cambios de orden cultural, ideológico y político que complejizan cualquier estrategia de respuesta, combinando políticas sociales de distinto orden; pero además pone al descubierto discursos e intereses económicos solapados de algunos sectores, que resisten la pérdida y la redistribución de poder que comprende la reforma. Pretender alcanzar rápidos resultados resulta, en este contexto, de un análisis superficial y efectista.

### **- El Modelo Asistencial de la Salud Mental y de Atención a las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires.**

La estructura asistencial de Salud Mental y de Atención a las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires se encuentra organizada en 12 regiones sanitarias, que aunque compleja y fragmentada, contiene la mayor cantidad de efectores

de este tipo en el país. La oferta de atención se concentra en las regiones XI, XII y VI e incluye servicios ambulatorios, centros de primer nivel de atención, comunidades terapéuticas, hospitales generales y hospitales especializados. Estos últimos son los cuatro grandes hospitales monovalentes provinciales: el hospital Dr. José Estéves, ubicado en Lomas de Zamora; el hospital Dr. Alejandro Korn en la localidad de Melchor Romero, La Plata; el hospital Domingo Dr. Cabred, en Open Door, Luján y el más pequeño, denominado Dr. Domingo Taraborelli ubicado a 530 km de Buenos Aires, en Necochea.

Se suman a la red, los tres Centros de Día dependientes del hospital Dr. Alejandro Korn: la casa de Pre-Alta (primer dispositivo de externación de la Provincia inaugurado en el año 1987) el Enrique Pichón Rivière y el de Salud Mental Comunitaria Dr. Franco Basaglia.

Otros establecimientos especializados en problemas neurológicos y psiquiátricos crónicos son el Hospital Ramos Mejía, de atención a mujeres (70 camas); el Hospital José Ingenieros de varones (70 camas), el Hospital San Lucas mixto (40 camas) y el hospital Dardo Rocha de Uribelarrea en Cañuelas para varones (90 camas). La población asistida en estos centros presenta problemas de retrasos mentales severos, que permanecen durante muchos años y con escasos o inexistentes vínculos familiares.

El **Programa de Externación Asistida** que lleva adelante el Hospital Dr. Estéves tiene a cargo 14 viviendas de convivencia, en donde residen 59 pacientes, de los 77 que accedieron a la modalidad de “desmanicomialización” desde su puesta en funcionamiento hace 15 años. En pleno proceso para acceder a la externación asistida, 19 pacientes se encuentran participando de talleres que los preparan para el pasaje del hospital a su “casa propia” y 7 ya están a pocos meses de dejar definitivamente la etapa hospitalaria, tienen trabajo y perciben un salario mensual.

Son parte de la red, los servicios de psiquiatría de 78 hospitales provin-





ciales, de los cuales 11 poseen internación en salud mental (actualmente se cuenta con 160 camas disponibles para esos pacientes) los 237 Centros Provinciales de Atención (CPA) de modalidad ambulatoria con presencia en toda la Provincia y las 7 Comunidades Terapéuticas situadas en Punta Alta, San Martín, La Plata, Lomas de Zamora, Gral. Pueyrredón, Almirante Brown y General Rodríguez. La red se completa con 6.436 camas de establecimientos privados.

El Informe realizado por la OMS a partir del Instrumento de Evaluación de Salud Mental del año 2009<sup>5</sup> notifica que el sector público de atención en la Provincia de Buenos Aires es altamente significativo ya que se calcula que un 60% de la población bonaerense sólo cuenta con la cobertura de los hospitales públicos.

#### **- Los pasos hacia el nuevo paradigma**

En el transcurso del año 2012 la Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones organiza el primer curso anual sobre la problemática del abuso de sustancias, que fue desarrollado en un hospital monovalente:

el Hospital A. Korn. Ese hecho en apariencia irrelevante constituyó el primer paso de *integración entre adicciones y salud mental*, luego de años de desencuentros y de funcionamientos en paralelo.

A partir de dicha experiencia se inicia un proceso de consolidación de los equipos conformados con profesionales de ambos ámbitos, acompañado de un proceso de maduración y crecimiento en el trabajo de integración, aportando desde distintas disciplinas y trayectorias a la propuesta de políticas públicas planteada desde el inicio de la gestión y en sintonía con el nuevo paradigma.

<sup>5</sup> IESM-OMS Versión 2.1

## 2.2 El Consenso de la Provincia de Buenos Aires

En agosto de 2012, por Resolución N° 3.695, se crea en el Ministerio de Salud, la Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones como nueva estructura integradora de la problemática. A partir de allí se lanza la convocatoria al **1er. Encuentro Provincial de Salud Mental y Adicciones** en la ciudad de La Plata, el 3 de diciembre del 2012, en respuesta a los aspectos planteados por la Ley Nacional de Salud Mental, 26.657, y por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas en Asamblea General (2006).

Esta reunión propuesta por el Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dr. Alejandro Collia, quien convocó al conjunto de su gabinete, tuvo por objeto debatir sobre los caminos posibles y las herramientas necesarias para "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 (...) reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional..." (Capítulo I, Ley 26.657).

Participaron de la misma: Secretarios de Salud, Directores Regionales, Directores de los Hospitales Generales, Especializados y Monovalentes, Coordinadores Regionales de Salud Mental y Adicciones, Jefes de Servicios de Salud Mental de Hospitales Generales, Jefes de Hospitales de día y Centros de Salud Mental Comunitaria.

Posteriormente el 6 de mayo del 2013 se inicia una recorrida provincial por la Región VI en la localidad de Lomas de Zamora, para luego reproducir los encuentros en las ciudades de Tres Arroyos, 9 de Julio, Cañuelas, Bahía Blanca, Mar del Plata y La Matanza, tomando cada uno de estos lugares como



“--- de lo que escuchaba de las autoridades, se veía el compromiso desde un aspecto sanitario en relación a la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental (...) también, conjuntamente, hay una reforma en lo que tiene que ver con el paradigma del derecho y la intervención judicial, y los roles de cada uno de los funcionarios; ha habido un desplazamiento en nuestras intervenciones respecto a los derechos inalienables de las personas que hoy están ubicados no solamente en la ley de salud mental, sino que hay una convención de los derechos de las personas con discapacidad que tiene media sanción; su inclusión en el artículo 75, inciso 22 de la Constitución Nacional, que establece la capacidad jurídica para todas las personas con discapacidad en un mismo pie de igualdad con los demás y que trae la figura de los apoyos para poder tener manifestación de esa capacidad jurídica..

... No es únicamente una reforma que se impone desde el ámbito sanitario, sino que es una reforma que está entrecruzada especialmente con los derechos de las personas. Nosotros como Órgano de Revisión Nacional, tenemos una dura tarea. No ha cambiado ni en el ámbito del Derecho, porque todavía las personas siguen siendo insanas, incapaces e inhabilitados, y se mantienen las internaciones y tampoco se ha modificado desde lo que nosotros estamos ahora supervisando, fiscalizando, que es la función que tiene el Órgano de Revisión, en los distintos lugares que nos ha tocado...



**Dra. María Graciela Iglesias**

Referente del Órgano de Revisión Nacional- Extracto de la charla en la Jornada de Intercambio con la Secretaría Ejecutiva de Órgano de Revisión Nacional Ley 26.657 de Salud Mental . Año 2014

punto de reunión de las regiones sanitarias más cercanas, a fin de regionalizar la convocatoria y profundizar en las particularidades que cada comunidad posee.

Fueron convocados a los encuentros, referentes provinciales y municipales del campo de la salud mental y adicciones incluyéndose en cada jornada una mesa de apertura. De esta construcción colectiva fueron parte en diferentes momentos la Dra. María Silvia Villaverde Jueza de Lomas de Zamora, la Dra. María Graciela Iglesias Integrante del Organo de Revisión Nacional (ORN), el Dr. Hugo Cohen Asesor subregional en salud mental para Sudamérica OPS/OMS, el Lic. Leonardo Gorbacz y la Dra. Graciela Natella, la Lic. Mercedes Rattagan, la Lic. Cecilia Santi y la Lic. Natalia Brunengo, expertos en la salud mental.

En éstas jornadas de trabajo se plantearon 5 temas principales para la discusión en grupos, que fueron seleccionados como *ejes priorizados de la gestión* en cuanto a la implementación de la Ley de Salud Mental en la Provincia:

**1-Creación de la Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones.**

**2- Promoción de la atención en salud mental comunitaria para niños y adolescentes** en el marco de la Ley de la promoción y protección integral de los derechos de los niños 13.298 y la ley de Salud Mental Nacional 26.657.

**3-Desmanicomialización**, orientando la asistencia a la plena inclusión comunitaria.

**4- Desarrollo de una red de servicios comunitarios de salud mental y adicciones**, con la articulación de lo existente y la creación de nuevos servicios de complejidad creciente.

**5- Formación e investigación** de los trabajadores de la salud en el nuevo paradigma.

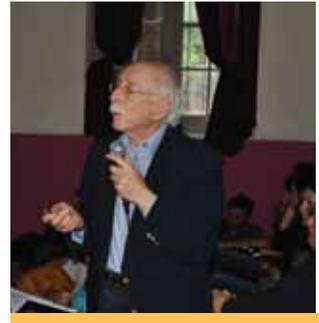
Como resultado de estos debates, surgieron numerosas conclusiones que fueron posteriormente volcadas en informes, cuyo resultado fue un insumo sustancial para la elaboración del documento final.

La construcción colectiva de este documento constituyó un hecho trascendental y único antecedente en la Provincia. Por primera vez fueron convocados y reunidos, equipos de salud mental y atención a las adicciones, representantes regionales provinciales y municipales de salud mental y familiares de pacientes, a trabajar en la elaboración conjunta de políticas públicas que respondan a las necesidades de las personas con padecimiento mental y sus familias.

El compromiso asumido toma como principios la construcción de políticas sanitarias proactivas, el avance hacia internaciones en hospitales generales, la profundización de la estrategia de salud mental comunitaria desde la formación a las prácticas, el impulso de un proceso de reforma que garantice el ejercicio de plenos derechos y el cambio de las lógicas excluyentes por lógicas inclusivas, en el marco de los derechos humanos.



... La discusión hospitalares monovalentes sí o no está muy impregnada de pasión. De pasiones que a veces ofuscan la mirada científico técnica que tendrían que tener los profesionales. Me tocó asistir a los debates previos a la adopción de la ley en el Senado de la Nación, en la cámara de senadores, y era penoso escuchar que colegas ofuscados por la discusión, hacían afirmaciones científicas que eran totalmente incorrectas. Se habló acá de pasión, de compromiso, etc, no quepa la menor duda. Hoy sin embargo, la presentación que voy a hacer, está totalmente, al menos lo he intentado, totalmente despojada de pasión...



**Levav Itzhak** Integrante del Comité de expertos de la OPS y ex Director de Salud Mental de dicho organismo en Washington DC. Fragmento de Jornada en salud Mental Hospital A Korn Año 2014)

...España tiene toda una red de atención, donde está incluido el hospital general. Si ustedes pueden ver, el hospital general es parte de una red muy compleja, donde está contemplada la atención curativa y la atención de rehabilitación. Pero fíjense que compleja es la red y el hospital es solamente una opción asistencial. Si alguien estuviera pensando en este momento si nosotros ponemos todos nuestros esfuerzos exclusivamente en el hospital monovalente, vamos a derrotar el espíritu de la ley; y de hecho la vamos a derrotar a juicio mío. No puede satisfacer todas las necesidades e integrarse con los demás recursos que existen en la comunidad si solamente todo el esfuerzo de la atención está en el hospital...

Los ejes propuestos derivaron en las conclusiones, que fueron incluidas en el documento denominado **Consenso de la Provincia de Buenos Aires** - [www.sada.gba.gov.ar/salud\\_mental/consenso.pdf](http://www.sada.gba.gov.ar/salud_mental/consenso.pdf)- y que sintetizamos en los siguientes párrafos:



El intercambio producido en los encuentros realizados puso en evidencia la persistencia de la brecha existente entre las necesidades de atención de las personas con padecimiento mental y la disponibilidad y calidad de los servicios.

Uno de los aspectos inaugurales de la discusión sobre el proceso de reforma lo constituyó el sistema de información por las deficiencias de índole metodológica y operativa que aun presenta, concluyendo en la necesidad de reformularlo hacia un modelo epidemiológico.

Por otro lado, se pusieron en debate las distintas

situaciones relacionadas a resistencias sectoriales e ideológicas y a las exiguas estrategias, dispositivos y recursos adecuados para revertir la hegemonía del modelo manicomial, asistencialista y tutelar que son aun obstáculos a la reforma planteada.

También fueron considerados los determinantes de dicha brecha, cuestiones vinculadas a la estigmatización y la discriminación que históricamente han sufrido las personas con padecimientos mentales, no solo en relación a la comunidad sino también en el propio sistema de salud, donde se generan las reiteradas negativas al tratamiento de esta problemática.

Del mismo modo fue mencionada como limitante del proceso de reforma, la fragmentación del sistema de salud en general y de la salud mental en particular que afecta especialmente la atención de niños, niñas y adolescentes, condicionando el cumplimiento de la ley 13.298 de protección a los mismos.

La formación de los profesionales que integran los equipos de atención, estuvo entre los aspectos más observados como críticos, de urgente revisión y cambio. La vacancia en la formación en un modelo integral de asistencia y la falta de dispositivos comunitarios que incluyan a los distintos actores sociales está estrechamente vinculada a lo anterior. En esa misma línea la posibilidad de integrar salud mental con adicciones se asienta en el proceso de enseñanza y recambio curricular en las disciplinas afines orientándolo al nuevo enfoque.

A partir de estas observaciones se asume el compromiso



"Hemos logrado muchos consensos, hoy nadie puede discutir si hay o no desmanicomialización. La ley plantea la restitución de derechos que exige mirar a la persona y no al enfermo. Tampoco se discute ya la internación en hospitales generales, más aun, ya se está haciendo. Estamos asumiendo paulatinamente el problema, pero nos falta mirar más lo comunitario y articular el nivel central con el nivel local, no puede haber inclusión sin la participación del gobierno local."

**Dr. Carlos L. Saguinetti**  
**Encuentro Regional 9 de Julio**

político de un trabajo conjunto y en cada lugar, sumando esfuerzos para lograr un sistema de salud mental más digno, justo e inclusivo para la Provincia de Buenos Aires, concretando las estrategias planteadas en la nueva legislación y ejecutando los planes, programas y acciones necesarias para su efectivo cumplimiento.

Es en este marco como surgieron las propuestas de políticas sanitarias, orientadas a la promoción y la protección de la salud mental para todas las personas que habitan la Provincia de Buenos Aires y destinadas al cumplimiento del derecho a vivir en comunidad de aquellas con padecimientos mentales. Se trata de establecer estrategias que garanticen la reforma paulatina de los servicios y efectores de salud, públicos y privados, a los principios establecidos en la Ley, apuntando a la progresiva ampliación de la red de dispositivos integrados de salud mental y adicciones, apoyados en abordajes interdisciplinarios de respuestas integrales y articuladas.

Las propuestas rectoras redundaron en la elaboración del **Plan de Salud Mental y Adicciones** con la participación de todos los actores involucrados, incluyendo gremios, colegios y ministerios; la reglamentación de la Ley 13.298 y la creación del Órgano de Revisión a efectos de controlar el cumplimiento de la nueva normativa.

## 2.3 Plan Estratégico Integral de Salud Mental y Adicciones de la Provincia de Buenos Aires

Con la creación de la **Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones** a finales del año 2013 se presenta el **Plan Estratégico Integral**

**de Salud Mental y Adicciones** producto de una política pública iniciada en consonancia con los planteamientos de las Leyes Nacional y Provincial de Salud Mental y la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de las Naciones Unidas en Asamblea General (2006). Dicho Plan nacido de las discusiones previas referidas en el "Consenso", busca desafiar los obstáculos que impiden avanzar sobre la reforma del campo



de la salud mental en la Provincia. En consonancia con la normativa vigente se planteó ejecutar las acciones desde una perspectiva de Derechos Humanos.

El Plan promueve la integración de una red de servicios con base en la comunidad, desde el enfoque de la Atención Primaria de la Salud, incluyendo en el proceso de transformación la participación de las personas afectadas y familiares, como actores claves.

Apunta además a generar, un proceso tendiente a la sustitución del modelo vigente y a la transformación de los modos en que se regula el sistema. Eso impone el abandono de viejas creencias, prácticas y normativas, que a lo largo de los años han mostrado insistentemente su fracaso.

La integración de la Salud mental y la Atención de las Adicciones en un Plan estratégico, supone no obstante contemplar experiencias de trabajo previas, que representen un valioso caudal del quehacer comunitario, pues nos ofrece la oportunidad de un mejor articulado de la red. Reconoce las realidades locales, las necesidades de los enfermos, sus familias y del sector salud comprometido, con una visión territorial para su desarrollo. Impulsa también el trabajo intersectorial, la interdisciplina, la universalidad en cuanto al acceso, y la inclusión y la equidad.

## 1. Misión

La política sanitaria iniciada con la gestión de Gobernador Daniel Scioli y el Ministro de Salud Alejandro Collia define como meta el fortalecimiento del sistema de salud a partir de la profundización de la Atención Primaria de la Salud como eje rector y operativo de asistencia. En tanto estrategia, destaca el cuidado primordial o esencial de la Salud/Salud Mental y las actividades de promoción, prevención, detección precoz y la intervención temprana de los padecimientos. La participación comunitaria, la vigilancia epidemiológica y la salud ambiental son señaladas como fundamentales para el desarrollo de este plan de acción, para fortalecer el autocuidado de las comunidades, disminuir los riesgos de enfermar. El pensamiento estratégico que subyace a



este Plan está dado por el rol protagónico de los ciudadanos bonaerenses, sujetos de aplicación y por los propios trabajadores del sistema de salud, mediante la apropiación y empoderamiento que se requiere de los mismos para el logro de los objetivos.

## **2. Propósito**

Mejorar la Salud Mental y Atención a las personas con uso problemáticos de sustancias, en la Provincia de Buenos Aires.

## **3. Principios rectores:**

- Enfoque de Derechos Humanos.
- Equidad, en el tratamiento de las personas con padecimiento mental, y/o uso problemático de sustancias, y sus familias.
- Accesibilidad universal, geográfica, económica y social al sistema de salud mental de todos los habitantes de la Provincia de Buenos Aires.
- Reconocimiento de la diversidad cultural y perspectiva de género en el tratamiento del problema.
- Participación comunitaria.

## **4. Objetivo general**

- Implementar una política pública de salud mental y adicciones basada en la promoción, prevención, tratamiento y recuperación; con la participación de la comunidad en pos de una mayor inclusión y equidad.

## **5. Objetivos específicos**

*Retomando los ejes priorizados planteados en el Consenso se formulan los siguientes objetivos específicos:*

### **5.1-Creación de la Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones**

5.1.1 Integrar y unificar la red de atención de las adicciones al sistema de atención de Salud Mental.

5.1.2 Reformular la estructura funcional de la Subsecretaría

### **5.2- Desarrollo de una red de salud men-**



**tal** para niños y adolescentes en el marco de la Ley de la promoción y protección integral de los derechos de los niños 13.298 y la ley de Salud Mental Nacional 26.657.

5.2.1. Ampliar la cobertura para niños, niñas y adolescentes en hospitales generales de la red provincial y municipal, regionalizando la atención y garantizando accesibilidad.

5.2.2. Crear dispositivos dirigidos a la asistencia integral de niños, niñas y adolescentes.

**5.3- Avance en el proceso de desmanicomialización** orientando la asistencia a la plena inclusión comunitaria.

5.3.1 Censar la población internada en monovalentes.

5.3.2 Orientar las internaciones a Hospitales Generales.

5.3.3 Desarrollar una red de servicios comunitarios de salud mental y adicciones, con la articulación de lo existente y la creación de nuevos servicios de base comunitaria, trabajando en red con el primer y segundo nivel de atención.

5.3.4 Sustituir los hospitales monovalentes, con la red de servicios generales y comunitarios.

**5.4 Desarrollo una red de servicios comunitarios de salud mental y adicciones**, con la articulación de lo existente.

5.4.1 Transformar las comunidades terapéuticas en dispositivos de hospitales de día, centros de rehabilitación psicosocial diurnos y nocturnos de acuerdo a la reglamentación de la ley 26657.

5.4.2 Crear programas con la participación de personas con padecimientos mentales/adicciones, familiares y organizaciones comunitarias.

**5.5 Creación de nuevos servicios de complejidad creciente.**

5.5.1 Conformar dispositivos intermedios en todos los distritos.

5.5.2 Realizar admisiones geo - referenciadas a la región sanitaria.

5.5.3 Promover el cambio de las Comunidades Terapéuticas acorde a la legislación vigente.

5.5.4 Incorporar nuevos profesionales de acuerdo a las necesidades regionales en la red.

**5.6 - Formación de los trabajadores de la salud en el nuevo paradigma.**

5.6.1 Capacitar a los trabajadores/as de la salud en el modelo de salud mental



comunitaria.

5.6.2 Formular programas de capacitación y asistencia técnica para organismos públicos y privados.

5.6.3 Diseñar protocolos de atención.

5.6.4 Generar estudios e investigaciones sobre nuevos abordajes en salud mental y adicciones.

5.6.5 Implementar un sistema de vigilancia epidemiológica de salud mental y adicciones.

5.6.6 Desarrollar estrategias comunicacionales para la promoción de la salud mental.

#### **- Metas 2013-2016**

- Nueva estructura funcional de la Subsecretaría.

- 80 % de designaciones del personal en planta logrados.

- 100% de los pacientes internados en monovalentes censados.

- 50% de aumento de atención en Servicios Integrados.

- 50 % de aumento de dispositivos de integración e inclusión.

- 20% de aumento de trabajadores capacitados por año.

- 80 % de internaciones georreferenciadas.

- 20% de aumento de servicios de atención de la salud mental integral para niños, niñas y adolescentes.

- Incorporación del 10% del personal destinado a monovalentes al trabajo en servicios con base comunitaria.

- Implementación en todas las regiones sanitarias de un PRIEC (Programa Regional Interdisciplinario de Enlace Comunitario).

- Incremento del 20% de convenios con empresas para favorecer la inclusión laboral.

- Aumento del 50% de Universidades que se comprometan a modificar planes de estudios.

- Desarrollo en cinco años del sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental.

*A partir de los objetivos planteados se derivan las actividades que son descriptas detalladamente en el Capítulo 3 de esta publicación, muchas de ellas ya realizadas.*

## 2.4 Propuestas para la sustitución de Hospitales Monovalentes

Los cuatro hospitales monovalentes de la Provincia de Buenos Aires, presentan brevemente su estado de situación, y los procesos iniciados para sustituir su perfil manicomial en base a los lineamientos planteados por la Ley de Salud Mental. Los mismos muestran diferencias sustanciales en relación con el abordaje que allí se implementa y con los avances logrados, por lo tanto las metas que se proponen, aún bajo un mismo marco normativo. Esta situación está ligada, a la evolución de la reforma en cada institución, y a las concepciones que prevalece en los equipos de salud existentes en relación a los padecimientos mentales, que van determinando las prácticas prevalentes y la planificación del funcionamiento de los servicios, sin desconocer además la diversidad de recursos con los que cada uno cuenta y gestiona.

### - Hospital Dr. Alejandro Korn



La estrategia de reforma presentada en Septiembre del 2014, por el Hospital Dr. Alejandro Korn (creado el 24 de abril de 1884 por el fundador de la ciudad de la Plata, Dardo Rocha) constituye un proyecto de sustitución del carácter manicomial de dicho centro asistencial. El mismo propone asegurar el pleno ejercicio de los derechos

referidos a la protección de la salud mental de las personas alojadas en el Hospital y la atención de los pacientes asistidos en comunidad por los dispositivos dependientes del mismo, adecuando los abordajes al paradigma de los derechos humanos y de la salud mental comunitaria, contemplado en las normativas vigentes.

Los objetivos de esta iniciativa responden a los lineamientos establecidos en la Ley Nacional y Provincial de Salud Mental, destacando la construcción colectiva de una salud integral, donde prevalecen el derecho a la mejor atención disponible y al trato digno respetuoso y equitativo acorde a los máximos estándares

éticos, técnicos y humanitarios en salud mental vigentes, respetando la gratuidad, accesibilidad y territorialidad.

La mencionada normativa, considera la salud mental y las adicciones como parte de las políticas de salud y de los servicios de la red de atención asumiendo como implícitas la integralidad, la intersectorialidad y la interdisciplina en el proceso de salud-enfermedad-atención y cuidado comunitario.

La propuesta de trabajo que se plantea desarrollar, contempla los mecanismos por los cuales el Hospital Psiquiátrico se irá integrando a una red de atención comunitaria, transformando sus servicios en dispositivos que respondan a las necesidades de las personas afectadas, su familia y la comunidad.

#### *Objetivos:*

##### *Regionalización de las internaciones.*

A partir del 1 de julio del 2014 por la Resolución Ministerial 002025/14 se hace efectiva la regionalización de las internaciones. La misma resuelve que los hospitales monovalentes realizarán únicamente admisiones geo-referenciadas con la Región Sanitaria de la cual es parte la institución.

La medida fue informada oportunamente a todos los Juzgados que habitualmente solicitan internaciones y que se ven comprendidos en la misma. El impacto pudo comprobarse en el segundo semestre del año por la fuerte disminución de internaciones producidas en el Hospital Korn, procedentes de otras regiones sanitarias, sobre todo de Región VI, derivadas por los tribunales de Quilmes y Lomas de Zamora. Esto se explica por el número total de personas ingresadas, que en el transcurso del año 2013 fue de 578 bajando durante el 2014 a 309. Aunque esta tendencia en baja de las internaciones se vino dando en los últimos 9 años, se hizo más significativa en el período 2013-2014 representando una disminución del 47% de las internaciones.

Otro factor que se supone, tuvo influencia en esa tendencia, fue el cierre parcial y transitorio del Servicio de Admisión durante el mes de noviembre del año 2014, pasando de tener 28 camas a 9, ocupándose sólo 6 en promedio.

##### *Creación de Dispositivos Comunitarios.*

- *Casas de Herencia Vacante* En el 2012 se inicia un expediente, a través del Ministerio de Salud Provincial, por una vivienda con herencia vacante situada en La Plata. En el mismo se presentó un proyecto de casa supervisada de 24 hs, para alojar personas del hospital que se encuentren en proceso de externación.

- *Casas supervisadas.* A través de uno de los programas de construcción de

viviendas que desarrolla el Ministerio de Desarrollo Social de Nación, se inicia en terrenos del Hospital Korn, la construcción de casas, algunas de las cuales serán para personas que actualmente se encuentran internadas en el hospital. El proyecto consiste en el alojamiento de pacientes que necesitan de supervisión para sostenerse en comunidad y que no cuentan con un núcleo familiar que los asista. El equipo de supervisión estará a cargo de un equipo interdisciplinario con enfermeros comunitarios que serán capacitados durante el primer semestre del año.

- *Centro de Atención Ambulatoria de salud mental y adicciones para jóvenes y adolescentes*, con el apoyo del Ministerio de Desarrollo Social será puesto en valor un espacio a ser utilizado para un centro de atención, conjuntamente con el Área Clínica del Hospital, destinado a la población de la Localidad de Romero.

### - Hospital Dr. Domingo Taraborelli



El Hospital Neuropsiquiátrico Domingo Taraborelli de Necochea, creado el 12 de octubre de 1969, es un efector monovalente de salud mental que integra la región Sanitaria VIII como único referente especializado, por lo que su accionar se dirige a una población potencial de casi 2 millones de personas.

Durante más de 40 años, la dinámica institucional, sustentada en los principios rectores del modelo de comunidad terapéutica, con diferentes abordajes psicoterapéuticos individuales, grupales y comunitarios han demostrado su eficacia para el logro de los objetivos propuestos como experiencia de trabajo.

El sistema de Puertas Abiertas sin cercos perimetrales, rasgo distintivo de la institución, posibilita desde el ingreso mismo al hospital, el fluido contacto entre los pacientes y su entorno social y familiar, sólo limitado por el estado psicopatológico de aquéllos.

El menor tiempo de internación posible y la búsqueda de las mejores condiciones

para la externación, son algunas de las metas del trabajo interdisciplinario, desarrollado por los integrantes de la institución, entendiendo que esta modalidad resulta la adecuada para abordar integral e integradamente la compleja realidad que incide en el proceso salud-enfermedad.

Más allá de eso, existen aun obstáculos difíciles de revertir, vinculados no sólo a la enfermedad, sino también a las dimensiones socio-comunitarias, para la inserción del paciente en su medio. Esto conduce a hospitalizaciones más prolongadas que lo deseado, a reinternaciones más frecuentes y en el peor de los casos a la cronificación. Para neutralizar dichos efectos negativos, se busca impactar sobre la sociedad, creando o recreando vínculos afectivos y laborales.

Sumadas a las terapias convencionales se están implementando expresiones artísticas como obras de teatro, actividades musicales, de plástica y poesía, que apuntan a generar espacios de creación individual y grupal y a exponer las producciones de los artistas internados en diferentes festivales y encuentros con integrantes de otros hospitales de la Provincia.

También se desarrollan productos artesanales para la venta en ferias, juguetería, mosaiquismo, entre otros. El hospital dispone de un stand en la Feria Artesanal de Verano, en la plaza de la Villa Díaz Vélez de Necochea, donde son exhibidos en cada temporada, los trabajos producidos anualmente por los pacientes.

En el servicio de *Hospital de día* se trabaja en elaboración de confituras, chocolatería, pastelería, dulces con fines de rehabilitación y obtención de hábitos laborales. En todas las actividades los pacientes participan en la recolección, preparación, compra, venta de insumos y productos.

#### *Fundamentación de la estrategia de adecuación.*

Poder implementar el paradigma planteado por la ley de Salud Mental, implica una serie de transformaciones graduales del funcionamiento hospitalario, de cambios políticos institucionales, de proyectos de externación y otras reformas que se irán realizando en forma gradual.

La finalidad es mejorar la autonomía, subjetividad e inclusión social de las personas internadas para que se incorporen a la cotidianidad de la comunidad a la que pertenecen.

Una de las limitaciones para lograr la externación es la dificultad de incorporación al mercado de trabajo, mercado escaso y competitivo, que profundiza la escasez de recursos económicos. Esto determinó el armado de proyectos como el de "Dulzuras en la granja", que apunta a mejorar las oportunidades, mediante

la enseñanza de técnicas de producción, comercialización, trabajo en equipo, manejo de alimentos, siembra, cosecha, cuidado de plantaciones y laboreo. Se sostiene con el aporte de una remuneración económica basada en el aumento de las ganancias, al poder habilitar la fábrica de dulces y conservas, para que entre en el mercado formal.

El Plan de transformación del Hospital Monovalente en un *Centro de Atención Polivalente*, con internación en Salud Mental acotado, incluye el *Proyecto de Atención de Salud Mental* a nivel local.

El plan director del mismo para el año 2015, se inicia con la búsqueda de viviendas para la externación y posterior re-inserción social y laboral de las personas con padecimiento mental, a fin de contrarrestar los efectos ligados a internaciones prolongadas por la frecuente ausencia de redes de contención familiar.

En esa misma línea se planificó una estrategia de comunicación con la comunidad a fin de movilizar a las distintas organizaciones sociales en la búsqueda de viviendas disponibles para el alquiler, de propuestas laborales y de alternativas de recreación para integrar a los internos del hospital.

En ese marco se está trabajando desde el mes junio con estrategias y modalidades de difusión alternativas, para lo cual se creó una página de facebook, un blog y un programa de radio de una FM local: "Neuroparlanchines" conducido por los pacientes, que sumados a otros espacios de comunicación, permita modificar la manifiesta resistencia de la comunidad a la integración del "enfermo mental". La oposición a los objetivos de la Ley se pone de manifiesto con hechos como la imposibilidad de conseguir que las inmobiliarias accedan a alquilar los inmuebles cuando se enteran que serán ocupados por pacientes psiquiátricos.

#### *a. Objetivo general*

Sustitución de Hospital Neuropsiquiátrico, por un servicio de prestaciones en diferentes especialidades médicas, psicológicas y de rehabilitación y de producción, como herramienta de inclusión comunitaria y facilitación de acceso a la consulta.

#### *b. Objetivos específicos*

*-Creación de un centro de atención polivalente.*

*-Atención ambulatoria para niños y adolescentes.*

- *Creación de Centros socio – productivos*, para fomentar la socialización y la actividad laboral en el marco de la economía social y solidaria, vinculado a experiencias de cooperativismo y autogestión.

- *Formación de Dispositivos Habitacionales*: abarca la asistencia o supervisión por parte del equipo de salud mental en casas de medio camino, residencias asistidas, internaciones domiciliarias, pensiones supervisadas, etc.

*c. Actividades:*

- *Crear un grupo de asesoramiento para instituciones de nuestra ciudad y otras localidades.*

- *Conformar un grupo de trabajo para la externación de pacientes crónicos.*

- *Ampliar las áreas de consulta externa.*

- *Programar planes en prevención.*

- *Conformar Equipos comunitarios móviles.*

- *Desarrollar actividades de Fortalecimiento productivo.*

- *Fortalecer dispositivos de trabajo grupal* de sostén (por ejemplo, grupo de pacientes bipolares) u orientados a la tarea de prevención.

- *Conformar equipos de atención domiciliaria*, en pacientes que no tengan movilidad y para supervisión del desenvolvimiento de las casas de medio camino, pensiones, otras.

- *Abrir a la comunidad talleres intrainstitucionales*: Funcionan orientados a la producción, a la formación en diferentes disciplinas, a la recuperación de hábitos y funciones cognitivas, en espacios abiertos a la comunidad.

*d. Metas 2015- 2016*

- Creación de la comisión de transformación institucional.

- Creación de hospital de noche.

- Reducción en 100 camas de la internación prolongada.

- Creación de dispositivo residencial para personas en condición de alta.

- Apertura de Hostal extra hospitalario.

- Apertura gradual de servicios de hospital polivalente.

- Creación de la Escuela de salud mental comunitaria orientada a las nuevas políticas.

## - Hospital Interzonal Dr. Domingo Cabred



En 1899 Dr. Domingo Felipe Cabred funda en el partido de Lujan, a 70 km de la ciudad de Buenos Aires, la Colonia, conocida con el nombre de Colonia Nacional Open Door, por el tratamiento de puertas abiertas que tuvo desde su inicio.

Esta fue la primera en su tipo en América Latina, y tiene actualmente internados más de 1.000 pacientes varones, algunos de ellos con larga estadía en el centro asistencial. En un pabellón separado del resto del hospital, se atienden consultas clínicas de vecinos de la zona. Este sector recibe un promedio de 150 consultas diarias.

### *Objetivo General*

El principal objetivo actual de la institución es desarrollar estrategias que posibilite el alta sostenida de los pacientes.

### *Objetivos específicos*

- *Gestionar pensiones no contributivas*: Se han logrado en los últimos 3 años más de 600 pensiones no contributivas para pacientes de nuestro hospital de los cuales se han obtenido 450; esto es un factor muy importante para "el afuera" de los pacientes dado que, por un lado les da un apoyo económico para su vida fuera de la institución pero además facilita la aceptación por parte de su familia a recibirlo en su hogar. Para el cumplimiento de este objetivo ha sido y es de vital importancia el accionar del Servicio Social del Hospital.

- *Agilizar el Sistema de derivación*: Aumento de la cobertura del equipo del Servicio de Atención en Crisis (S.A.C.). Esto permite hacer una primera selección de los pacientes con mayores posibilidades de un alta a corto plazo, teniendo en cuenta diagnóstico psiquiátrico y grado de deterioro del paciente, contención y/o presencia familia, etc. Así el S.A.C. deriva al paciente al servicio más adecuado a las características del caso (terapia a corto plazo, a mediano plazo o a crónicos).

- *Ampliación del servicio de Terapia ocupacional:* se han aumentado los oficios incluidos en estas terapias, en pacientes con mayores posibilidades de alta, favoreciendo la inserción laboral. De esta manera los talleres más productivos del hospital son la panadería donde se han formado muchos oficiales panaderos y la carpintería, fundamentalmente con orientación a la restauración de muebles.
- *Incorporación de Acompañantes terapéuticos:* desde la sanción de la Ley 26.657, se ha intensificado la participación de este recurso terapéutico, gracias a las pensiones obtenidas para muchos pacientes con perspectivas ciertas de alta.
- *Control estricto de pos-alta de los pacientes:* En las prácticas ambulatorias (Consultorios Externos), la provisión de medicamentos y la concientización de las personas, ya sea la familia, o el acompañante terapéutico, de la importancia que el paciente no abandone el tratamiento ya que eso implica la reinternación.
- *Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (P.R.E.A.):* En los 2 últimos años y gracias al esfuerzo de la Cooperadora del Hospital y al personal que integra el equipo de este dispositivo, se han agregado 4 viviendas más, por las que han pasado varios pacientes que actualmente se encuentran de alta, reintegrados a sus comunidades de origen.
- *La creación y funcionamiento de un comité de bioética:* En la institución, abierto a la comunidad hospitalaria, integrado no solo por profesionales de este hospital sino también de otras instituciones de salud, que aportan distintas experiencias.
- *Capacitación de los equipos terapéuticos en el cumplimiento de los objetivos de la Ley N° 26657.*

### - Hospital Dr. José A. Estéves



Se inaugura en el año 1908 como Asilo de Alienadas, anexo del Hospital Moyano en Temperley, y en 1946 logra su autonomía. En 1976 se le impuso la denominación actual.

#### *Estado de la situación*

A continuación se señalan cuatro indicadores que describen la situación de la población internada, no sólo en términos de diagnóstico psiquiátrico sino especialmente en sus necesidades vitales:

- Aproximadamente 3 de cada 4 personas internadas tiene diagnóstico de Psicosis, lo cual destaca su afectación severa.
- Más de 300 personas que fueron tratadas durante su internación están en condiciones de *Alta Institucional*, pero ésta no puede efectivizarse por ausencia de red de soporte socio-familiar, lo que representa casi un 40% de las personas internadas.
- Casi el 60% de las pacientes internadas (475 pacientes) no cuentan con familiares o allegados que se ocupen, dependiendo completamente del hospital para todas sus necesidades.
- Alrededor del 20% de las internadas son dependientes físicamente.

#### *Programa de Atención en Crisis e Internaciones Breves.*

- Se incrementó la dotación de camas para la Atención en Crisis e Internaciones en Corto Plazo (70).
- Se redujo a 2 semanas promedio el tiempo de internación en el Servicio de Atención en Crisis.
- En un 25% el número de camas para internación prolongada en forma sostenida en los últimos doce años. El promedio actual es de 750 pacientes internadas.

#### *Programa de Rehabilitación y Externación Asistida.*

Se ha duplicado la cantidad de casas de convivencia del *Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA)*, reconocido a nivel nacional como programa modelo para la reinserción y recuperación de derechos de personas con trastornos mentales severos, de larga evolución y en situación social de desamparo. Actualmente cuenta con 100 personas bajo programa, en 17 casas de convivencia en las que residen 62 personas y se encuentran actualmente unas 28 en el *Dispositivo Intrahospitalario*, programa previo a la externación, que las prepara para su reinserción efectiva.

El PREA, permite la externación de personas que han sido abandonadas o no cuentan con una red familiar o social.

#### *Programa Vuelta a Casa*

Contempla un subsidio económico para posibilitar la externación. A través del Programa, desde el 2004 se han externado 230 pacientes que permanecían en forma prolongada sin criterio clínico que amerite la internación.

### *Programa de Provisión de Psicofármacos Esenciales*

Dirigido a una de las poblaciones más vulnerables afectada de Padecimientos Mentales Severos que se encuentran en tratamiento ambulatorio.

Una de las principales causas de reinternaciones son las frecuentes interrupciones del tratamiento, por el costo elevado de los medicamentos.

El objetivo del programa es evitar esas reinternaciones asegurando actualmente la provisión de psicofármacos esenciales a más de 4000 personas mensualmente.

El programa brinda cobertura no sólo a los pacientes del hospital sino también a más de un millar de personas del Conurbano que no pueden acceder a la medicación en sus localidades de origen.

### *Programa de Hospital de Noche*

Para personas internadas estables en lo clínico, necesitadas de un acompañamiento en su inserción en la comunidad, para retomar estudios, capacitarse en lo laboral, o desarrollar otras actividades.

Con un Equipo Interdisciplinario que acompaña la rehabilitación y la externación sustentable de las mismas.

### *Fortalecimiento de los Programas de Rehabilitación*

- Se ha duplicado el recurso humano destinado a actividades de Rehabilitación en el SERVICIO C.R.E.A.R.

- Se ha duplicado el número de internaciones en programas de rehabilitación. Se encuentran actualmente unas 400 bajo programa.

- Se ha triplicado el número total de actividades de rehabilitación de las internadas y mejoramos la calidad del servicio tendiendo a la personalización de los programas.

- Se ha implementado un Programa de Terapia Ocupacional destinado al fortalecimiento de la autonomía de pacientes con internaciones prolongadas con una cobertura de más de 100 internas y con una proyección de incremento sostenido para los próximos años.

- Se ha incluido el Acompañamiento Terapéutico como práctica institucional, a partir de convenios con las distintas curadurías, defensorías y tribunales de familia, quienes redireccionan recursos ociosos de las internadas para el sostenimiento económico y la mejora significativa de su calidad de vida.

Este programa está dirigido a las personas en riesgo, muchas de ellas abandonadas por su familia, de alta vulnerabilidad y con internaciones prolongadas. Actualmente 31 Acompañantes Terapéuticas brindan atención a 151 pacientes.

### *Protección de Derechos y Ciudadanía*

- Consentimiento informado: se ha implementado en todas las internaciones, el consentimiento informado, según las actuales normas de calidad asistencial.
- Seguridad Social: gestión y ampliación distintas formas de cobertura previsional (pensiones, jubilaciones) para más de un centenar de internadas. Actualmente se están gestionando beneficios para unas 70 personas más.
- Programa Derecho a la Identidad:
  - Se realiza identificación digital: a través de fotografía y huellas digitales.
  - Se ha desarrollado la Campaña Derecho al Voto con entidades promoviendo el derecho a votar de las internadas. Se realizó la campaña piloto logrando para la reciente elección presidencial que pudieran votar más de 100 pacientes.

### *Informatización de registros hospitalarios:*

- Se ha informatizado los registros de internación conformando una Base de Datos, para conocer los movimientos durante su estadía en el hospital (salidas terapéuticas, interconsultas) así como datos de familiares y judiciales.
- Se ha iniciado la informatización de los consultorios externos, en red con la oficina de estadísticas, para identificar rápidamente los antecedentes de las personas que consultan ambulatoriamente, así como aquellas que llegan a la guardia en situación de emergencia.
- Se ha puesto en marcha la informatización de los datos judiciales para que cada juzgado pueda tener un listado actualizado de sus pacientes.

### *Cambios en la estructura de Recursos Humanos:*

- Se ha ampliado la *Estructura Funcional* del Hospital con cuatro nuevas jefaturas.
- Se ha duplicado el plantel con egresadas de la Escuela de Enfermería propia.
- Se ha recuperado las Residencias en Psiquiatría y Psicología, las que junto con la Residencia de Trabajo Social conforman equipos de formación interdisciplinaria, orientados a la Comunidad.
- Se ha duplicado la dotación de Trabajadores Sociales con gran impacto en las redes de apoyo de las internas, la gestión de recursos comunitarios y la cobertura en materia previsional y de seguridad social.
- Se ha creado el Programa de Terapia Ocupacional.
- Se han incorporado más de 30 Acompañantes Terapéuticos supervisados y ca-

pacitados por el servicio de rehabilitación e integrados a los equipos de Sala.

### *Formación Continua*

- Aumento de cobertura en la formación de RRHH.
- Aumento de cobertura en la formación de los equipos.
- Se ha duplicado la cantidad de personas que asisten a las distintas actividades de formación.
- Se ha constituido la Sede de la Carrera de Especialista en Psiquiatría de la UBA
- Se recuperan las Residencias en Psiquiatría y Psicología.
- Se ha formado una cuarta cohorte de la Escuela de Enfermería.
- Se cuadruplicó el número de pasantes de escuelas de enfermería. Actualmente existen alrededor de 300 pasantes por año.
- Se ha creado un *Programa de capacitación* para los profesionales con responsabilidades de conducción, de tres años de duración.
- Se ha creado la *Escuela de Formación de Acompañantes Terapéuticos*.

## 3.1 “Las estrategias de respuesta”

A partir de la unificación de la estructura de Salud Mental con la de Atención a las Adicciones comienza un proceso de transformación y de posicionamiento progresivo de la problemática en la agenda pública provincial, y se establecen las acciones en respuesta al Plan diseñado.



El objetivo del mismo fue avanzar en el cambio de paradigma, reconociendo a la persona con algún padecimiento mental como sujeto de derecho, en congruencia con toda la normativa internacional de derechos humanos aplicados a la materia.

La estrategia planteada de integralidad y territorialización conlleva al acercamiento de los servicios asistenciales y preventivos públicos a la comunidad, requiriendo en esencia el cambio paulatino del enfoque, integrar jurisdicciones, disciplinas, saberes y experiencias, y ampliar el número de servicios.

Los dispositivos creados cuentan con agentes con experiencias disímiles y perfiles diferentes (trabajadores sociales, operadores socio-comunitarios, psicopedagogos, psicólogos y acompañantes terapéuticos) con la intención de ir consolidando abordajes integrales e interdisciplinarios.

## 3.2 Renovando capacidades: nuevas miradas, nuevas profesionalidades

### - Servicios Integrados de Salud Mental y Adicciones.

En el año 2013 se pone en marcha en la ciudad de Berisso el primer Servicio Integrado de Salud Mental y Adicciones, creado por la Resolución N° 1824 el 20 de mayo de 2014, en el marco de la nueva política de salud mental. El objetivo fue potenciar la inserción local de los servicios asistenciales y lograr que los trabajadores especializados en salud mental, antes abocados a la atención en servicios monovalentes, se sumen a la construcción de espacios de atención integral en las distintas localidades.

En esencia la propuesta plantea ampliar el trabajo con los referentes comunitarios a fin de desmontar las lógicas manicomiales y estigmatizantes respecto de las personas con padecimientos mentales, promoviendo líneas de abordaje preventivas y de promoción de la salud. Esta modalidad habilita el desarrollo de respuestas sanitarias (de recepción-alojamiento-articulación) movilizandorecursos específicos, pero incluyendo también a familiares, organizaciones, referentes comunitarios e instituciones sanitarias locales, sin los cuales difícilmente puedan construirse las condiciones para el sostenimiento e inserción de

### ¿Qué son los Servicios Integrados?



los afectados en la comunidad.

Actualmente se están implementando en toda la Provincia, con sede en su mayoría en los Centros Provinciales de Atención (CPA) 77 Servicios Integrados, que buscan apuntalar respuestas georreferenciadas y abordajes comunitarios en base a ejes como, la corresponsabilidad de los distintos niveles del sistema sanitario y político.

Esto supone la firma de convenios Provincia-Municipio para concretar la cooperación e integración entre jurisdicciones. Uno de los indicadores que muestra el impacto de la implementación de esta política fue la reducción de las derivaciones a los monovalentes, procedentes de distintos municipios, al ser resuelta la demanda a nivel local, mediante dichos Servicios.

Los distritos que funcionan con esta modalidad por convenio son hasta el momento: Castelli, Bragado, Magdalena, Carlos Casares, Lamadrid, Villa Gesell, Lobería, Punta Alta, Necochea, General Belgrano, Monte, La Matanza, Berisso, City Bell y La Plata.

#### **- Programa Regional Interdisciplinario de Enlace Comunitario (PRIEC).**

El PRIEC, creado por Resolución N°004472 constituye un programa de abordaje itinerante destinado inicialmente para los casos con problemas de salud mental y adicciones judicializados de la Región Sanitaria XI. Su principal eje de trabajo reside en el dispositivo de acompañamiento del paciente y su familia concebido como una estrategia preventiva de futuras internaciones y /o judicialización innecesarias.

Como antecedente previo a este Programa, en Agosto del 2007 en la Región Sanitaria VI se instituyó el Equipo Regional de Intervención en Crisis (ERIC), con base en el Hospital Melo de Lanús, que concurría



Actualmente, los Convenios Marco de Cooperación por Servicios Integrados de Atención se refieren a los siguientes Municipios:

La Municipalidad de Castelli, por el cual las partes acuerdan la puesta en marcha del dispositivo supra referido, compuesto por un equipo interdisciplinario conformado por profesionales de salud mental del Hospital Dr. Ramón Carrillo y profesionales del Centro Provincial de Atención (CPA) local de la Red de Atención. Suscripto el 24/04/2014.-

Otro Convenio del mismo tenor fue suscripto en fecha 10/07/2014 con la Municipalidad de La Matanza, por el cual, las partes acuerdan instrumentar en forma conjunta la puesta en marcha de los Servicios Integrados de Salud Mental y Adicciones que a continuación se detallan:

a) Servicio de Emergencia de Salud Mental y Adicciones. Equipo Móvil (Área Emergencia). Con base en el Hospital Zonal General de Agudos "Simplemente Evita" de la Localidad de González Catan y Unidad de Pronta Atención (UPA 24) sita en el Km 29 de la Localidad de González Catan, Partido de La Matanza.

b) Servicio de Evaluación en Guardia sito en el Hospital Zonal General de Agudos "Dr. Diego Paroissien".

Por medio de este acuerdo, el Municipio se compromete a poner a disposición de la Subsecretaría, los espacios físicos necesarios para el funcionamiento de los Servicios Integrados entre los Centros Provinciales de Atención (C.P.A) con Centros de Atención Primaria de la Salud. Dichos espacios físicos se encuentran ubicados en:

- Centro de Salud I. Ezcurra, sito en calle López May y Achupalla, Barrio Villa Dorrego, González Catán.

- Centro Cultural Ballestrini, sito en calle Escribano N° 660 Ruta 3 km 41 Barrio Breña, Virrey del Pino.

- Centro de Salud Dr. Carrillo, sito en Avenida Central y Calle 200, Ciudad Evita.

- Centro de Salud Dr. Sakamoto, sito en calle Dávila y Jaramillo, Rafael Castillo.-

- Unidad de Salud Gregorio de Laferrere, sita en Estanislao del Campo N° 3600, Laferrere.

- Unidad de Salud Monseñor Bufano, sita en Calle Aragón N° 4800 y Las Flores, Gregorio de Laferrere Norte.

- Unidad de Salud Juan XXIII, sita en calle Los Claveles N° 750, Barrio 22 de Enero, Ciudad Evita.

- C.I.C. (Centro Integrador Comunitario) 2 de Abril, sito en Mariquita de Thompson y Ricciari, Villa Madero.

- C.I.C. (Centro Integrador Comunitario) Las Antenas sito en Av. San Martín N 4370 Localidad Lomas del Mirador.

- Unidad Sanitaria Aldo Bonzi sita en calle Pilcomayo y Cucha Cucha.

---

Con la Municipalidad de Magdalena, se ha establecido un Servicio Integrado conformado por un equipo interdisciplinario integrado por profesionales de Salud Mental del Hospital Santa María Magdalena y profesionales del Centro Provincial de Atención (CPA) local. Suscripto el 11/09/2014.-

Asimismo, se ha acordado mediante Convenio la puesta en marcha de Servicios Integrados en los partidos de:

Bragado: Suscripto el 18/06/2015.-

Carlos Casares: Suscripto el 10/02/2015.-

La Plata: (en los barrios de Altos de San Lorenzo, el Palihue, City Bell y San Carlos). Suscripto: 22/10/2014.-

Asimismo se proyectaron en los distritos de General La Madrid y Monte Hermoso.

Por su parte, cabe informar que fue remitido desde la región a esta Área un convenio por servicios integrados suscripto por el Secretario de Salud del Municipio de Tandil. Suscripto el 15/01/2015.

En referencia a la Municipalidad de Villa Gesell, existe suscripto con fecha 9/1/2015 un Convenio Marco de Cooperación. Como modalidad de cooperación la Municipalidad aporta un espacio físico de un inmueble (Boulevard entre Paseo 124 y 125) para instalación y funcionamiento de dispositivo terapéutico Centro Provincial de Atención a las Adicciones (CPA).

En relación al Municipio de Necochea, fué suscripto con fecha 20/8/2014 un Convenio Marco de Cooperación. Como modalidad de cooperación la Municipalidad aporta un espacio físico de un inmueble (Calle 75 N° 3128 entre 68 y 70) para instalación y funcionamiento de dispositivo terapéutico Centro Provincial de Atención a las Adicciones (CPA).

Cabe aclarar que por Resolución N° 1824 del Sr. Subsecretario de fecha 15 de Mayo de 2014 se crean los Servicios Integrados de Salud Mental y Adicciones, conformado por recursos físicos y humanos especializados en Salud Mental, aportados y compartidos por la Provincia y/o los Municipios.

---

Actualmente se están implementando en todo el territorio provincial, con sede en los Servicios de Salud Mental y Adicciones (CPA) 62 Servicios Integrados.

a los hospitales generales carentes de atención específica en Salud Mental, a fin de evaluar y definir las conductas a seguir en los casos críticos, incluidas las derivaciones a dispositivos de la Subsecretaría.

En el 2012 se crea otro dispositivo del mismo tenor: el 107 Adicciones, con el objetivo de brindar una respuesta rápida de apoyatura a los servicios de guardia hospitalaria para evaluar, junto a los mismos, al paciente crítico con padecimiento en salud mental y posibilitar su ingreso a la red asistencial de acuerdo a cada situación.



Con la creación del **Programa Regional Interdisciplinario de Enlace Comunitario PRIEC**, se pone énfasis en el fortalecimiento de la red de servicios de salud mental ambulatoria, para atenuar los vacíos existentes en el sistema asistencial, que dificultan la externación de los pacientes de los servicios de larga estadía y la inclusión en la comunidad de las personas confinadas en ellos.

Tres situaciones concurrentes favorecieron y aceleraron este proceso: por un lado las

trágicas inundaciones en la ciudad de La Plata -abril de 2013- que llevaron a poner en marcha equipos interdisciplinarios de abordaje en salud mental comunitaria dado los efectos postraumáticos provocados por el desastre.

Por otro lado, la necesidad de dar respuesta a un importante número de oficios librados por los Juzgados de Familia, que solicitaban a los distintos servicios la evaluación de personas con presunto padecimiento mental o por consumo problemático de sustancias, para posibilitar el traslado y la internación de los mismos. Y, en tercer lugar, la creciente demanda de parte de profesionales de guardia y de planta de hospitales generales, de capacitación y apoyatura en la asistencia de personas con situaciones de crisis en salud mental, intoxicaciones por sobredosis y/o cuadros de abstinencia.

El PRIEC promueve la atención domiciliaria como un nivel de atención estratégico para los casos que no pueden ser sostenidos mediante tratamientos am-

bulatorios o que han cursado una internación y requieren de un seguimiento y acompañamiento continuo, constituyendo una alternativa a la internación hospitalaria.

Incluye a aquellas personas que atravesando un proceso judicial no pueden ser asignadas al nivel ambulatorio para evaluación o tratamiento; a las que presentan trastornos mentales y/o consumo problemático de sustancias sin descompensación y/o a aquellas que abandonan, no tienen adhesión al tratamiento o requieren de un acompañamiento intensivo para el mismo.

La estrategia del PRIEC apuesta a desarrollar alternativas terapéuticas que promuevan la integración del sistema de salud y del paciente con su entorno familiar, laboral y comunitario. Su implementación prevé el desarrollo de un ámbito de formación y supervisión para los equipos de salud intervinientes.

**- Acompañantes en la Red: diferentes profesionalidades, el mismo objetivo.**

El Acompañante Terapéutico (A.T.) constituye, desde una perspectiva integral, un trabajador sanitario, capacitado para acompañar, cuidar y aliviar a personas con padecimientos psíquicos, físicos, sociales o educativos en distintas situaciones y escenarios, a modo de dispositivo preventivo y rehabilitador. El acompañante en estos términos constituye un nuevo integrante del equipo de salud pública, facilitador y promotor en la tarea de reforma del modelo de atención.

El escenario de las inundaciones en La Plata, significó también un desencadenante para la incorporación de este agente en los equipos de salud. La Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones participante y coordinadora del amplio operativo sanitario -dispuesto por el Ministerio de Salud bonaerense- junto a la Red Provincial de Salud Mental en Incidente Crítico (PROSAMIC) y la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones conformaron un Comité de Interven-



ción en Crisis, a los fines de ofrecer una respuesta rápida. Para aproximar los distintos servicios asistenciales a la población damnificada, el mismo Comité dispuso la participación de Acompañantes Terapéuticos como parte de los equipos de profesionales de los Hospitales Móviles y Carpas Sanitarias destinados al abordaje del desastre, lo que constituyó una experiencia excepcional que demostró la potencialidad que ofrece el funcionamiento integrado entre distintas profesionalidades, sectores, conocimientos y prácticas en el logro de un objetivo.

Equipos de profesionales de la Subsecretaría, que desarrollan sus tareas en servicios de diferentes Regiones Sanitarias (XI, V, VI, XII y IV) intervinieron además en lo que se denominó "La vuelta a casa"; un operativo de contención y atención de aquellas personas que regresaban a sus hogares afectados. La acción cooperativa de otras instituciones como la del Colegio de Psicólogos del Distrito XI de la Ciudad de La Plata, potenció el trabajo de los equipos con profesionales que se incorporaron de manera voluntaria, recorriendo las zonas más perjudicadas, en visitas puerta a puerta, en actividades de vacunación y atendiendo consultas espontáneas.

Bajo estas diferentes modalidades de atención y de intervención los equipos respondieron a más de 9.000 consultas. A partir de esta experiencia, el ingreso paulatino de Acompañantes Terapéuticos en la actividad territorial continúa implementándose tanto en relación a lo asistencial, como en actividades que se vinculan a estrategias preventivas y de promoción de la salud mental. El próximo desafío será institucionalizar más su pertenencia al sistema de salud integrándolos a la ley de carrera sanitaria.

#### - Programa Tramando Barrio

Es una herramienta de inclusión para el abordaje del consumo problemático de sustancias en el territorio, haciendo hincapié en el trabajo comunitario y en la conformación de redes. Su eje principal es el armado de un entramado barrial que propicie la atención de las problemáticas de la salud mental en la comu-



idad, donde las personas viven y se desarrollan.

Las problemáticas en torno al consumo problemático de sustancias -particularmente en relación con las representaciones sobre la niñez, la adolescencia y juventud- han mostrado tal complejidad que sólo abordajes integrales y comunitarios, con todas sus particularidades, pueden dar algunas respuestas bajo las exigencias de este nuevo paradigma. A la vez los principios de restitución de derechos convocan a pensar y diseñar nuevos abordajes en y con la comunidad, reemplazar las prácticas tutelares imperantes desde hace más de un siglo, por otras que contemplen la complejidad de los contextos y los sujetos que los habitan.

El Programa plantea además como objetivo el armado de equipos territoriales que acompañen experiencias de trabajo desarrolladas previamente e impulsen proyectos y producción de herramientas para los mismos. También promueve espacios de alojamiento a poblaciones que desconocen el funcionamiento o los recursos que el Estado ofrece como respuestas a sus problemáticas y/o han tenido experiencias negativas con intervenciones más de índole represiva y de control, que garante de sus derechos.

La idea es recuperar aquellas acciones de salud que privilegian lo colectivo y la grupalidad y reinventar prácticas e instrumentos para poblaciones cuya subjetividad se ha constituido al margen de las instituciones del Estado.

Esto obliga a revisar las prácticas profesionales y los dispositivos que, en el caso del consumo problemático, requieren de un diseño de estrategias descentradas del individuo y la sustancia, haciendo hincapié en los *lazos sociales y la salud colectiva*.

Bajo la perspectiva de ampliación de derechos, justicia social e inclusión, el *barrio* pasa a constituirse como el lugar compuesto por múltiples territorios, en el que diversos actores sociales disputan y ocupan el espacio y



## # las voces

Me gusto recorrer los barrios, ya que nunca hice algo así, el hablar y estar con tantos chicos y su familia y el ver la alegría que tenían cuando nos veían en la semana que andábamos folleteando...

El estar en contacto con los chicos es para que ellos sepan que pueden proponernos algo que quieran hacer con la ayuda de nosotras...También me pone feliz cuando me reconocen en la calle o en otro lugar...

*Rosa Negrete.*

*Equipo Tramando Barrio  
Junín*

desde donde se piensan y desarrollan las condiciones de intervención. Esto solicita de lecturas complejas, por ser un lugar donde conviven lógicas diferentes e invita a pensar estrategias ante lo instituido, a planificar para contener aquellas situaciones que se presentan en su complejidad y que requieren estrategias de red frente al aislamiento de las prácticas, y de conformación de equipos ante la fragmentación institucional.

Desde su creación, Tramando Barrio ha realizado distintas experiencias, entre ellas las implementadas en las ciudades de Junín, Tandil, Rauch, Dolores, Tres Arroyos, Pigue, La Matanza (Barrio La Cárcova) Lujan, Mar del Plata, Tornquist, Pila, Bahía Blanca, Pedro Luro, General La Madrid, Chascomus y La Plata.

### *El recorrido de Junín.*

La presentación de Tramando Barrio en la ciudad de Junín, constituyó el punto de llegada de un recorrido iniciado en 2014 junto a integrantes de la ONG "Pensar Junín" producto de una demanda puntual por problemas de violencia juvenil en esa ciudad. Se organiza entonces un encuentro de trabajo que termina con el dictado de un Curso para actores sociales e institucionales para la construcción de una propuesta institucional más amplia, que aloje la complejidad que estas problemáticas requieren.

La primera etapa consistió en la selección de los barrios en los que se empezaría a desarrollar el proyecto, la conformación de equipos y el planteamiento de objetivos con los que se iría al territorio. La selección estuvo relacionada con el nivel de problemática en torno a la violencia juvenil -violencia que se ligó, desde un sentido común muy instalado, al consumo problemático de sustancias.

Los barrios elegidos fueron Capilla de Loreto y Fonavi, con sus áreas circundantes. La segunda etapa estuvo abocada a la recolección de datos en función de los objetivos propuestos, para lo cual se organizó una serie de visitas a



instituciones barriales (sociedades de fomento, clubes de fútbol, escuelas, salas de atención primaria de la salud, entre otras). Estas visitas, pusieron en evidencia la preocupación generalizada de la comunidad local, por la situación de la juventud, fundamentalmente del futuro de los niños y preadolescentes.

*¿Cómo armar entonces una propuesta que estuviera vinculada a la salud?*

Las primeras actividades fueron la organización de una jornada de "mate y graffitis" en el barrio Capilla de Loreto y la realización de una encuesta en el barrio Fonavi -uno de los barrios más estigmatizados de la ciudad de Junín-. Ambas orientadas a referenciar a los equipos y conocer el lugar donde viven los jóvenes con los que se iba a trabajar. Se hizo necesario diferenciar estas primeras experiencias, ya que en el caso de Capilla de Loreto las integrantes del equipo tenían trabajo previo, no así en el barrio Fonavi.

En las jornadas de "mate y graffitis" se trabajó el tema de la salud y el consumo problemático de sustancias con recursos expresivos, a la vez que se colocó un buzón para que los chicos dejaran en un mensaje escrito lo que les gustaba hacer. En uno de los graffitis se leía "el fútbol es salud" y en los intereses recogidos a partir del buzón apareció nuevamente el fútbol como lo que despierta mayor interés. Con estos emergentes se organizó un torneo en el barrio Fonavi y luego en Capilla de Loreto. Las actividades tuvieron una repercusión que excedió las expectativas, al acercarse personas de las instituciones del barrio, además de jóvenes referenciados en distintos equipos y sus familias. Esto dio pie a que se continuaran las actividades vinculadas al fútbol incorporando nuevas personas a su organización, lo que posibilitó empezar a identificar los posibles actores de las futuras propuestas de trabajo.



### - Grupos de Autoayuda Bonaerense en Adicciones (GABA)

Los GABA representan un modelo socio-terapéutico cuyo fundamento se enmarca en la perspectiva de ayuda mutua, donde con el tiempo y una apertura especial por parte de las personas que allí participan, se establecen las condiciones para asistir y prevenir las complicaciones del uso problemático de sustancias.

La coordinación de estos dispositivos la realizan personas que -en su mayoría- han superado con éxito su adicción que se acercan a quienes lo necesitan con un lenguaje directo y la propia experiencia a cuestas, generando un vínculo de pares que facilita muchas veces la recuperación.

Los GABA son parte de la red de servicios de atención que presta la Subsecretaría en forma permanente. Sus operadores, teniendo en cuenta la realidad particular de cada contexto, evalúan cuál es la metodología adecuada a implementar entre la diversidad de dispositivos de intervención que se dispone. Las modalidades de atención son:

- G.A.B.A. Clásico: destinado a personas que padecen el uso problemático de sustancias.
- G.A.B.A. Familia: destinado a familiares y allegados que padecen el problema de co-dependencia, más allá de que la persona con uso problemático de sustancias concorra o no a tratamiento.
- Trabajo de calle: se trata de "estar" en los contextos cotidianos de aquellos que sufren, para facilitar la accesibilidad a la atención.
- Trabajo en instituciones cerradas: se llevan a cabo acciones destinadas a

contener, acompañar y atender a las personas alojadas en los Centros de Recepción, Evaluación y Ubicación de Menores de edad en conflicto con la Ley Penal y en las Unidades Penitenciarias.



## - Programa Arte y Salud

Se creó como parte de las estrategias comunitarias impulsadas por la Subsecretaría, para estimular el desarrollo de actividades artísticas, deportivas y recreativas, buscando promover hábitos saludables.

Asumiendo el concepto salud-enfermedad como proceso, construido colectivamente por dimensiones culturales, sociales, políticas, económicas y ambientales, se adopta la promoción del bienestar físico y mental de la comunidad, acorde a su tiempo y a su espacio y mediante acciones que protejan y desarrollen valores propios de cada cultura.

El arte, el deporte y las actividades recreativas, conforman herramientas fundamentales para la construcción de ámbitos saludables, constituyéndose en ejes de intervención dentro de los dispositivos de salud mental y prevención del consumo problemático de sustancias. De esta manera se realizan talleres artísticos, recreativos y deportivos, capacitación en oficios y apoyo escolar. Para llevar adelante estas iniciativas resulta central la capacitación de talleristas y operadores de la red, la implementación de trabajos interinstitucionales -con diversos organismos de la Salud, el Arte y el Deporte- e instituciones ligadas al trabajo comunitario.

A partir del año 2013, a través de la **Cátedra de Muralismo** se inicia un trabajo conjunto con la **Facultad de Bellas Artes**, con la propuesta de realización de murales comunitarios entre artistas, efectores y usuarios de Salud Mental, y vecinos. En mayo de 2014, se firma un Convenio para propiciar el desarrollo de proyectos artísticos en barrios y comunidades terapéuticas, y la capacitación disciplinar específica para talleristas.

En un trabajo articulado con los equipos de los CPA y los referentes barriales donde se realizan las intervenciones



comunitarias, el acuerdo posibilitó la participación de alumnos y docentes de las Carreras de Música, Artes Plásticas, Artes Audiovisuales, Diseño en Comunicación Visual y Diseño Industrial y Multimedia, para la realización de talleres e intervenciones artísticas, como parte integradora de las estrategias de prevención y asistencia de la salud mental.

En ese marco, se llevaron a cabo los talleres y la realización de murales comunitarios en los barrios de La Franja (Berisso), Altos de San Lorenzo, City Bell y Los Hornos, entre otros.

### *Jornadas Provinciales de Capacitación e Intercambio para Talleristas*

Estas Jornadas conforman un espacio de formación, reflexión e intercambio, donde re-pensar en forma colectiva, el rol del tallerista como agente sanitario. Desde el año 2012 se desarrollaron múltiples encuentros de talleristas junto a operadores comunitarios pertenecientes a la Subsecretaría, y a distintas instituciones de salud provincial, municipales, y de la Secretaría de Niñez y Adolescencia de la Provincia de Buenos Aires.

En las **Primeras Jornadas Provinciales de Capacitación e Intercambio** para Talleristas -2012- se problematizó de manera colectiva la importancia de las artes en la problemática de la salud y el perfil y rol del tallerista requerido en este campo.

Los encuentros fueron: - *Intercambiando experiencias: Re-pensar el rol del tallerista; Puesta en común de la actividad en comunidad y Encuentro de profesores de educación física*, (organizado junto con la Secretaría de Deportes de la Provincia de Buenos Aires.) - *El quehacer creativo como dispositivo articulador dentro del Sistema de Salud; Arte y Salud en el ámbito del Hospital Dr. Alejandro Korn; de Romero: Planificando para mi comunidad; El cuerpo (sobre la percepción y relación con el cuerpo de los pacientes en tratamiento por consumo problemático de sustancias.)*

Durante el 2013, se organizaron



---

En el CPA de Villa Elvira (La Plata) Juan C. participó en un taller de música; allí descubrió que cantar podía convertirse en su proyecto de vida. Con el apoyo de un equipo conformado por psicólogos, operadores terapéuticos, trabajadores sociales, y el aliento del grupo de chicos con el que convive en una Casa de Abrigo, formó "Rap de Calle", el proyecto musical que lo tiene como protagonista. A partir de diciembre de 2012, y a través de la articulación entre la Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones y la Secretaría de Niñez y Adolescencia provincial, niños alojados en Casas de Abrigo Transitorio (C.A.T.) comenzaron a acercarse al Club Victoria, el sitio donde el CPA de Villa Elvira ofrece su taller de música.



Con una participación que aumentaba su frecuencia semanal y cada vez más comprometida, Juan C. comenzó a trabajar cuestiones técnicas de la música, relacionadas a la interpretación estilística, el lenguaje, la afinación, y la diversidad rítmica. Luego el trabajo continuó en la Casa de Abrigo donde actualmente reside, profundizando el proceso de composición de sus canciones. Ya en el año 2013, se sumó el programa Barrio Adentro de la Secretaría de Niñez y Adolescencia, colaborando con quienes emprendieron la grabación, mezcla y masterización de la música y las voces de lo que sería "Sentimiento callejero", la primera producción discográfica de Rap de Calle.

Antes, hubo algunas presentaciones en sociedad. La Primera, durante el denominado "Encuentro musical", en donde también actuaron la "Sensación urbana" y la "Chu chu banda", los proyectos musicales que los chicos del barrio platense de Altos de San Lorenzo gestionan en el marco de los talleres de batucada y ensamble musical que se coordinan desde la Subsecretaría y la Secretaría de Niñez y Adolescencia. También, escuelas secundarias y otros clubes de barrio, así como bares platenses pudieron escuchar las historias y problemáticas actuales de los jóvenes que viven en barrios marginales, en la voz de Juan.

Con un repertorio consolidado y la confianza adquirida durante el trabajo junto a Matías, Juan también recibió el apoyo del grupo "Presupuesto 0", quienes se encargaron de producir y llevar adelante –a partir de una idea de Juan– la filmación del video clip de uno de sus temas: "Si mañana muero".

Disco y video clip, se presentaron en un reconocido pub de la capital provincial y fueron recibidos con entusiasmo por quienes hasta allí se acercaron.



las **Segundas Jornadas Provinciales de Capacitación e Intercambio para Talleristas**, encuentros de formación técnica y armado de talleres de disciplinas específicas entre los que se destacaron: *El Taller como Dispositivo en Salud*; *Guía Teórica y Práctica para Talleristas*; *Deporte y Recreación (capacitación organizada junto a la Secretaría de Deportes de la Provincia)*; *Música y Expresión vocal, coordinado por integrantes del proyecto "Cisne del Arte"*, de la Casa de Pre-Alta del Hospital Dr. Alejandro Korn. *Lenguaje y Técnica Audiovisual*: clase sobre lenguaje audiovisual y uso de recursos tecnológicos necesarios para la realización de talleres

audiovisuales y práctica in situ de lo aprendido junto a los asistentes del encuentro.

Durante 2014, se llevaron a cabo en La Plata, Saladillo y Olavarría, las **Terceras Jornadas Provinciales de Capacitación e Intercambio** en las que se destacaron los talleres: *Muralismo Comunitario: Teoría de la Práctica Artística Comunitaria. Producción, Técnica y Lenguaje* –Olavarría- Se organizó junto al municipio y CPA, exponiéndose metodologías y herramientas técnicas a los talleristas participantes del curso, de la Región Sanitaria IX. *Producción, Técnica y Lenguaje Audiovisual*: -Saladillo- organizado junto al municipio y CPA.



### **La Corporalidad en Ámbitos de Promoción de la Salud.**

En el marco del convenio con la Facultad de Bellas Artes de la Universidad Nacional de La Plata, se implementaron las Jornadas Provinciales de Capacitación en Salud, Arte y Actividad Física dirigidas a Talleristas y Operadores Terapéuticos de la Subsecretaría, de la Secretaría de Niñez y Adolescencia de la Provincia de Buenos Aires y efectores de salud provincial y municipal.

### **Otras Prácticas Artísticas**

A través de la *Cátedra de Teoría de la Práctica Artística*, y en un trabajo interdisciplinario con los equipos de los CPA, se llevaron adelante talleres de arte dictados por alumnos de Bellas Artes que realizan sus prácticas docentes y comunitarias, en espacios de atención de Salud Mental.

*Taller de Stencil* en Casa del Hospital Elina de la Serna, los docentes trabajaron sobre los derechos del niño, con niños y jóvenes de entre 6 y 15 años.

*Taller de Producción Audiovisual: "Miradas de Barrio"* Proyecto propuesto por el CPA de Berisso, se inicia con la participación en el armado y realización del *Taller de Producción Audiovisual de documentales*, referidos a los intereses propios de la comunidad y destinado a niños y adolescentes de la localidad.

*Taller de Artes Plásticas*: en Altos de San Lorenzo. A partir de la propuesta de taller de artes plásticas, iniciada por el CPA de Altos de San Lorenzo –La Plata- en 2015 el equipo de Arte y Salud se suma a las actividades, participando de las clases destinadas a niños.

*Taller de Mural La Plata*, el taller de armado de mural colectivo, junto a los pacientes e integrantes del equipo de dicho espacio.

*Cine Móvil*: actividad itinerante del Programa Arte y salud, basada en la proyección de películas con un fin recreativo y educativo, en centros de atención y espacios de la comunidad.

### **Jornadas de Arte y Salud Mental**

Las Jornadas *"El diálogo con el arte en el proceso de construcción colectiva del nuevo paradigma en salud mental y usos problemáticos de sustancias"*, conforman otra actividad en el marco del convenio de colaboración mutua, entre la Subsecretaría y la Universidad Nacional de La Plata. Esta instancia de formación estuvo destinada a estudiantes, docentes, investigadores y extensionistas de la Facultad de Bellas Artes de la UNLP.

El objetivo fue el intercambio, la posibilidad de repensar ideas fuertemente instituidas sobre la salud mental y las adicciones,





apuntando a producir conocimiento y nuevas herramientas que den soporte a la creación de dispositivos alternativos.

Entre las jornadas realizadas se encuentran: *El nuevo paradigma y Derechos Humanos en Salud Mental; Pautas culturales de nuestra época que influyen en la extensión de las adicciones, la compulsión generalizada; y la oposición entre adicción y creatividad; Exposición y debate sobre la idea de la Cultura como generadora de nuevas significaciones de salud.*

Además, en el marco del programa provincial “Comunidad Activa por la Salud” se organizaron encuentros para la realización de los Talleres de eco-arte, que se sumaron a las actividades de control odontológico, presión, glucemia y vacunación de animales. Se incluyeron además exposiciones, talleres artísticos, juegos recreativos, bandas en vivo y espacios deportivos, entre otras cosas.

### **La fuerza de la interdisciplina y lo interinstitucional**

Además del proceso de trabajo e intercambio logrado con la Facultad de Bellas Artes en una gestión interinstitucional, se llevaron a cabo otros acuerdos que implicaron relaciones e intercambios del mismo tenor. Así es como se organizaron, junto con el **Instituto Cultural Bonaerense**, actividades recreativas, teatro, plástica, canto, títeres y danza, destinados a pacientes de las Comunidades Terapéuticas y a vecinos de La Plata, Brandsen y La Matanza, en el marco de las Jornadas Saludables organizadas por el Ministerio de Salud provincial.

También en el marco del convenio firmado entre la Subsecretaría y el **Organismo Provincial para el Desarrollo Sostenible (OPDS)**, se realizaron actividades de capacitación y reflexión sobre la problemática social del tratamiento de residuos y de reciclado. El taller, a cargo del área de dicho organismo, contuvo temas como la concientización del cuidado del medioambiente, la contaminación del suelo y del agua, la reutilización, reducción, separación y clasificación de los residuos. Participaron entre otros actores, pacientes del Centro, vecinos del barrio e integrantes de la Mesa Intersectorial.

En el mismo sentido los Talleres de Arte y Corporalidad, realizados en la **Casa de Día del Hospital Reencuentro**, estuvieron destinados a adolescentes y

adultos con problemas de consumo que concurren a la Casa. Los encuentros incluyeron distintos proyectos artísticos vinculados a la música, el teatro, el cine debate, la plástica y la realización audiovisual.

### 3.3 Formar, capacitar: ejes del proceso de transformación

Realizar la tarea cotidiana bajo el enfoque del nuevo paradigma, implica repensar conceptualizaciones, actualizar conocimientos y procesos de formación en dicho contexto e investigar a la vez alternativas que permitan crear prácticas que concreten y hagan viable la nueva perspectiva.

El modelo de atención centrado en la lógica manicomial con el que se ha venido trabajando en el campo de la salud mental no se agota en los muros de los hospicios, sino que los trasciende y se reproduce en distintas instancias del sistema de salud. El hacinamiento en hospitales monovalentes, la estigmatización y las prácticas segregativas, hacen necesario reconsiderar las modalidades de trabajo para eliminar viejas rutinas.

Las prácticas que la nueva ley de Salud Mental plantea, el resguardo de los Derechos Humanos y adoptan por lo tanto la estrategia de Atención Primaria de la Salud como prioridad, donde el cuidado, la asistencia y el acompañamiento son pensados en el ámbito comunitario, en el marco de la inclusión social. Esto demanda un énfasis de intersectorialidad e interdisciplina en la formación e integralidad en la atención y los cuidados comunitarios.

Las gestiones educativas y de capacitación iniciadas fueron pensadas con ese enfoque y son el resultado de un trabajo de investigación, interacción e intercambios entre los diferentes actores del sistema, en una crítica revisionista de las prácticas existentes. Desde esta mirada cobran especial importancia las nociones de *acompañamiento, comunicación e interacción, producción de ciudadanía, cuidado de la vida, solidaridad y cooperación*.



El Ministerio de Salud y la Dirección General de Cultura y Educación acuerdan el Plan de formación para Acompañantes Terapéuticos de la Provincia de Buenos Aires, aprobado por resolución 1014/14.



El proceso de formación-actualización constante adoptado por la Subsecretaría, significó un importante giro en lo conceptual y en lo metodológico de las prácticas de los trabajadores, que apunta a superar el modelo clásico de aprendizaje de modalidad "áulica". El mismo parte de la experiencia como fuente de conocimiento y de la problematización del propio quehacer; incorpora el enseñar y el aprender a la cotidianidad del trabajo situando a los sujetos como actores reflexivos y constructores

de conocimiento.

Con este propósito formativo se organizó, el 3 de diciembre de 2012 en la Ciudad de La Plata, el "Primer Encuentro Provincial de Salud Mental y Adicciones". En el 2013, se realizan otros similares de carácter interregional, que dieron lugar a la elaboración del "Consenso de la Provincia de Buenos Aires". Los mismos se llevaron a cabo en las localidades de La Plata, Lomas de Zamora, Tres Arroyos, 9 de Julio, Mar del Plata, La Matanza, contando con la participación de más de 850 profesionales del campo de la salud mental.

Las "**Jornadas Interregionales sobre las adicciones y el uso problemático de sustancias**" fue otra iniciativa que posibilitó recuperar algunas experiencias desarrolladas previamente con los equipos de la Red, y al mismo tiempo reconquistar espacios de encuentro. Las mismas se realizaron en la Universidad de Lanús (Regiones Sanitarias V, VI, VII, XI y XII), y en el Circulo Médico de Junín (Regiones Sanitarias II, III, IV y X) con la participación de 250 profesionales.

El trabajo realizado en las Jornadas permitió profundizar y debatir con los equipos del sistema, sobre la reforma planteada por el nuevo paradigma tanto en términos de representación como a nivel de las aplicaciones.

**- Actividades realizadas en esa línea:**

*Curso en Emergencias Clínicas por Abuso de Sustancias:* a cargo del Centro de Referencia



Provincial en Toxicología de La Plata, con la participación de más de 700 profesionales de la salud que recibieron herramientas para la mejor atención de dichas urgencias toxicológicas. Fue destinado a docentes, coordinadores de la tecnicatura y responsables regionales de enfermería.

Se inició además un curso de capacitación específico que contempló la incorporación del uso problemático de sustancias como contenido y eje transversal en la formación de los enfermeros, en el 1º año de la Tecnicatura Superior en Enfermería (TSE) en la sede de la Región sanitaria V (San Martín).

#### *Curso de Salud Mental en el Marco de Políticas Inclusivas (OPS):*

De modalidad virtual es organizado junto con la Organización Panamericana de la Salud, destinado a trabajadores sociales, abogados, comunicadores, psicólogos, entre otros profesionales que se desempeñan en los dispositivos específicos de salud mental, del sistema sanitario bonaerense. El eje consiste en el análisis de las prácticas cotidianas para rediscutirlas y adecuarlas al nuevo paradigma de salud mental.

*Curso de Operador Socio Terapéutico especializado en la problemática de las adicciones:* destinado a referentes comunitarios territoriales que trabajan en iglesias, organizaciones políticas, asociaciones civiles y otros organismos barriales. La capacitación, implementada en diferentes municipios de la Provincia, reparó sobre distintas líneas como: "El sujeto destinatario de la atención"; "Funciones y rol del operador socio-terapéutico y comunitario"; "Ley de Salud Mental y Adicciones"; "Introducción a las adicciones"; "Las sustancias psicoactivas"; "Aspectos psicológicos"; "Encuadre del trabajo grupal" y la "Concepción de la familia como institución social". Estas actividades tuvieron una cobertura de 255 agentes.

*1º Jornada de intercambio y capacitación en Salud Mental Comunitaria para enfermeros:* en el CPA de Berisso, orientada al personal de enfermería (licenciados, técnicos, estudiantes) que se desempeñan en centros de salud municipales y en el Hospital Larrain.



*Curso anual: Adicciones: Diferentes voces, un tema*, dictado en conjunto con la Dirección Asociada de Psiquiatría y Psicología Médica del Hospital Alejandro Korn.

Durante el año 2012, se realizó en la localidad de Rauch, una actividad con la Dirección de Salud Mental de la Región Sanitaria IX, destinada a los equipos de los Hospitales de Día de la Red.



En el período 2013-2015 se realizaron los siguientes cursos: -*Adquisición de herramientas y habilidades para detectar e intervenir en problemáticas familiares con niños y adolescentes* en el Hospital Sub Zonal Especializado "Elina de la Serna de Montes de Oca de La Plata. -*"Encuentro Provincial de G.A.B.A."* desarrollado en la ciudad de La Plata

*"Jornada en CPA de Tigre": ¿Amoldar el sujeto a la institución o es posible adaptar la institución al sujeto?*; *"Curso de Actualización Profesional en Promoción y Prevención en Salud Mental y Adicciones"* en el Hospital "Taraborelli" de Necochea *"Jornada de Salud Mental Comunitaria": Estrategias de Intervención*. CPA de Berisso; *"Capacitación sobre la Ley de Salud Mental"*, destinado a los equipos del Servicio de Orientación Telefónica; -Jornada de Intercambio: *"Estrategias integrales para la implementación de la ley de Salud Mental"* Tandil, Reunión regional ampliada: *"Ley de Salud Mental y Adicciones"* en Lomas de Zamora.

Otras capacitaciones fueron *Residentes en Salud Mental* Hospital Zonal Especializado en Crónicos (HZEC) "El Dique"; Jornada de capacitación: *"Ley de Salud Mental y Nuevos Dispositivos"* realizado en C.T. Chapadmalal, Jornada Provincial *"La Salud Mental como eje de Políticas Públicas"*, en La Plata; Jornada Regional: *"Políticas en Salud: estrategias de fortalecimiento de los equipos interdisciplinarios"* dictado en articulación con el Sindicato de Salud Pública y Programa Provincial de Enfermería Hospital "Dr. Alejandro Korn", La Plata, Jornada Regional: *"Salud Mental en el Marco de Políticas Inclusivas"* realizado en conjunto con OPS en la ciudad de La Plata.

### 3.4 Comunicación y Salud:

La información y la comunicación constituyen derechos humanos fundamentales. Toda persona tiene el derecho a buscar, recibir y dar información libremente, en los términos que estipula el artículo 13° de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

Pero comunicar es mucho más que informar, la comunicación es antes que nada, la relación humana, y la interacción entre personas produciendo sentidos. La comunicación constituye una dimensión clave en el abordaje de las problemáticas que afectan a la salud de las personas, siendo de tratamiento obligado tanto en las prácticas asistenciales como en la planificación de políticas públicas.

En el primer caso, la competencia comunicacional debe ser entendida no sólo como un arte sino como una tecnología más del quehacer profesional en el campo sanitario, necesaria en la construcción de relaciones adecuadas, que sean terapéuticas y a la vez educativas. En el segundo caso, la reformulación de una estrategia comunicacional que supere la perspectiva informativista y apunte a modificar comportamientos en los distintos ámbitos del Estado, es fundamental para la promoción de espacios de cuidado de los propios agentes.

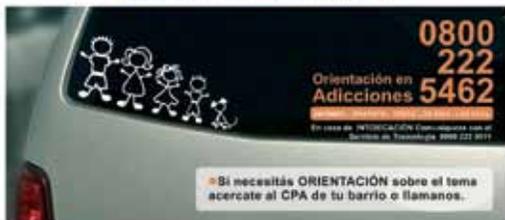
La transformación propuesta por la Ley Nacional de Salud Mental y la ley Provincial de ratificación, comprende diversas dimensiones. Concibe a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos y posiciona al paciente como sujeto de derecho y a la internación como un recurso de carácter restrictivo. En ese marco se hace inevitable una reforma cultural, lo que conlleva un tiempo (no es inmediata) por lo que la perspectiva comunicacional para concretarla adquiere una relevancia central.



Es decir, la aplicabilidad de la ley reclama de su apropiación por parte de todos los actores involucrados. Por un lado de los profesionales y trabajadores de la salud, que aún no comprenden ni adhieren (aunque lo hagan formalmente) a sus postulados, muchas veces por desconocimiento de los mismos. Por otro lado, de la comunidad, los pacientes o los familiares, que desconocen en su mayoría las nuevas normativas.

En ese marco se planificaron 2 seminarios, que fueron dictados en la Región Sanitaria XI (La Plata) y en la Región Sanitaria III (Junín) y una Jornada en la UNLA durante el año 2014, en los que participaron 120 agentes. También se realizaron otras actividades y talleres, como las del Hospital Dr. Alejandro Korn y el Hospital Esteves durante el año en curso, destinados a profundizar los debates sobre el rol de la comunicación en la salud y las herramientas necesarias para trabajarla.

¿Sabés qué HACER si alguien cercano consume  
**DROGAS o ALCOHOL?**



SUBSECRETARÍA DE SALUD MENTAL  
Y ADICCIONES A LAS DROGAS

MINISTERIO DE SALUD



- **Servicio de Orientación Telefónica 0800-222-5462** constituye también un instrumento de comunicación y salud dado que la escucha que ofrece como primera instancia, frecuentemente determina un impacto preventivo de actuación, a la vez que se constituye muchas veces en la puerta de entrada al sistema.

Atender la diversidad de consultas que se presentan en este dispositivo implica no descuidar ninguna de las demandas.

Muchos de los que llaman desconocen la red de servicios y en este sentido la prestación también aporta a dar mayor visibilidad a los Centros. La estrategia de intervención está orientada a generar mayor acceso y aceptación a los dispositivos de atención trabajando con el consultante y en aquellas situaciones que no requieren derivación, resolverlo en el contexto de la orientación telefónica. Si bien el Servicio de Orientación Telefónica tiene como antecedente lo que se llamó Fonodroga, creado en el año 1994, el mismo ha ido modificándose hasta constituirse en un servicio de mayor complejidad por el carácter que tiene la demanda actual. Con la promulgación de la nueva Ley de Salud Mental, a partir del año 2012, se amplía el servicio del 0800 al incorporarse la atención de toda

la problemática de la salud mental.

En los dos últimos años los llamados que más se han incrementado son los no vinculados al consumo problemático de sustancias, con lo cual se ha ampliado el trabajo sobre las diferentes alternativas en la derivación.

Para alcanzar los objetivos de contención, información, orientación y derivación la actividad del operador está centrada en:

- Sustener una escucha atenta del relato para realizar un adecuado diagnóstico de situación que permita definir la intervención
- Contener a la persona que decidió realizar la consulta teniendo en cuenta los aspectos relacionados al problema, que se manifiestan en general como estados de preocupación, angustia, confusión, temor, sufrimiento, etc.
- Dosificar la información a comunicar y hacerlo en un lenguaje que resulte comprensible para quien consulta.
- Orientar las intervenciones pensando en las pautas de acción adaptadas a esa situación específica, respetando la singularidad de cada llamado.
- Garantizar y respetar el anonimato, esto le permite al consultante desplegar su relato en un marco más seguro de confianza.
- Derivar a los centros que conforman la Red para que puedan continuar el camino iniciado al comunicarse con el servicio telefónico.

### Consultas no vinculadas al consumo problemático de sustancias en porcentaje

Datos del Servicio de Orientación Telefónica  
0800 - 222 - 5462



### ¿Quién realiza las consultas?

Datos del Servicio de Orientación Telefónica  
0800 - 222 - 5462

Madres	22,8 %
Profesionales	17,4 %
Consumidor/a	11,8 %
Hermanos	5,9 %
Pareja/conyugue	5,3 %
Otros familiares	3,4 %
Padre	3,3 %
Amigos	2,6 %
Tíos	2,5 %
Hijos	1,1 %



### - Enfoques

Enfoques es una producción comunicacional digital, que surge a partir de la necesidad de contar con información para un mejor debate y mayor circulación de conocimientos, en base a los nuevos paradigmas desde los cuales entender la salud mental y las adicciones.

Su objetivo principal es producir nuevos materiales que permitan desarrollar, ampliar y difundir los discursos sociales sobre la problemática.

Con esta finalidad, en Mayo del año 2013 se firma un convenio entre la Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones, la Universidad Nacional de Quilmes, la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional de La Plata y la Fundación Confiar, en el que se comprometen en la producción de insumos comunicacionales, la capacitación profesional y el desarrollo de la investigación científica, tecnológica, social y cultural.

Enfoques busca ampliar los horizontes de conocimiento sobre una temática por demás compleja -la del consumo problemático de sustancias y la salud mental- a partir de una mirada ampliada y transversal, que contemple las distintas aristas que la constituyen. Como uno de los pilares fundamentales aborda la temática a partir de diferentes ejes conceptuales que la ordenan -jóvenes, arte, comunicación, infancia, territorio y derechos e inclusión- sirviéndose de las nuevas legislaciones que la involucran.

Se constituye digitalmente en distintos soportes (página web y redes sociales), recopilando publicaciones, entrevistando a referentes en el tema, circulando videos y desarrollando módulos temáticos, publicaciones especiales coordinadas por el área de Comunicación de la Subsecretaría, donde se retoman las voces, experiencias y perspectivas de sus trabajadores.

## 3.5 Investigar, informar: epidemiología en salud mental

### *La búsqueda de herramientas*

Uno de los aspectos más complejos en el campo de la salud mental lo constituye la información. La fragmentación del sistema y los recursos técnicos existentes para obtener información de calidad son preocupaciones que activaron distintas acciones en la búsqueda de alternativas más funcionales. La epidemiología en salud mental es una estrategia casi ausente en la planificación de la política sanitaria por lo que se decide iniciar una serie de actividades orientadas a modificar dicha situación.

Por este motivo se organizó un encuentro con el epidemiólogo y sanitarista italiano Gianni Tognoni y algunos miembros de conducción y expertos de la Subsecretaría, para intercambiar ideas y estrategias sobre los pormenores de la epidemiología comunitaria, sus beneficios y la viabilidad de su aplicación. En el encuentro se discutió sobre la importancia y el reconocimiento de dicha metodología como herramienta valiosa basada en los principios de la construcción participativa en salud, poniendo en cuestión el modelo estadístico tradicional.

### *Adecuación de registros estadísticos*

El Observatorio sobre el uso de sustancias psicoactivas de la Subsecretaría impulsó la adecuación de sus registros históricos de información estadística en función de la integración de la estructura de salud mental y adicciones a partir de la implementación de la nueva Ley.

Este instrumento, inscripto en el nuevo paradigma de Salud Mental, incorpora la perspectiva de derechos que marca la Ley 26.743 de Identidad de Género y la Ley Nacional 26.485 de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. El mismo incluye información referida a trastornos de salud mental y otras problemáticas por las que las personas demandan asistencia al sistema de salud.



### *La investigación social como eje de las políticas en salud mental*

La necesidad de dimensionar con datos precisos y actuales la problemática de la salud mental y el consumo problemático de sustancias en la Provincia de Buenos Aires en el camino de la implementación de la nueva Ley, situó a la investigación científica como un eje de las políticas sanitarias de esta gestión.

#### **- Encuesta a residentes en hospitales bonaerenses**

Casi el 80 por ciento de los residentes encuestados cree que los problemas de salud mental y el consumo problemático de sustancias psicoactivas, no sólo incumben a los especialistas.

**Encuesta a residentes de Hospitales Públicos Año 2013.**

Durante el año 2013 la Subsecretaría realizó una encuesta a residentes de hospitales públicos con el objetivo de conocer la percepción que los mismos tienen sobre el consumo problemático de sustancias y trabajar los supuestos prejuicios existentes en los equipos de salud que dificultan la adecuada atención. Conocer las percepciones de los profesionales de la salud permite mejorar la intervención sobre el problema de consumo en los hospitales generales, sobre todo en los casos agudos, muchas veces rechazados en los servicios de guardia, por desconocimiento o discriminación.

De las 2.550 encuestas realizadas surgió que más del 30 % de los residentes entrevistados consideran que la principal causa de consumo de sustancias psicoactivas está relacionada a factores socio-económicos. En cambio las razones como "pautas culturales", "decisiones personales" o "psicológicas" aparecen en un segundo plano.

También se observó que un 35 % de los encuestados reconocía tener falta de formación sobre el problema, señalando que en las carreras de grado (90 % en medicina) la salud mental y las adicciones están "subvaloradas" como materias. Asimismo, el 79% de los encuestados manifestó desconocer la nueva Ley Nacional de Salud Mental.

Finalmente, aunque la mayoría de los encuestados consideró que la modalidad "ambulatoria individual y familiar" es la más eficaz para el tratamiento sobre el consumo de sustancias psicoactivas, un 11,4% de los mismos todavía cree que la internación constituye la mejor opción.

Desde el Observatorio sobre el uso de sustancias psicoactivas se han desarrollado distintos estudios que dimensionan de forma más precisa la problemática del

consumo de sustancias en la Provincia de Buenos Aires y los problemas sociales asociados.

En el año 2012 se llevó a cabo un trabajo de investigación sobre las **representaciones sociales de los jóvenes que refieren un consumo problemático de sustancias psicoactivas** y que demandan tratamiento en los Centros Provinciales de Atención (CPA). Para el mismo se realizaron entrevistas abiertas y semi-estructuradas a varones y mujeres con edades comprendidas entre 14 y 24 años. Mediante las mismas se abordaron dimensiones acerca del conocimiento,



prácticas y/o percepciones del consumo de alcohol u otras drogas; sobre los contextos socio-familiares y culturales de los jóvenes y sus cotidianidades; estudiando las consultas, los primeros acercamientos y sus efectos.

Un emergente de este estudio es la asociación que hacen los jóvenes entre el consumo y las pérdidas o daños personales, la que, a pesar de tener una connotación negativa y estigmatizante, no es vista como problema. De este modo las representaciones sobre el consumo y las prácticas concretas se encuentran en ellos disociadas.

Respecto de los lugares donde hacen uso de drogas, el estudio destaca la ambivalencia del "afuera" –la calle, el barrio- donde se accede a las mismas, pero a la vez donde se definen espacios de interacción que promueven el desarrollo de lazos sociales que operan en la conformación de identidades en las que las prácticas de consumo aparecen legitimadas.

El Observatorio inició en el mismo año otra investigación, en este caso sobre **las modalidades de vinculación entre delito y consumo**, mencionada en el primer capítulo de esta publicación. Allí se exploraron ciertas aristas de la relación entre uso de drogas como disparador de la actividad delictiva, a partir de la sistematización de la información derivada de los datos oficiales de la Subsecretaría. (Cap. 1)

**La encuesta realizada en el año 2013, a los ingresantes de la UNLP**, permitió conocer las prácticas de consumo y las percepciones asociadas a las mismas. Con similares objetivos exploratorios, en el año 2014 se llevó a cabo otra encuesta a estudiantes de los últimos años del secundario en toda la Provincia de Buenos Aires. Esta indagación se repitió durante los meses de octubre de 2013 y del 2014, en estudiantes universitarios de la **Universidad Nacional Tecnológica** a propósito del encuentro **Juegos Deportivos Tecnológicos en Chapadmalal**. La muestra contó 483 casos, dándole alcance a los resultados obtenidos, aunque no sean directamente extrapolables al conjunto de estudiantes universitarios de dicha casa de estudios. Dentro de este conjunto de casos relevados se incluyeron representantes de diversas sedes y regiones donde la Universidad funciona. De este modo se encuentran representadas las sedes de Avellaneda, Bahía Blanca, Chubut, Concepción del Uruguay, Concordia, Córdoba, Haedo, La Plata, La Rioja, Mar del Plata, Paraná, Rafaela, Reconquista, Resistencia, Rosario, San Francisco, San Nicolás, San Rafael, Santa Fe, Trenque Lauquen, Tucumán.



A partir de un convenio con el **Defensor del Pueblo de la Provincia** -abril de 2014- se realizó una investigación sobre las dimensiones y características que asume el consumo de pasta base de cocaína ("paco") en zonas vulnerables de La Plata, La Matanza y Lomas de Zamora.

La necesidad de indagar sobre el consumo de pasta base, tuvo que ver con la distancia registrada entre las estadísticas propias de las consultas que llegan a los servicios de atención de la Subsecretaría -sólo el 6,6% de los pacientes en los últimos 3 años consultaron por consumo problemático de pasta base- y la magnitud que muestran los medios masivos de comunicación sobre dicho consumo. En la búsqueda de desnaturalizar los discursos instalados y ante la dificultad de investigar este tipo de problemáticas, se pensó un diseño de tipo cualitativo que permitiera dimensionar el consumo en los barrios a través de informantes clave, en este caso referentes barriales.

De los resultados obtenidos se puede mencionar emergentes tales como las diferencias geográficas: La Matanza es el distrito que más problemas expresa en torno al consumo de esta sustancia, siendo en los otros partidos estudiados un

problema secundario desde los discursos de los entrevistados.

Otro emergente a destacar es que, aun cuando la investigación se dirigía a dimensionar el consumo de pasta base, sistemáticamente los referentes redireccionaban sus respuestas hacia el consumo de alcohol, marihuana y psicofármacos (y otras sustancias), como problemático.

En cuanto a los efectos de la "pasta base" sobre la salud de los consumidores, lo más visible y referido fueron los déficits en las pautas de higiene, que tiene por efecto la propagación de procesos infecciosos, en muchos casos de máxima gravedad también refieren el exceso de "debilidad", la falta de energía como efecto de éste consumo, lo que justifica desde el discurso de los referentes, la desvinculación de estos consumidores con el delito debido a la inacción que produce ésta sustancia. Otra dimensión que vale la pena poner de relieve, es que si bien los referentes más involucrados con la problemática señalan el daño que produce la pasta base entre sus consumidores, también ofrecen elementos que dan cuenta de que la salida del consumo es posible, que permiten primero objetivar y luego relativizar las representaciones de los consumidores de "paco" desde la pura carencia. En este punto también emergieron representaciones muy críticas en torno a los tratamientos compulsivos de rehabilitación y proliferaron referencias positivas a los modos de intervención desde redes de contención barrial, dispositivos educativos y escolares, programas de inclusión laboral, cooperativas de trabajo o asistencial, incluso desde el involucramiento en la participación política.

Al mismo tiempo desde los datos agregados y desde el sentido común instalado está planteado el supuesto de que los consumidores de "paco" proceden de segmentos sociales vulnerables, empobrecidos, etc. Las representaciones de los informantes daría cuenta de una pluralidad de clases sociales y segmentos interactuando en torno a este mercado del "paco", lo que complejiza el fenómeno deconstruyendo la imagen de los barrios populares y las villas como cápsulas cerradas sobre sí mismas, donde se produce la pasta base que sólo consumirían personas pobres y marginalizadas que viven en el barrio.

### **- Biblioteca Digital BIDA**

En el año 2014, la Biblioteca "Dr. Ricardo Gutiérrez" de la Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones se incluyó en la plataforma de la Biblioteca Digital, cooperativa sobre la temática de las drogas y las adicciones - BIDA, en coordinación con el Centro de Documentación y Biblioteca de SEDRONAR, con el objetivo de dar difusión a la producción intelectual de los trabajadores de la Subsecretaría desde las prácticas de trabajo cotidianas de los mismos respecto a las problemáticas de las personas con consumo de sustancias.

Esta Biblioteca virtual, de la que participan distintos países (Argentina, Uruguay, Chile, Ecuador, Colombia, Costa Rica, España, México, Perú y Portugal), es parte de un conjunto de acciones que lleva adelante el Programa de Cooperación entre la Unión Europea y América Latina (COPOLAD) "destinado a mejorar la coherencia, el equilibrio y el impacto de las políticas sobre drogas, mediante el intercambio de experiencias, la coordinación bi-regional y el impulso de respuestas multisectoriales, integrales y coordinadas."<sup>6</sup>

Con esta iniciativa se hizo especial hincapié en una de las responsabilidades que tienen los trabajadores del Estado respecto a la información pública, que se expresan en el decreto nacional 1172/2003 como parte integral del fortalecimiento de la democracia, y en el decreto provincial 2549/2004 que garantiza el principio de publicidad de los actos de gobierno, el acceso a la información pública, e incluye el Reglamento de Acceso a Documentos Administrativos.

La Biblioteca Digital BIDA posee trabajos realizados desde el 2008 hasta la actualidad y a los que se puede acceder a través del link: <https://bida-copolad-pnsd.msssi.gob.es/bida-copolad/documento/list>.

## **3.6 El Estado promotor y garante de la Salud Mental**

El Estado como instancia garante de la Salud mental se ha visto en muchas oportunidades implicado en sucesos violatorios de los derechos humanos, componiendo contradictoriamente más un rol de opresor, que de salvaguarda de las personas, no sólo por las intervenciones manicomiales, sino mediante prácticas que avasallan la dignidad del paciente.

Hoy se asume un nuevo modo de pensar el Estado y la política pública de salud,

<sup>6</sup> <https://www.copolad.eu>

trasuntado en la Ley de Salud Mental, que va más allá del reemplazo del dispositivo mani-comial. Comprende la necesidad de un profundo debate sobre su rol, pues a pesar de la recuperación de la última década, modificar el Estado, cambiarle el sentido y su morfología constituye aún un desafío.

La ley no es la política pública, propone sí un marco de referencia a partir del cual deben pensarse las políticas pero no las garantiza, ni protege de los posibles abusos al paciente, ni establece o regula el ejercicio profesional.



Los cambios planteados por la nueva normativa demanda además del renovado rumbo, una nueva estructura orgánica y funcional, que conduzca y haga posible las estrategias planteadas, que promueva el conocimiento y la investigación y que aporte a conformar un Estado más inclusivo, capaz y resolutivo. En esta línea se ha iniciado un trabajo conjunto con la Subsecretaría para la Modernización del Estado dependiente de la Secretaría General de la Gobernación para la reformulación de la estructura funcional de la Subsecretaría, que responda a los nuevos lineamientos planteados.

## El Estado regulador

La Provincia de Buenos Aires regula la comercialización de bebidas alcohólicas en todo su territorio -especialmente cuando está vinculada a las actividades de establecimientos bailables y de la nocturnidad- por medio de la leyes específicas como la Ley 11.825 de Prohibición de ventas, expendio o suministro de bebidas alcohólicas en horario nocturno, en kioscos, estaciones de servicio o venta ambulante; la Ley 11.748 y modificatoria Ley 14.051, de prohibición de ventas a menores de 18 años y la Ley 14.050, que establece un límite de horario de los locales bailables, de cese de venta de bebidas alcohólicas y la prohibición de energizantes.

La Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones constituye la Autoridad de Aplicación y Autoridad de Comprobación de las Infracciones a la normativa, mediante el Registro de expendio de Bebidas Alcohólicas

Desde el 1 de enero del 2012 fueron inspeccionados 8.373 comercios, de los cuales 821 se clausuraron por encontrarse en infracción, secuestrándose 86.084 botellas de bebidas alcohólicas.

(REBA). Desde el mismo se coordinan los operativos que la Provincia implementa mediante el Ministerio de Salud, junto con personal de los Ministerios de Trabajo, Producción, Seguridad y Justicia y con la colaboración de Municipios, para la verificación del cumplimiento de la normativa vigente, referida a la venta y expendio de bebidas alcohólicas.

Cuenta con un cuerpo de inspectores facultado para clausurar a aquellos comercios que vendan bebidas alcohólicas sin contar con la licencia habilitante, como así también para secuestrar la mercadería de aquellos vehículos de distribución que se encuentren en infracción, elevando las actuaciones al juzgado correccional de turno.

Actualmente más de 40 mil comercios están inscriptos en el registro y se encuentran habilitados en condiciones regulares de comercialización de bebidas alcohólicas.

Aquel comerciante que no presente la licencia, es multado y clausurado su negocio. El distribuidor que proveyese de alcohol a un comerciante que no cuenta con su licencia o que la misma no esté actualizada, recibirá una sanción de clausura (hasta 180 días) y multas.



En el marco de las políticas de nocturnidad el programa "Manejá lo que tomas" para una nocturnidad segura", constituye una iniciativa conjunta con la Jefatura de Gabinete que incorpora al sector privado y a distintas organizaciones sociales en actividades preventivas, de concientización y de promoción de una nocturnidad segura, durante las temporadas de verano. Además de los municipios de la Costa Atlántica bonaerense, participaron la Federación de la Industria Licorista Argentina; la Federación Empresaria Hotelería-Gastronomía-Turismo; la Fundación Renault Argentina; el Laboratorio Algabo; el Sindicato Único de Trabajadores de Control de Admisión y Permanencia; la Subsecretaría de Relaciones con la Comunidad y Comunicación; la Dirección Provincial de Responsabilidad Social Empresaria; y la Dirección Provincial de Política y Seguridad Vial. La Subsecretaría realizó mediante el dispositivo llamado "Semáforo", pruebas de control de alcoholemia a personas

que concurren a locales de esparcimiento nocturno, prohibiendo el ingreso a aquellos que registraron más de 0,5 puntos en la escala porcentual. La iniciativa, acordada con la Asociación Empresaria Hotelera Gastronómica y la industria del Turismo (ASEN), buscó prevenir la intoxicación aguda y los accidentes.

### **Convenio con el Colegio de farmacéuticos contra la venta ilegal de psicofármacos.**

En el mes de septiembre del año 2012, se concreta la firma de un convenio entre la Subsecretaría y el Colegio de farmacéuticos de La Plata con el objetivo de consolidar la política de uso racional de psicofármacos, cuya venta ascendía entonces a un 1.500.000 comprimidos por mes.

El Convenio firmado tuvo como objetivo detectar el origen de las recetas rosas<sup>7</sup> apócrifas y de las prescripciones ilegales. El Colegio se comprometió a generar un programa on-line de registro y control de las recetas rosas y una fuerte campaña de difusión del programa, especialmente entre las 4.200 farmacias habilitadas por la Provincia. El Ministerio de Salud implementará un registro de la cantidad de recetas rosas entregadas solicitando al Colegio de Médicos la base de datos de los profesionales matriculados autorizados para la prescripción de psicotrópicos, así como también promoverá actividades de comunicación sobre su uso racional en territorio provincial. Este punto busca consolidar la política del uso racional de psicofármacos, mediante una estrategia que profundice el rol del farmacéutico como agente sanitario.



También el compromiso incluye la realización de actividades de comunicación sobre el uso racional de psicofármacos en el territorio provincial, buscando consolidar dicha política.

Como resultado de dichos acuerdos la Subsecretaría y el Colegio de Farmacéuticos, organizaron en la Cámara de Diputados, la Jornada de **"Prevención en Adicciones un compromiso de todos"** en agosto del año 2013, donde se profundizó el trabajo intersectorial.

<sup>7</sup> Son órdenes emitidas por el Ministerio de Salud y enviadas a las Regiones Sanitarias y al Colegio de Médicos, para prescribir y dispensar los medicamentos psicofármacos que figuran en las listas III y IV: ansiolíticos, neurolépticos, tranquilizantes mayores y antidepresivos.



### 3.7 La Universidad como espacio de debate.

La Universidad constituye un espacio dedicado no sólo a la formación de profesionales sino también de ciudadanía, que da sentido político y social al saber y al conocimiento producido. No obstante en la práctica, esto no es algo que sea garantizado de manera automática. Como dice el sociólogo Juan Carlos Portantiero (2005: 142)

*"...necesitamos formar buenos profesionales*

*si pensamos que la universidad puede intervenir en relación con el Estado, los gobiernos o las organizaciones de la sociedad civil... Si pensamos en lo más cotidiano de las políticas públicas, el horizonte de transformación no es hacer una revolución sino establecer un proceso creciente de reformas, si pensamos que esto es un punto de vista razonable para entender la política, tenemos la obligación de habilitar lo mejor que se pueda a nuestros estudiantes, a nuestros profesionales, con los conocimientos y saberes especializados para que, en los niveles de lo público, puedan ser colaboradores eficientes para una política de reformas progresistas de la sociedad."*

En ese marco la necesidad de construir sinergia entre el Estado y la Universidad, para la discusión y el replanteo de las políticas de salud mental y las adicciones que redefinan nuevos modelos operativos, constituye un compromiso ineludible. En esa línea, desde hace tres años la Subsecretaría viene trabajando de manera articulada con un conjunto de universidades, para el estudio y la investigación sobre los determinantes de la salud-enfermedad mental y el consumo problemático de sustancias en el marco de las nuevas políticas, incluyendo a la población universitaria en sus objetivos.

Para ello se elaboraron distintas estrategias que se adecuan a las realidades de las diferentes casas de estudio, así como intervenciones de asesoramiento en la producción de material preventivo e informativo destinado a la comunidad en general.

De esta manera se conformó la **Red de Universidades por el nuevo paradigma**



**de Salud Mental** quedando establecido el compromiso para la ejecución de acciones académicas conjuntas, tanto para la instancia de grado y posgrado, como para la investigación y relevamiento en las áreas de extensión universitaria. Participan de la Red las siguientes casas de estudio: Universidad Nacional de La Plata; Universidad Nacional de Avellaneda, Universidad Nacional de Quilmes, Universidad Nacional de Lujan, Universidad Nacional de Lanús, Universidad Provincial del Sudoeste, Universidad Nacional de La Matanza, Universidad Nacional de Tres de Febrero, Universidad Nacional Arturo Jauretche, Universidad Nacional de Luján, y Universidad de Morón.



**Las actividades desarrolladas en el marco del convenio con las universidades fueron:**

- **Encuentros y Jornadas para la construcción del Nuevo paradigma en la Atención Integral de la Salud Mental y las Adicciones**, y el debate en la formación desde esa perspectiva en las Universidades Nacionales de San Martín, Luján, Lanús y Quilmes.

- Junto con la Universidad de La Plata se promueve la creación de las **Escuelas Universitarias de Oficios (EUO)** en los Centros de Atención Provincial de la Red. Los mismos abordan los padecimientos de salud mental y adicciones, y a la vez favorecen la articulación con los distintos agentes sociales constituyéndose en espacios educativos para la inclusión laboral, mediante la capacitación en oficios artesanales e industriales. Estas actividades están orientadas no sólo a las personas que se asisten en los centros sino también al conjunto de la comunidad del área de influencia. Se han abierto **dos EUO** una con sede en el Centro de Internación la Granja, donde se desarrolló, el **Curso de plomería y gasista, y de Construcción en seco** y otra EUO en el CPA de City Bell donde se dicta el Curso de construcción en seco que permitió además la readecuación del Centro por los propios participantes de la capacitación.



- En la Universidad de Avellaneda se realizó la **Encuesta a ingresantes sobre prácticas de consumo y percepciones asociadas a las mismas** -en la etapa de procesamiento-.

Otras de las actividades ya mencionadas, realizadas en cooperación con las universidades fueron los **Proyectos de Intervención Artística como dispositivos de salud**, ejecutados con la Facultad de Bellas Artes en distintos barrios del territorio bonaerense.

La elaboración de las **Guías para promover hábitos saludables en la comunidad**, constituye una serie de materiales educativos sobre "Promoción de la salud en adolescentes para las escuelas".

La encuesta sobre **Consumo Problemático de Sustancias realizada a ingresantes de la UNLP** durante el Año 2013, es otra de las actividades a destacar.

También fueron relevantes, los **Encuentros sobre uso problemático del alcohol y otras sustancias desde una perspectiva sanitaria** organizados con la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata y la distribución de materiales (alcoholímetros, pipetas y otros materiales preventivos) sobre consumo problemático de sustancias psicoactivas a los alumnos de la **Universidad Tecnológica Nacional** en el marco de los Juegos Deportivos Nacionales Universitarios.

### 3.7.1 Salud Mental y Adicciones en la academia

Con el objetivo de abrir espacios de intercambio y producción de conocimientos, se crea la **Cátedra libre sobre Salud Mental y consumo problemático de sustancias**, dependiente de la Universidad de La Plata.



¿Por qué una cátedra libre? La identidad de la Universidad de La Plata como la del resto de las Universidades Argentinas está ponderada por una serie de valores que hicieron su diferencia y que están hoy fuera de toda discusión como es la libertad de cátedra. A pesar de eso las exigencias que deben cumplir los planes de estudios destinados a la formación científica

y profesional, hacen que, naturalmente, dicha libertad se ejerza en un marco institucional formal para garantizar el desarrollo de competencias científicas y profesionales acordes al título que se otorga.

Es lógico que sea así, ya que la Universidad debe entregar títulos habilitantes para el ejercicio profesional, que la obliga a concretar planes de estudios fuertemente estructurados y en tiempo acotado.

Pero las condiciones del problema de la Salud Mental y el consumo abusivo de sustancias en el país y en particular en la Provincia de Buenos Aires, hacen que hoy se necesiten otro tipo de capacidades profesionales, con otro enfoque, basadas en el trabajo comunitario, interdisciplinario e intersectorial, concurrentes al compromiso social y al desarrollo humano.

La Universidad no puede permanecer al margen de la construcción de conocimiento para avanzar hacia un nuevo modelo de intervención en salud mental y esa discusión debe darse antes de los cambios curriculares que cada Unidad Académica demanda.

No es sólo una discusión del campo de la psicología, de la medicina, de trabajo social o del derecho, es en realidad deber de todo el mundo académico, porque en el fondo lo que está en crisis es la forma de ver el proceso salud-enfermedad y el modo de relación del sistema de salud y la estructura social con las personas que padecen.

No se trata de una voluntad coyuntural, sino de cubrir una vacancia que aun el área académica tiene con la salud mental desde los planteamientos de la nueva ley.

### **3.8 La escuela como espacio de promoción de la salud**

La escuela, como espacio de referencia y soporte estructural de la comunidad de aprendizaje, garantiza su rol a partir de la producción, apropiación y distribución de los bienes culturales en una comunidad determinada (Carral-Villa 2012:20) y aún se constituye en un escenario óptimo para el despliegue de actividades que interpelan los modelos culturales de riesgo.

Dado que los niños/as y adolescentes transcurren gran parte de sus días en la escuela, adquiere importancia trabajar con los docentes, padres y alumnos, acompañándolos con estrategias y producción de herramientas que habiliten la





formación de sujetos libres y responsables, comprometiéndolos a cuidar su salud.

Los problemas que actualmente prevalecen en la escuela atañen a lo social y deben abordarse desde múltiples dimensiones. La violencia interpersonal, el acoso entre niños (bulling), el uso problemático de sustancias legales e ilegales afectan a jóvenes de diferentes edades, sectores sociales y culturales. Para enfrentar estos nuevos escenarios, el trabajo articulado entre los distintos sectores del Estado, tanto el educativo como el sanitario son fundamentales, dado que sólo planificando alternativas conjuntas, pueden

afrontarse estas nuevas realidades.

La estrategia de APS (Atención Primaria de la Salud), y de Promoción de la Salud constituyen ejes ordenadores a partir de los cuales se proyectan las actividades con la comunidad educativa, en un proceso que promueve la formación de sujetos activos. El escenario escolar como espacio propicio para la socialización, participación, reflexión e intercambio de saberes y experiencias, facilita la creación de los dispositivos preventivos necesarios.

Las nuevas modalidades en el tratamiento de los problemas de salud desde una perspectiva integral en el ámbito escolar, simplifica el abordaje de los educadores y la receptividad de los alumnos y apunta a que los mismos desplieguen sus potencialidades, valores, habilidades y actitudes orientados hacia una vida de cuidado, que los constituya en sujetos autónomos, capaces de ejercer sus derechos y afrontar situaciones adversas.

El **Programa del Área de Educación** de la Subsecretaría se basan en un trabajo



cooperativo con los espacios de educación formal y no formal, y procura dar respuesta a la especificidad de la problemática, articulando por convenio con la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires.

Cada año, son más de 100.000 los beneficiarios en toda la Pro-

vincia. Los proyectos desarrollados contemplan niveles de implementación interministerial, provincial, regional y local e incluyen espacios para adolescentes, para padres, proyectos de cine y capacitación docente.

Dentro de las producciones realizadas se destacan: la **Guía de Docentes en Prevención; el Taller en la estrategia preventivo-educativa; Caja de Herramientas: para escuelas de verano y escuelas primarias y secundarias; Jóvenes y el consumo de alcohol; Cuadernillo sobre leyes; Sexualidad y prevención; Actividades preventivas para padres; Propuestas de trabajo con guía de intervención en situaciones de conflictos.**

#### - **Guías Docentes en Prevención**

Estas Guías constituyen un material didáctico destinado al trabajo docente, con herramientas para el trabajo áulico y de taller, cuya finalidad es orientar las prácticas educativas en la promoción de la salud de los estudiantes. Para la elaboración de las mismas, se consideró la encuesta (ya descrita) sobre Prácticas de consumo y percepciones asociadas en estudiantes secundarios, realizada junto a la Dirección General de Cultura y Educación, que abarcó a 14 mil estudiantes de entre 15 y 17 años de edad, que se encontraban cursando sus estudios secundarios en escuelas de la Provincia durante el año 2014.

Las preguntas anónimas buscaron conocer cómo actúan los adolescentes en relación al consumo y qué percepciones tienen sobre el tema.

Se elaboraron 15 mil unidades para ser utilizadas en las escuelas públicas y privadas de la Provincia, contemplando también una edición on line en las páginas web de ambos Ministerios.



#### - **Capacitación Docente**

Constituyen actividades permanentes para la capacitación continua sobre la problemática específica y cuenta con distintos ejes de aprendizaje que incluyen: Capacitación básica (para docentes sin formación específica previa); Capacitación en actualización (para los que ya trabajan en educación preventiva); Capacitación a directivos; Capacitación en situaciones de conflicto.

### - Circuito Joven en las Escuelas Abiertas de Verano

En el marco del Programa Escuelas Abiertas en Verano, de la Dirección General de Cultura y Educación instalado en más de 50 distritos de la Provincia, se desarrollaron como parte de las actividades del Programa Circuito Joven, de la Subsecretaría, el proyecto "Juegos preventivos en verano", con el propósito de generar ámbitos de comunicación y promoción de la salud para niños/as y adolescentes utilizando herramientas lúdicas. Circuito Joven busca activar espacios con la población joven e infantil, para recuperar la recreación y el buen uso del tiempo libre.

Más de 10.000 personas participaron de las actividades en los paradores de la Costa Atlántica en el último año apuntando también a impulsar la inclusión social y la participación igualitaria.

### - Mesa Provincial de Promoción y Protección integral de Niñez y Adolescencia



La Mesa Provincial de Promoción y Protección integral de Niñez y Adolescencia constituye un espacio de trabajo que la Subsecretaría comparte con la Procuración General de la Suprema Corte Bonaerense, la Secretaría de Niñez y Adolescencia, la Dirección General de Cultura y Educación, y la Cámara de Diputados provincial. Desde ese ámbito se produjeron **Jornadas de Promoción y Difusión de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes**, con la participación de más de 1200 jóvenes de distintos distritos, en el marco de las actividades planificadas.

Este Programa tiene injerencia en todo el territorio de la Provincia de Buenos Aires y sus objetivos son: "Articular acciones de promoción de los derechos de NNyA\* plasmados en las leyes vigentes del Sistema de Protección Integral; activar mecanismos eficaces de difusión y comunicación de los derechos de los NNyA a través de la corresponsabilidad que cada organismo tiene;

\* Niños, niñas y adolescentes

y difundir la existencia de las instancias institucionales locales y regionales competentes para canalizar situaciones referidas a la protección integral de los derechos de NNyA”.

En base a esto, los Centros Provinciales de Salud Mental y Adicciones, (CPA) se constituyen en actores institucionales locales, responsables de la promoción y protección, de los derechos de niños, niñas y adolescentes.



### 3.9 La espiritualidad como determinante de salud

A pesar de los cambios sociales y de los escenarios complejos que determinan los mismos, aun las iglesias, junto a la familia y la escuela, constituyen actores de primer orden por su rol formativo y socializador, al brindar posibilidades de contención y ser potencialmente parte de las redes sociales, de cuidado en los múltiples problemas relacionados a la salud mental de la comunidad.



De este modo la articulación planteada entre el Estado y los referentes religiosos adquiere relevancia en la estrategia desarrollada por la Subsecretaria, pues a partir de la misma se fortalecen los vínculos, potencian saberes y se aprovechan las distintas experiencias.

Las redes de comunidades religiosas e iglesias vienen cumpliendo una función social trascendental, más allá de las particularidades de orientación de cada religión, al representar una herramienta de fuerza logística, impacto comunitario y compromiso de valores espirituales, generador de contención de las personas vulnerables.

Las comunidades religiosas instaladas frecuentemente en lugares y escenarios sociales complejos, aventajan a otros actores en la intervención y en el cuidado,

## Experiencias destacadas en esta línea:

**El Hogar "El Buen Samaritano"** de San Justo, a cargo del Padre "Bachi", cuenta con personal dependiente de la Subsecretaría y hospeda actualmente a 80 jóvenes por consumo problemático de sustancias. Parte de estos jóvenes, junto a adolescentes del Barrio 17 de Marzo de Isidro Casanova participaron de un campamento educativo en Ezeiza. La iniciativa estuvo coordinada por personal de la Subsecretaría y de la municipalidad de La Matanza, por intermedio de su Servicio Local y el Programa Propiciar. Durante las jornadas realizadas en el predio de la Ce. Na. De, dependiente de la Dirección de Campamentos y colonias de vacaciones, de la Secretaría de Deportes de la Provincia de Buenos Aires, los chicos compartieron actividades integradas centradas en el deporte, el juego y la reflexión.

**Villa la Cárcova: a cargo del Padre "Pepe" Di Paola** A partir de un convenio firmado, los referentes de la diócesis recibieron capacitación con eje en el trabajo territorial para la conformación de redes comunitarias, y al mismo tiempo se relevó información para generar políticas de inclusión. Por otra parte con la Secretaría de Niñez y Adolescencia se implementaron estrategias de prevención y tratamiento de consumos problemáticos en niños, niñas y adolescentes en el municipio de San Martín, de la Región Sanitaria V. La acción junto al Padre "Pepe" Di Paola involucra actividades como la **Jornada de "Adicciones en los ámbitos de alta vulnerabilidad"**, organizada en el Hospital Mercante de José C. Paz.

**Curso de prevención de adicciones para referentes religiosos en La Plata** Participaron referentes religiosos de 30 iglesias evangélicas ubicadas en distritos pertenecientes a la Región Sanitaria XI y contó con 3 ejes temáticos "Introducción a las Adicciones", "Rehabilitación y tratamiento", y "Estrategias de intervención".

**Iglesia evangélica Dios es Amor:** Esta Iglesia ha posibilitado la sede donde se dicta el **Curso para Operadores de los Grupos de Autoayuda Bonaerense**. Dicha capacitación cumplió dos ciclos en el que participaron más de 60 aspirantes procedentes de las localidades de San Nicolás y Ramallo. La misma los habilita para el desempeño en este dispositivo, integrado a los servicios asistenciales que conforman la red pública y gratuita de la Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones.

**Pilar:** Con la firma de un convenio con el



padre Hugo Acuña párroco de la Iglesia Nuestra Señora de las Gracias, se realizan actividades conjuntas con el Hogar Posada de la vida, centro psico-socio-educativo- espiritual que brinda asistencia integral a personas que presentan un consumo problemático de sustancias.



### **Operadores Comunitarios de**

**Baradero:** Nuevos operadores comunitarios de ámbitos religiosos (15) concluyeron la capacitación y podrán intervenir en el trabajo planificado con la comunidad, participando en proyectos territoriales de prevención, impulsados por iglesias católicas y evangélicas.

**Adolfo G. Chaves:** Se organiza un trabajo a través de la Liga de Madres de Familia, quien comparte sus instalaciones y recursos materiales para el desarrollo de los talleres de cocina y artesanía.

**Villarino:** A principio del 2013 se realizaron reuniones institucionales con referentes de la Iglesia Católica. En la localidad de Médanos y de Algarrobo cada quince días se dicta una Capacitación de Mediadores Comunitarios, destinada a todos los referentes de instituciones y comunidad en general.

**Berazategui:** Trabajo articulado en prevención con referentes de Plátanos.

**José C Paz:** En el Barrio Primavera se dictaron talleres junto a hermanas y sacerdotes de Cáritas.

**San Miguel:** Capacitaciones en conjunto con la municipalidad, el equipo regional y el Padre "Pepe" Di Paola.

**Tigre:** Talleres en los barrios Troncos y Benavides con sacerdotes terciaristas, en conjunto con el Padre "Pepe" Di Paola.

**Arrecifes:** En la Iglesia San Roque se capacitaron jóvenes referentes en prevención de adicciones.

**Carlos Casares:** Proyecto preventivo junto a la Iglesia Nuestra Sra. del Carmen, para inaugurar una Casa de Día.

**Salliqueló:** la Iglesia local se suma al trabajo de la mesa de Compromiso Social.

**Mar del Plata:** En el Colegio Fray Mamerto Esquiù y en el Colegio Medalla Milagrosa se dictan talleres de "Reflexión para padres con hijos adolescentes".

**Balcarce:** con Cáritas Parroquial: Trabajo articulado con la Parroquia San José de Balcarce (Diócesis de Mar del Plata) donde funcionan el grupo "Dulce Espera" -compuesto por voluntarias que acompañan a jóvenes madres- y el grupo de Alcohólicos Anónimos.

**Avellaneda-Lanús:** Inauguración junto a Monseñor Rubén Frassia, de un **CPA en la**

### **Parroquia “Nuestra Señora de Fátima”, (Isla Maciel, Avellaneda)**

**Quilmes: El CPA de Villa Itatí**, funciona en un espacio cedido por la Congregación Don Bosco.

**Castelli:** acuerdo con eclesiásticos para implementar el Programa “Ámbito Religioso” de la SADA en 2015.

**Gral. Belgrano:** Se inició el Programa Ámbito Religioso y se conformó una mesa ecuménica de prevención de adicciones.

**Hurlingham:** Se realizó un curso de capacitación “Prevención de Adicciones desde el Ámbito Religioso”.

**Mar Chiquita:** Se trabaja en Cnel. Vidal con la Iglesia Católica con grupo Scouts y dos grupos trabajan con iglesias evangelistas, en Sta Clara.

**Morón:** Capacitaciones y orientaciones a miembros de acción católica.

**Puán:** Diagnóstico Participativo y se gestionaron actividades en común.

**Lanús:** Capacitación con la Iglesia Evangélica “Obra Evangélica Luz del Mundo.

**Bahía Blanca:** Con Iglesias Evangélicas se desarrollan capacitaciones a más de 50 iglesias evangélicas desde la Asociación Bahiense Comunitaria que las agrupa. Se trabaja desde hace tres años con Acción Católica mediante el Proyecto Gira Vida destinado a dar contención, asistencia y apoyo escolar a niños, niñas y adolescentes de alto riesgo.

**Punta Indio:** Se trabaja con Manantiales de Piedad, Cristo Responde e Iglesia Bautista de la localidad de Verónica, articulando saberes técnicos, habilidades sociales y espirituales que apunten a contener e incluir a los jóvenes.

**Olavarría:** El grupo que hoy funciona en el CPA fue una demanda de mujeres del grupo de la iglesia Cosecha Mundial, que asisten al espacio y trabaja en red en cuanto a la derivación de pacientes.

**Laprida:** Se realizan talleres de reflexión en una Iglesia evangélica semanalmente con un grupo de adolescentes y mensualmente con adultos.

**Morón:** Se realizaron trabajos comunitarios con las siguientes iglesias: parroquia San Lucas, Lutherana en Castelar norte con el Pastor Gerardo, y la Iglesia María Madre, en Morón centro, que además del trabajo asistencial, asistieron y capacitaron a fieles en función de multiplicar las acciones preventivas.

**Lobos:** Se trabajó con la escuela parroquial en talleres de prevención.

**Trenque Lauquen:** El Centro Provincial de Atención a las Adicciones funciona en el



espacio cedido por la Parroquia Nuestra Señora de los Dolores.

**Tornquist:** Interacción con el padre Norberto, quien participa de encuentros y talleres del CPA.

**Necochea:** Se trabaja con iglesias, parroquias, centro Catequístico tanto en casos de pacientes en tratamiento como en distintas capacitaciones. Grupos de reflexión de padres de colegios religiosos.

**Gral. Lavalle:** Reuniones con los Pastores de las Iglesias Evangélicas, para poder realizar charlas y formar adolescentes como referentes comunitarios para reproducir y contener a los jóvenes, más allá de detectar problemáticas.

**La Plata:** Curso de prevención de adicciones para referentes religiosos. Iniciativa que pretende, entre otros objetivos, incentivar espacios de reflexión y debate, así como desarrollar instancias de formación en la temática de adicciones. Del curso participaron referentes religiosos de 30 iglesias evangélicas ubicadas en distritos pertenecientes a la Región Sanitaria XI, contó con 3 ejes temáticos "Introducción a las Adicciones", "Rehabilitación y tratamiento", y "Estrategias de intervención".



### Grupos de Autoayuda Bonaerense que funcionan en Parroquias

Parroquia San Cayetano – Bancalari.  
Parroquia Santa Teresa Del Niño Jesús - Virreyes.  
Parroquia Nuestra Señora del Camino - Boulogne.  
Parroquia Juan Bautista-Panamericana KM38 -Tigre.  
Parroquia Nuestra Señora Virgen del Carmen –Olivos  
Parroquia San Francisco de Asís- Bo. Carabaza - Pilar  
Parroquia San Cayetano – Banfield.  
Nuestra Señora de los Milagros –Lomas de Zamora.  
Parroquia María Madre de la Iglesia –Morón.



alcanzando alta efectividad operativa.

Las relaciones intersectoriales con distintos grupos comunitarios constituyen la articulación básica de su actuación cotidiana aunque se encuentra constantemente desbordada por distintas demandas

como conflictos relacionados con violencia familiar, exclusión social, necesidades básicas insatisfechas y consumo de drogas.

Las Iglesias basan su trabajo social en la aceptación de estas necesidades. Específicamente en el tema de las adicciones cuentan con un grado de voluntad y de voluntarios considerables para sostener desde el lugar del afecto y sus propuestas de fé.

A lo largo de estos últimos años se ha podido observar como la gran mayoría de estas comunidades religiosas demandan una mayor capacitación para la atención de sus grupos de fieles. Pastores, curas, rabinos, líderes espirituales, así como padres y familiares han solicitado cooperación profesional para adecuar técnicamente la atención del problema.

A diferencia de otras instancias históricas, ésta gestión no pretende cambiar las creencias que fundamentan la acción de estos grupos, sino otorgarles información y herramientas para optimizar el trabajo que ya se vienen realizando, entendiendo que la espiritualidad y la fe, funcionan en general como determinantes protectores de la salud.



En el marco de estas premisas y de los objetivos tendientes a la promoción de la salud mental comunitaria, la prevención y la asistencia oportuna del consumo problemático de sustancias, se acordaron convenios con numerosos referentes religiosos en distintos distritos de la Provincia, para trabajar conjuntamente.

A los acuerdos firmados inicialmente con los Obispos de Avellaneda y Lomas de Zamora, se sumaron otras acciones conjuntas con las Diócesis de San Isidro, San Miguel, San Martín, Morón, San Justo y Mar del Plata más el compromiso explicitado por el presidente de la Pastoral Social de la Conferencia Episcopal Argentina, monseñor Jorge Lozano.

Por otro lado la articulación con la Iglesia Evangélica lograda a partir del convenio mediado por el pastor Jorge Moyano quien se desempeña en el barrio La Favela de La Plata, posibilita acciones puntuales de intervención barrial, coordinadas con los equipos locales integrados de los CPA y los referentes de esta Iglesia

### 3.10 El rol social empresario y la responsabilidad gremial

Desde el año 2012, al ponerse en marcha el **Programa de Prevención de Adicciones en el Ámbito Laboral**, más de 5000 referentes de gremios, empresas –públicas y privadas- y sindicatos, recibieron herramientas teórico-prácticas para el abordaje de las adicciones en el ámbito del trabajo.

El trabajo es un espacio central en la vida de los sujetos, no sólo porque nos define en términos identitarios, sino principalmente porque pasamos allí la mayor parte de nuestras vidas. Es un espacio de socialización por excelencia de las personas adultas, donde se tejen vínculos, lazos, redes de contención y donde se ejerce la responsabilidad social de cada uno.

Los ámbitos laborales son espacios relacionados al contexto social, por ende la tolerancia que se da en la sociedad sobre el consumo de algunas sustancias, suele tener su correlato dentro de éstos. Por lo tanto uno de los ejes principales del Programa tiene que ver con el abordaje del padecimiento mental y el uso problemático de sustancias en todas las instancias que se presenten en relación al trabajo. Particularmente el abuso de alcohol, es el que mayormente afecta a la persona en su cotidianeidad, siendo esto motivo de atención permanente. La fuerte preocupación en los ámbitos del trabajo sobre el abuso de sustancias, han modificado la perspectiva histórica sobre el “adicto,” considerado como alguien



## **Organizaciones Gremiales y Sindicales donde se está desarrollando el Programa**

### **Conveniadas**

Agencia Provincial de Transporte  
ARBA (Agencia de Recaudación Provincia de Buenos Aires)  
Peugeot Argentina  
CEAMSE (Coordinación Ecológica Área Metropolitana Sociedad del Estado)  
COMISASEP (Comisión Mixta de Salud y Seguridad en el Empleo Público)  
Ferrobaires  
Fundación Provincia ART  
OPDS (Organismo para el Desarrollo Sostenible)  
OSSE (Obras Sanitarias General Pueyrredón)

### **No Conveniadas**

Alstom Argentina  
Cidegas S.A.  
COMISASEP (Comisión Mixta de Salud y Seguridad en el Empleo Público)  
Consejo Deliberante de Maipú  
GIGOT Maipú  
GKN (GKN Driveline – Autopartes)  
IPS (Instituto de Previsión Social)  
Ministerio de Asuntos Agrarios  
Ministerio de Infraestructura  
Regimiento de Infantería Mecanizada Coronel Conde  
Subsecretaría de Coordinación y Control de RRHH y Condiciones Laborales

### **Conveniadas**

AECN (Asociación de Empleados de Casinos Nacionales)  
AGOEC (Asociación Gremial Obreros y Empleados del CEAMSE)  
APDFA (Asociación del Personal de Dirección de los Ferrocarriles Argentinos, Administración General de Puertos y Puertos Argentinos)  
ASFA (Asociación Señaleros Ferroviarios Argentinos)  
La Fraternidad  
Sindicato de Trabajadores Municipales de Chivilcoy  
Sindicato de Trabajadores Municipales de Mercedes  
SITOS (Sindicato de Trabajadores de Obras Sanitarias)  
SUTERYH  
Unión Ferroviaria

### **No Conveniadas**

**Sindicato de Trabajadores Municipales de Gral Alvarado.**  
**(UOM)** Unión Obrera Metarúlgica Tres de Febrero

marginal o criminal, hacia una visión centrada en el cuidado del trabajador que consume, de sus compañeros y del contexto laboral. Se cambia así de un enfoque discriminatorio, por otro de inclusión y asistencia, centrando la intervención en la permanencia en el trabajo como mecanismo de inclusión social, fundamental para cualquier tratamiento.

Las actividades realizadas en esta línea, tuvieron como objetivo la toma de conciencia del sector, sobre las consecuencias del consumo problemático de sustancias psicoactivas en general y en el ámbito del trabajo en particular. Las intervenciones, contemplaron las especificidades de cada sector, en cuanto a su historia, presente, y condiciones laborales.

Las mismas comprendieron la articulación y planificación de estrategias con los dispositivos de la Subsecretaría y producciones de comunicación preventivas e informativas focalizadas en los públicos particulares.

La mirada de una persona hacia su propia práctica de consumo, o hacia la de un compañero de trabajo, no fue la misma luego de cumplimentadas las acciones y realizados los talleres. Con igual propósito y en cada encuentro los equipos problematizaron sobre los prejuicios y mitos preexistentes sobre el problema de las adicciones.

Los contenidos abordados fueron: las representaciones sociales sobre el problema; la "adicción" desde el enfoque de la Atención Primaria de la Salud (APS), la participación como estrategia de intervención en la resolución del padecimiento; y la planificación de las acciones con el involucramiento de los trabajadores, en articulación con los CPA locales.

Se fortalece así la idea de que el trabajo es una de las principales fuentes de desarrollo personal que contribuye a elevar la calidad de vida de las per-



sonas, ayudando a disminuir los riesgos de enfermar si se contemplan políticas preventivas y de promoción de salud.

La capacitación sobre consumo problemático de sustancias de 400 cuadros gerenciales de la **Agencia de Recaudación de la Provincia de Buenos Aires (ARBA)** constituyó otra actividad desarrollada con el mismo objetivo.

*... Muchos nos hacen  
diferencia  
porque somos de calle,  
no se dan cuenta que para  
nosotros  
es una pesa esta vida sin  
salida.*

*Siempre vivo con paciencia,  
tratando de salir del problema  
para evitar que hoy me maten  
y perder todo lo que tenía por  
delante.*

*Yo duro...*

Estrofas de "Rap de calle" autor:  
Juan (joven incluido en el taller  
de música del CPA, Villa Elvira )

### 3.11 Jóvenes en riesgo: mitos y realidades

Tanto la juventud como la adolescencia constituyen etapas críticas en el desarrollo de las personas, producto de los profundos cambios que acontecen a nivel físico, psicológico y social en ese período de la vida. Pero más allá de los determinantes biológicos que influyen en la personalidad del adolescente, no son entidades unívocas o invariables, están asociadas a realidades culturales y epocales determinadas.

En ese aspecto, la exclusión, el desamparo y el desafecto, perturban fuerte y directamente el desarrollo armónico de los jóvenes y la constitución de los mismos como ciudadanos.

El enfoque de riesgo (Maluf, 2002) se asocia originariamente al concepto de "protección" que aplican algunas políticas públicas con la idea de "normalizar" la situación de un sector

de la población, especialmente cuando se involucra a los grupos de edades más tempranas.



En ese sentido, la utilización de este enfoque puede ser un riesgo en sí mismo, al reforzar algunos de los estereotipos con los que se califican a los jóvenes. La creencia y asociación de juventud como sinónimo de adicción, irresponsabilidad y violencia, genera las



circunstancias sociales que ponen en discusión, su condición como ciudadanos. Es necesario entonces reconsiderar esta visión sesgada del riesgo, por otra más amplia que nos permita, al igual que la anterior, seguir llamando la atención sobre aquellos grupos de jóvenes que por su situación son objeto de exclusión social, pero evitando su estigmatización.

**Algunas de las actividades propuestas para avanzar en ese sentido fueron:**

La capacitación en prevención de adicciones y promoción de la salud mental a 3000 tutores e integrantes de los equipos técnicos del **Programa Envión** del Ministerio de Desarrollo Social, intenta que los tutores sean agentes multiplicadores e incidan sobre los más de 40.000 chicos de entre 12 y 21 años en condiciones de vulnerabilidad social que participan del Envión. Este Programa busca reinsertar a estos jóvenes al sistema educativo, enseñarles un oficio y procurarles un espacio de afecto y contención, donde puedan realizar actividades deportivas, recreativas y culturales.

A partir de un acuerdo con la Secretaría de niñez y Adolescencia, se realizaron actividades de promoción de salud con jóvenes con consumo problemático de sustancias que se encuentran en los **Centros del Sistema de Responsabilidad Penal Juvenil**, tales como los Centros de Recepción, Evaluación y Ubicación de Menores, en conflicto con la Ley Penal y en las Unidades Penitenciarias. Esto incluyó encuentros y talleres con jóvenes que aguardan su destino definitivo en dichos Centros Cerrados. Las actividades propuestas se organizaron sobre las inquietudes expresadas por los jóvenes, luego de un encuentro inicial, en el que también se identificaron habilidades, dificultades y oportunidades. Las acciones fueron coordinadas por los Grupos de Autoayuda Bonaerenses en Adicciones,



compuestos en su mayoría por operadores que han superado el problema de consumo. Los mismos evalúan a los jóvenes, junto con los equipos de profesionales de los distintos Centros donde se alojan, seleccionando las metodologías a ser implementadas por los distintos dispositivos de intervención.

El Programa de recreación comunitaria **Circuito Joven**, puesto en marcha en el 2012, posibilitó la participación a 120 mil jóvenes en ac-

tividades deportivas y lúdicas. Este programa, centrado en el deporte y el juego para la promoción de la salud, coordina diversas actividades, informativas y de orientación, así como de promoción de hábitos saludables, convocando a niños y adolescentes y familias.

Consiste en llevar a cabo actividades, como medio de comunicación para llegar a los jóvenes, y como disparador de talleres preventivos y encuestas informativas. Genera acciones recreativas, en espacios públicos, e incentiva a niños, jóvenes y adultos, a socializarse.

### **-Seguro de Empleo**

La firma de un protocolo con el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación, para que pacientes de la red pública de atención formen parte del Programa Nacional **"Jóvenes con más y mejor trabajo"**, constituyó una política de equidad, que dió la oportunidad de un trabajo a los jóvenes, afectados por el problema de consumo de sustancias.

Este seguro de empleo tiene una duración de dos años y prevé un acompañamiento formativo y ocupacional a partir de los 18 años. El circuito se inicia cuando desde el Centro Provincial de Atención consideran que un paciente está en condiciones de acceder a dicho programa, canalizando la inscripción a las Oficinas de Empleo municipales.

En ese proceso el joven es asistido por diversos ministerios de nivel nacional y provincial, mediante talleres de orientación laboral, entrenamiento en empresas, o instancias de terminalidad educativa facilitadas por la Dirección General de Cultura y Educación bonaerense u otros organismos habilitados.

### **- Deporte y salud: Escuela de Box "Entrená tu Potencial"**

Constituye una iniciativa que busca transformar las escuelas de boxeo en espacios saludables y de inclusión social. El programa tiene como objetivos fomentar hábitos de cuidado y de disciplina, prevenir adicciones mediante la práctica deportiva y posibilitar ámbitos de pertenencia y de comunicación entre los jóvenes creando relaciones que los contengan. Incluye la realización de peleas de exhibición, clínicas de box y entrega de insumos deportivos y material informativo. Forman parte de la estrategia de mejora del acceso al sistema de salud y a tratamientos por consumos de drogas, en caso de ser necesario.

Además del caudal técnico y deportivo ofrecido por los púgiles que coordinan las Escuelas de Box en diferentes localidades de la provincia de Buenos Aires, éstos también están preparados para el acompañamiento socioeducativo de los y las jóvenes que se acercan para tomar clases. Las escuelas están funcionando en **Quilmes, La Plata, Berisso, Ensenada, Berazategui y Brandsen**, en tanto que en la **Unidad Penal N° 39 de Ituzaingo**, los estudiantes de la Escuela Media N° 7 "Agustín Tosco" también participan del Programa.



### **-La familia: "De padres individualmente buenos, a padres socialmente responsables".**

Junto con la Fundación Proyecto Padres, se realizaron una serie de encuentros denominados "Congresos para Padres" de las que participaron más de 500 referentes adultos para comprometer mayor cantidad posible de actores sociales en el abordaje complejo del consumo problemático de sustancias.

En los mismos se debatieron el rol de padres y adultos, la planificación y la puesta en práctica de las estrategias preventivas para los jóvenes, así como también

temas tales como la nocturnidad y la diversión adolescente, las conductas adictivas, la falta de comunicación y el uso irresponsable de las nuevas tecnologías.

### 3.12 El consumo desde la perspectiva de género:



Sólo el 16,3 % de las personas que consultaron en la Red de Atención de la Subsecretaría entre el 2010 y el 2014 fueron mujeres. Aunque en volumen estadístico, los varones aparecen como los principales

consumidores de sustancias, la diferencia de género en la cantidad de consultas se relaciona en grado creciente con la dificultad en el acceso a la atención de parte de las mujeres. Esta dificultad está vinculada a los prejuicios y estereotipos culturales que obturan dicha demanda, sumado a la invisibilización social del consumo en las mujeres. En nuestra sociedad está peor valorado que una mujer tome drogas a que lo haga un varón, lo que produce una mayor resistencia a la consulta, por vergüenza o por temor, haciendo que el problema genere mayores daños en la población femenina.

Estas estructuras culturales históricas son las que condicionan que el consumo en la mujer asuma ciertas particularidades, muchas veces desatendidas a la hora de planificar estrategias de tratamiento. Por ejemplo la cuestión del acceso a la sustancia es diferente, mientras que los varones tienen un mayor acceso al circuito de venta de drogas ilegales por su posición social privilegiada en el ámbito público, las mujeres en cambio presentan un consumo más problemático de sustancias legales como tabaco, psicofármacos y alcohol. Del total que consultaron en la Red de atención de la Subsecretaría entre el 2010-2014, las mujeres duplicaron a los varones en lo que hace al consumo de psicofármacos como droga principal. Respecto al consumo de tabaco también se observa una diferencia notoria, el 14,8% del total de consultas de mujeres fue por consumo de tabaco como droga principal, mientras que en los varones este consumo fue causal de consulta en el 2,3% de los casos.

Es escasa la bibliografía dedicada a la problemática de género y consumo de sustancias, la mayoría de los casos trata acerca de las consecuencias del consumo sobre terceros, como hijos/as o las consecuencias del consumo durante los embarazos, lo que también demuestra un sesgo de género epidemiológico y epistemológico que se debe desmontar. Aun así la literatura coincide en que la experiencia del consumo en las mujeres es muy distinta a la de los varones, tanto en la dimensión física y psíquica en relación a los daños, como en cuanto a las prácticas, pues en todos los casos presentan mayores grados de vulnerabilidad, mayores restricciones para acceder y permanecer en los tratamientos y son mayores las estigmatizaciones que pesan sobre ellas.

Respecto a los hábitos de consumo, estadísticamente las mujeres los comparten en pareja más frecuentemente que los varones, que presentan una estadística baja en esta categoría. Mientras que éstos consumen en grupos de pares casi en el 50%, sólo el 1,6% lo hace en pareja; situación que representa en las mujeres el 6,1% de los casos.

Cabe destacar que a partir de la implementación de la Ley de Salud Mental, la naturaleza de la demanda de atención en la Subsecretaría se ha ido modificando: pasando de estar centrada en la problemática de consumo de drogas, a dar respuestas a padecimientos de Salud Mental en general.

Con esta realidad, la consulta de mujeres poco a poco se ha ido incrementando; y de ser históricamente del 20%, pasa a ser el 30% del total de consultas. La atención integral genera mayores posibilidades de acceso a las mujeres entre otras cosas, porque puede evitar ciertos recelos a la hora de acercarse a una consulta.

La visibilización de estas cuestiones poco exploradas y la necesidad de una política con perspectiva de género a la hora de trabajar sobre las particularidades que asume el consumo de sustancias en las mujeres, fue lo que motivó la creación del **Programa Provincial para el abordaje integral de mujeres, niñas, adolescentes y LGTB\* por el uso**



\* Lesbianas, Gays, Travestis y Bisexuales.

**problemático de sustancias**, Resolución: 1364/14.

El mismo constituye el primero en su tipo en el país para asistir a esta población específica. Trabaja junto a la **Oficina contra la Trata de Personas la Explotación Sexual Infantil y la Protección y Asistencia de las Víctimas** coordinando acciones en torno al abordaje de las adicciones en mujeres víctimas de trata.

En el marco de dicho programa se organizaron las siguientes actividades:

- Jornada **"Avances y desafíos en la aplicación de políticas públicas para el colectivo trans y travestis"**, donde se discutieron la ampliación de derechos y los avances legislativos en favor de este segmento de la sociedad. La misma se llevó a cabo en el Anexo de la Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires.

- "Primeras Jornadas sobre **Trata de Personas y Delitos Conexos. Avances y Desafíos en la Construcción de un Sistema Integral de Protección y Asistencia"**, organizadas por la Subsecretaría de Acceso a la Justicia, en la ciudad de Mar del Plata el 20 de Febrero de 2015, contando también con la participación de la Subsecretaría.

- Jornada: **Diálogos con expertos internacionales sobre el consumo problemático de drogas, mujer y embarazo**, realizada en junio de 2014, en la Casa de la Provincia de Buenos Aires, contó con la experta internacional Dra. Hendree Jones -de la Universidad North Carolina- y el Consejero Político Adjunto de la Embajada de los Estados Unidos, Jonathan Austin.

El encuentro fue organizado por el Ministerio de Salud bonaerense y la embajada de Estados Unidos de América, en el marco de la conmemoración del 26 de Junio como "Día Internacional de Lucha contra el uso indebido y el tráfico de drogas".



En el año 2012 se crea **La Casa de Día para madres**, un nuevo dispositivo de atención, destinado a embarazadas y madres con hijos menores de cinco años, consumidoras de sustancias psicoactivas. El servicio adopta la modalidad de hospital de medio día y tiene su sede en el Hospital Iriart de Quilmes.

Este espacio contempla, por un lado, un ámbito donde madres que estén en tratamiento de adicciones puedan desarrollar talleres y actividades dentro del marco del tratamiento y por el otro, un ámbito de juego y contención para sus hijos.

Este dispositivo funciona con un equipo interdisciplinario conformado por psicólogas, terapistas ocupacionales, trabajadoras sociales y una asesora legal, que articula –a su vez- con el CPA de Quilmes, el Servicio de Salud Mental municipal, con las Universidades de Quilmes (UNQUI) y Buenos Aires (UBA – Facultad de Psicología), así como con dependencias hospitalarias, cuando la situación así lo requiere.

**Nuevo Dispositivo de Atención a las Adicciones en San Justo:** a partir de la firma de un convenio entre el Ministro de Salud y el Obispo de la Diócesis de San Justo, Monseñor Eduardo Horacio García, se puso en marcha una **Casa de Medio Día** destinada a mujeres con hijos, que necesiten comenzar un tratamiento por sus adicciones. Este nuevo dispositivo de atención funcionara diariamente en las instalaciones Hogar El Buen Sanmaritano, ubicado en el barrio Almafuerte de la localidad de San Justo.

Se prevé que durante el tiempo que demande la atención, se aborden tres ejes de trabajo: uno exclusivamente para las madres, denominado terapéutico; un segundo eje que haga hincapié en el vínculo madre/hijo; y un tercer eje centrado en la realización de talleres donde participarían conjuntamente madres e hijos.

*Manzaneras en la red.* Las actividades orientadas a fortalecer la intervención de las mujeres organizadas (manzaneras) para el fortalecimiento de la red asistencial a nivel local, fueron las Jornadas realizadas en el Municipio de Avellaneda durante los meses de junio y julio del 2015. Las primeras fueron con las 45 referentes que coordinan las tareas de la red conformada por 1200 manzaneras. El objetivo es lograr la coordinación entre las mismas y los Centros Provinciales de Atención (CPA) mediando además en el mejoramiento del sistema de salud local.





## Trazos gruesos para seguir avanzando

Con la presente publicación hemos intentado registrar las principales ideas de la gestión, los avances y los retrocesos y parte de las acciones resultantes de dicho proceso. Parece poco y fácil a la lectura, pero la misma entraña una serie de dificultades que han tenido que sortearse para dar estos pasos. Dificultades, de distinto tipo, económicas, políticas, metodológicas, aunque podríamos afirmar con seguridad, que los mayores obstáculos son los culturales y del conocimiento, por estigmatizantes en algunos aspectos, por contradictorios en otros, por inadecuados en la mayoría de los casos, en la búsqueda de generar los dispositivos que científicamente le den encarnadura a la ley.

Es indiscutible que la normativa nacional y provincial en el campo de la salud mental es un gran avance que impacta en las políticas públicas. Reafirma los derechos humanos y jurídicos de las personas con padecimiento mental, explicitados en otras normativas internacionales. Es decir, reivindica el derecho del paciente a ser valorado como ciudadano, pero también los derechos de los profesionales al considerar el valor de cada disciplina y su campo de acción puesto al servicio de la construcción colectiva de un nuevo saber.

De todas maneras, quedan aun grandes vacancias en el escenario actual que tendremos que afrontar. Saldar los vacíos científicos que den respuesta al *qué hacer* y no solo al *qué no hacer*. Cómo reorientar las prácticas desde este enfoque teórico, cómo evaluar el impacto de su aplicación y la evidencia de su utilidad en la actuación cotidiana. No sólo el cierre del manicomio es el objetivo, sino básicamente hay que superar la *perspectiva manicomial* y eso también impera en el afuera. A la luz de las nuevas reglas, corresponde entonces continuar los tiempos de debate que le imprima a las terapéuticas, la coherencia metodológica que aún no posee.

En ese sentido hay que tener en cuenta, que no es lo mismo iniciar un proceso de prácticas con perspectiva de derecho en lugares donde aún no hay nada funcionando, a tener que "desandar", discutir e implementar una lógica diferente, con operatorias diferentes, en una provincia donde los profesionales, los no profesionales, las comunidades y los sistemas de salud, vienen desarrollando ac-

tividades desde hace más de cien años con esquemas estigmatizantes, basados en un modelo que tiene como objeto de estudio la enfermedad y no la salud mental y que hizo eje en la sustancia y en el diagnóstico, más que en la persona, sus potencialidades y su contexto.

Asimismo podemos acreditar un gran avance, por la mayor presencia y compromiso del Estado; lo que queda por delante tiene que ver con desmontar la "solución institucional" a través de un proceso crítico y práctico ampliando la acción con la comunidad. Es decir supone reorientar los recursos para la producción de un nuevo sentido, que consolide un modelo multidimensional de la salud mental, donde lo *contextual, cultural y sanitario* esté comprendido en las estrategias de respuesta.

Así comenzamos a nadar en este "turbulento mar", sin un plan previo pero sabiendo que el Plan era lo que debíamos construir, valorando tanto el viaje como el destino y dejando, aunque más no sea los trazos gruesos de este recorrido. En esa línea, *la adecuación del financiamiento y el desarrollo de una nueva estructura, la investigación y producción de nuevos conocimientos* para consolidar la masa crítica que lo motorice, y esencialmente los *cambios culturales* que demanda el nuevo paradigma, deberán ser el anclaje del nuevo rumbo.

La *estructura funcional* que se propone contempla dos planos, una **organización a nivel central de planificación** de las políticas públicas más acorde con lo que plantean los tiempos actuales e integrados al resto del sistema de salud que históricamente le ha sido refractaria. **Otra territorial**, con dinámicas diferenciadas y de localización en red, que actúe no sólo en intervenciones de atención médica. En este sentido, buscamos superar la perspectiva de origen centrada en la asistencia y la prevención como esferas diferenciadas y avanzar en una política de salud mental desde el *enfoque de derechos y de promoción de la salud*.

Desde su creación en 1993, la Subsecretaría fue atravesando diferentes cambios ganando en estructura y formalidad. Inicialmente la institución contaba con 200 agentes estables y 800 profesionales -la inmensa mayoría de psicólogos para lo asistencial-, cuyo régimen de dependencia era nulo y su financiamiento mayormente intermediado por organizaciones no gubernamentales y la Universidad del Salvador.

Posteriormente son admitidos practicantes rentados, y los profesionales comien-

zan a pasar a un sistema de becas dependientes del Ministerio de Salud, avanzando un paso a la regularización del personal.

A partir del año 2012 se inicia el proceso de incorporación de los profesionales a la Ley de 10.471<sup>8</sup> y 1400 personas son pasadas a planta temporaria. Las nuevas becas otorgadas desde entonces sólo fueron a modo de cubrir situaciones en tránsito a la designación en esta última.

En la actualidad, alrededor del 95% del personal de la Subsecretaría, esencialmente quienes trabajan en territorio, están en planta. Con estos logros, fueron también cambiando los circuitos administrativos incluyéndose al resto de la cartera sanitaria.

La estructura que se propone tiene como objetivo la integración no sólo con todo el sistema de salud, sino también con sectores organizados de la comunidad que participan naturalmente de la red y que requieren en determinados casos apoyatura con mayor especificidad.

El objetivo de favorecer la red de atención aumentando su territorialidad, se completa mediante el proyecto de realización de las UAPAS (Unidad de Atención Primaria en Adicciones y Salud Mental), servicios creados para una mejor implementación en la estrategia de Atención Primaria en Salud Mental. Las UAPAS, no vienen a reemplazar a los servicios ya instalados, sino a complementar la red existente para brindar una pronta atención frente a situaciones de crisis, previendo un primer contacto emplazado en su zona de residencia, su barrio, favoreciendo territorialidad y accesibilidad a los servicios de salud.

La creación de las UPA (Unidad de Pronta Atención) y encuestas realizadas en barrios "calientes" de la Provincia, son los antecedentes más recientes y los insumos básicos para impulsar la planificación e implementación de estos servicios, fortaleciendo a los referentes sociales de los barrios que actúan como lazo entre la población más excluida y el sistema sanitario.

Las UAPAS son estructuras sanitarias que atenderán demanda espontánea, brindarán respuesta a situaciones emergentes y facilitarán una mayor equidad en el acceso a la cobertura sanitaria en salud mental y adicciones.

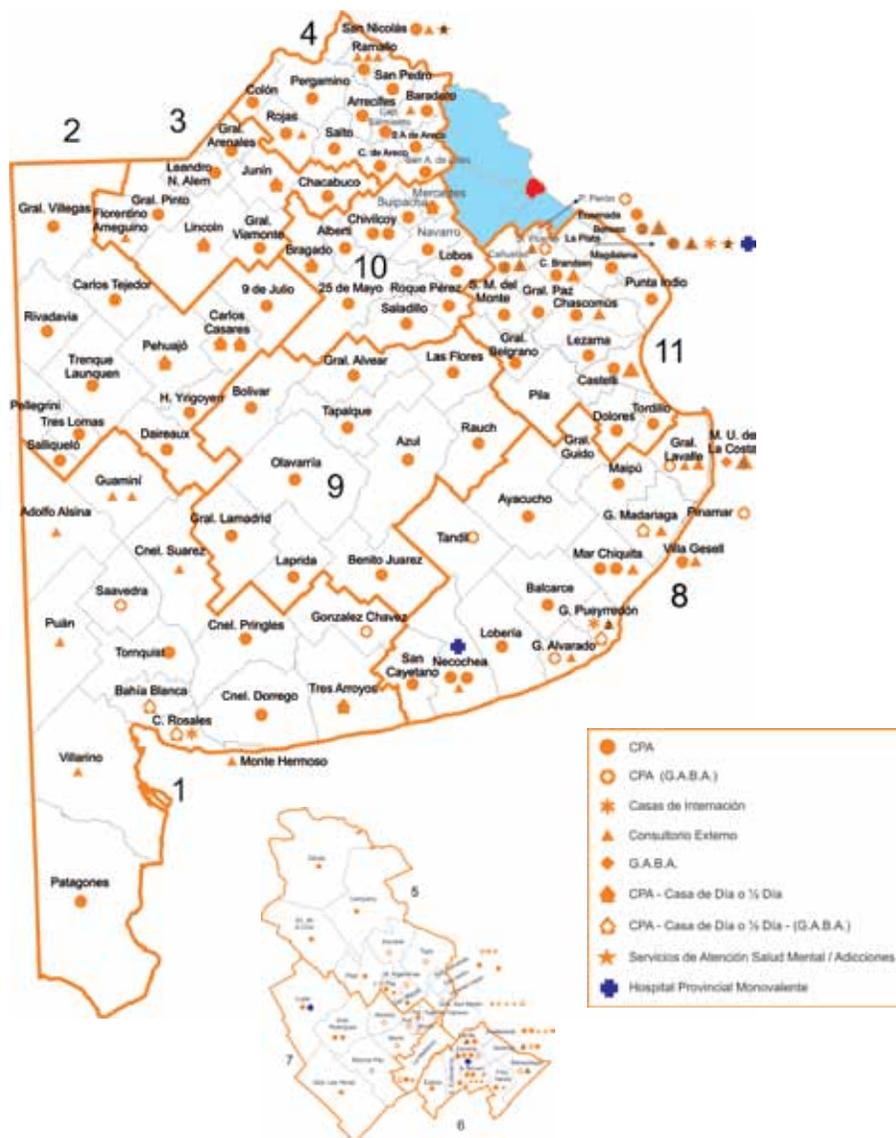
*Donde se encuentra el problema, debe haber capacidad de respuesta.* Desarrollar una política de salud desde una perspectiva comunitaria, supone entonces insertarse en el territorio, vincularse con los actores e instituciones que

<sup>8</sup> Establece el Régimen de Carrera Profesional Hospitalaria



allí habitan y actúan, mejorando la accesibilidad a los servicios y avanzando en equidad. Esta es la propuesta de nuestra gestión, que esperamos se consolide como una política de Estado que nos trascienda, continuando en la línea planteada, profundizando las estrategias comunitarias de promoción de la salud y avanzando sobre lo que nos falta construir.

## Capacidad instalada en Salud Mental y Adicciones \*



\* No se incluyen servicios de Salud Mental de Hospitales Generales



## Leyes Nacionales

- Ley 23849 - Convención sobre los derechos del niño. Se aprueba la convención sobre los derechos del niño suscripto el 20/11/89. Promulgada de hecho el 16/10/90.
- Ley 24417 - Protección contra la violencia familiar. Modificada por ley 26485 ley de protección integral a las mujeres. Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia.
- Ley 24.455 - Obras sociales. Prestaciones obligatorias que deberán incorporar aquellas beneficiarias del fondo de redistribución de la Ley N° 23.661.
- Ley 24.754 - De Medicina Prepaga las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga deberán cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura médico asistencial las mismas "prestaciones obligatorias" dispuestas por obras sociales, conforme lo establecido por las leyes 23.660, 23.661 y 24. 455, y sus respectivas reglamentaciones.
- Ley 26061 - Ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.
- Ley 26364 - Prevención y sanción de la trata de personas y asistencia a sus víctimas. Disposiciones Generales. Derechos de las Víctimas. Disposiciones Penales y Procesales. Disposiciones Finales. Modificada por ley 26842.
- Ley 26378 - Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo.
- Ley 26529 - Derechos del paciente. Consentimiento Informado. Historia Clínica.
- Ley 26586 - Créase el Programa Nacional de Educación y Prevención sobre las Adicciones y el Consumo Indebido de Drogas.
- Ley 26657 - Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013.

## Leyes Provinciales

- Ley 11.748 – Normas sobre prohibición de ventas, expendio o suministros de bebidas alcohólicas a menores de 18 años. Modificada Texto Ordenado por Decreto 626/05 con las modificaciones introducidas por las leyes 12.432, 12.547, 12.590, 13178 y 14051.
- Ley 11825 – Prohibición de ventas, expendio o suministro de bebi-

das alcohólicas. Horario. Prohibición en kioscos, estaciones de servicio o venta ambulante. Prohibición de efectuar concursos o competencias y en eventos de convocatoria masiva. Le 11825: Texto Ordenado por Decreto N° 633/05 con la modificación introducida por la Ley 13178 y 14050.-

- LEY 12011. Pegamentos.

Prohíbe en todo el territorio de la Provincia de Buenos Aires, la venta, expendio o suministro, a cualquier título a menores de dieciocho de edad, de pegamentos, colas o similares que contengan en su composición tolueno o sus derivados y compuestos.

- Ley 12569 – Sobre violencia familiar y decreto reglamentario 2875/05. Fue modificada. Texto Actualizado con las modificaciones introducidas por Ley 14509. Crea registro de organizaciones no gubernamentales especializadas. (protección-mujeres-políticas de género)

- Ley 12807 – Abuso sexual infantil. Prevención del abuso sexual contra niños en el territorio de la Provincia de Buenos Aires. (prostitución infantil, pornografía infantil).

- Ley 13298 – Ley Provincial que crea Sistema de Promoción y protección integral de los derechos de los niños y decretos reglamentarios. Decreto Reglamentario 300/2005.

- Ley 13894 - Protección del humo de tabaco ajeno. Régimen sobre consumo, comercialización, publicidad del tabaco. Prohibición de fumar espacios cerrados de la administración pública, poder legislativo y judicial y del ámbito privado con acceso público. Zonas libres de humo, cigarrillos. Texto Actualizado con las modificaciones introducidas por Ley 14381.

- Ley 13927: Nuevo código de tránsito. La provincia de Buenos Aires adhiere a las leyes nacionales 24449 Y 26363. Texto Actualizado con las modificaciones introducidas por Ley 14246, 14331 y 14393.

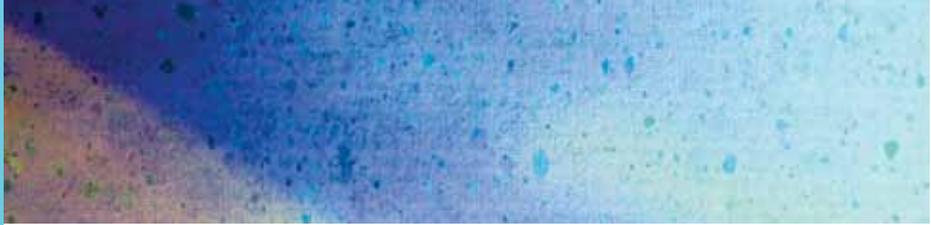
- Ley 14050 - Límite de horario de los locales bailables. Determina horario de cese de venta de bebidas alcohólicas. Prohibición de energizantes. Deroga ley 12588. (boliches-discotecas-clubes-restaurantes-bares-actividades nocturnas-nocturnidad).

- Ley 14051 - Modifica la ley 11748 sobre prohibición de ventas; expendio o suministro de bebidas alcohólicas y el DEC-ley 8031, código de faltas. (alcoholemia-ebriedad-foro para la prevención del abuso del alcohol).

- Ley 14494 - Historia clínica digital.

- Ley 14556 - Ley de educación para la salud. Incluirla en el Manual en la sección de legislación provincial.

- Ley Provincial 14580: Adhiere a la Ley Nacional de Salud Mental.
- Adhiérase la Provincia de Buenos Aires a la ley 26657 "derecho a la protección de la salud mental". Designase al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires como autoridad de aplicación.
- Principios Generales del Fuero de Familia y del Fuero Penal del Niño. Resolución 171/05 y 172/05 del Ministerio de Desarrollo Social.



Asunción del Dr. Carlos Sanguinetti



Inauguración Ctro. de Salud Mental de Día - Tandil



Encuentro de Mujeres Metalúrgicas



Salud Activa - Mar del Plata



Convenio de Prevención - Ferrobaires



Inauguración en CPA - Lanús



Convenio de Cooperación Fecliba



Cine Móvil - Dolores.



Prevencción en ciudades de la Costa Bonaerense



Trabajo con la Comisión de Prev. de Adicciones  
Cámara de Senadores de la Provincia de Bs. As.



Capacitación CPA - Baradero



Curso Operadores - La Matanza



Intervención Asistencial - Mar del Plata



Jornada Intersectorial - Cgjo de Abogados La Plata



Servicio "Casa Elina" - La Plata



Comunicación y Salud en Hosp. Dr. A. Korn



Jornada Municipio Tres de Febrero



Convenio Cooperación con Mun. La Plata



Prevención Ambito Laboral - ARBA - Dolores



Convenio Cooperación Mun. Guaminí



Convenio Coop. Mun. San Miguel del Monte



Convenio Cooperación Mun. Pergamino



Prevención Ambito Laboral - ARBA - Pergamino



Convenio con Gimnasia y Esgrima La Plata



Jornada Hosp. Dr. Esteves - Lomas de Zamora



Hogar "El Buen Samaritano" - La Matanza



CPA Los Hornos - La Plata.



Presentación de Políticas de Salud en Isalud



Promotores de Salud Comunitaria



Reunión con Iglesia Evangelica - La Plata.



CPA Pueblo de La Paz - Lomas de Zamora



Articulación Intersectorial - Verano 2013



Convenio de Prevención SUTHERY



Prevención con Trabajadores de Casinos  
- Mar del Plata



Capacitación SAMO - Regiones VI y XI



Convenio - Servicio Integrado de Salud Mental  
y Adicciones - San Cayetano



Jornada Salud Mental con MIn. de Seguridad



Convenio de Prevención FATERYH



Jornada "Prevención en Adicciones", con Cgio.  
de Farmacéuticos Pcial., Cámara de Diputados



Jornada Provincial de Salud Mental  
- Gobernación de la Provincia de Buenos Aires



Acta de Compromiso Mun. Florencio Varela



Inauguración servicio "Casa Elina" - La Plata



Capacitación CPA - Capitán Sarmiento



Capacitación Agentes - Ministerio de Seguridad



Inauguración, Casa de Medio Día destinada  
a mujeres con hijos, San Justo, La Matanza



Congreso Provincial de Salud Mental en  
Atención Primaria de la Salud - La Plata



Inauguración Nueva Sede para el CPA de Hurlingham



Nuevo CPA en Isla Maciel, Avellaneda



Alicia Stolkiner en el Seminario "Comunicación y Salud en las prácticas asistenciales" - La Plata



Convenio con Facultad de Psicología UNLP



Trabajo junto con la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones



Inauguración nuevo CPA - San Nicolás



Inauguración CPA Lezama

## Bibliografía

- Bauman, Zygmunt (1996). *Pensando Sociológicamente*, Buenos Aires: Nueva Visión.
- Berti, María Fernanda y Auyero, Javier (2013), *La Violencia en los márgenes*, Buenos Aires: Katz Editores.
- Carpintero, Enrique. *El poder en el campo de la Salud Mental*. Revista Topía: Psicoanálisis, sociedad y cultura; año XX, número 58, abril- julio 2010, pp.15-18.
- Carrillo Ramón, (1950). Clasificación sanitaria de los enfermos mentales. Relaciones entre Código Civil y Sanitario, Buenos Aires: Ministerio de Salud Pública.
- Castel, Robert (2010). *El ascenso de las incertidumbres*, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Dirección de Atención Primaria de la Salud – Dirección de Epidemiología (2014), *Boletín Epidemiológico Provincial del 2014*. La Plata: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Recuperado de <http://www.ms.gba.gov.ar/wp-content/uploads/2013/03/Boletin-Epidemiologico-Provincial-3-2014.pdf>
- Dirección de Salud Mental y Adicciones – Ministerio de Salud de la Nación (2013) *Egresos Hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en la República Argentina 2005-2010*.
- Falcone, Rosa (s/f). Breve historia de las Instituciones psiquiátricas en Argentina. *Del Hospital cerrado al Hospital abierto*. Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Faraone, Silvia, Valero, Ana, Bianchi, Eugenia, Mantilla, Jimena y Tamburrino, Cecilia, (2009). *El proceso de desinstitucionalización en salud mental. Aportes conceptuales para el análisis de las experiencias en Argentina desarrolladas a partir de la apertura democrática (1983)*. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.
- Fernández Carral, Susana; Villa, Viviana Anahí (2012). *Comunicación y Salud en la Escuela*. La Plata: EDULP.
- Harvey, David (2005), *Breve Historia del Neoliberalismo*. Madrid: Akal. (disponible en <http://es.scribd.com/doc/45695296/Breve-Historia-Del-Neoliberalismo-de-David-Harvey>).
- Ingenieros José, (1919) *El hospital de San Martín, o de Santa Catalina, o de los Betlemitas y su loquero*, en "La Locura en la Argentina"(1920)Buenos Aires: Cooperativa Editorial limitada.

- Maluf, Norma Alejandra (2002). Las subjetividades juveniles en sociedades en riesgo. *Un análisis en contextos de globalización y modernización*. Buenos Aires: CLACSO. Disponible en <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/gt/20101023021958/maluf.pdf>
- Mouffe, Chantal (2007) *En torno a lo político*, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Observatorio de Políticas de Seguridad de la Provincia de Buenos Aires (2014), *“Violencias y delitos en la provincia de Buenos Aires. 2009-2012: un análisis a partir de la estadística oficial”*.
- Organización Mundial de la Salud (2013), *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013 – 2020*, Ginebra, Suiza: Biblioteca de la OMS. Disponible en [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1)
- Organización Panamericana de la Salud (2009), *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Publicación Científica y Técnica No. 632. Washington, DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2013), *Investigaciones para una cobertura sanitaria universal: Informe sobre la salud en el mundo 2013*. Luxembourg: Biblioteca de la OMS. Disponible en [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223_spa.pdf?ua=1)
- Portantiero, J. C. (2005). Charla-Debate. *“En Crisis de las Ciencias Sociales en la Argentina en Crisis”*. Consejo de Decanos de Facultades de Ciencias Sociales y Humanas de Universidades Nacionales. 1ª Ed. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Programa Provincial para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género-Área de Políticas de Género (2014), *“Registro de Asistencia Sanitaria a personas en situación de violencias, en instituciones del subsector público de la salud. Estudio analítico comparativo sobre situaciones asistidas de enero a octubre de 2014, frente al cuatrienio anterior, a mujeres de todas las edades”*, Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- Retamozo, Martín (2008), “Entre lo político y la política: sujetos políticos, conformación y disputa por el orden social”, Mimeo.
- Rodríguez, Jorge J.; Kohn, Robert; Aguilar-Gaxiola, Sergio (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: Publicación Científica y Técnica No. 632: OPS.
- Saforcada, Enrique; de Lellis, Martín; Martínez Calle, Sandra (2011) *Estudio epidemiológico*

*comparativo de sintomatología de salud mental en adultos del partido de Avellaneda y la ciudad de La Plata. Anuario de Investigaciones*, vol.19, n.1, Buenos Aires, 2012, Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Disponible en <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuin/v19n1/v19n1a14.pdf>

-Stagnaro, Juan Carlos (2006). *Evolución y Situación Actual de la Historiografía de la Psiquiatría en la Argentina*. FRENIA, Vol. VI-Universidad de Buenos Aires.

- Stolkiner, Alicia y otros (2006), *"El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre la población y los servicios"*, Buenos Aires: Anuario de Investigaciones / volumen XIV/ Secretaría de Investigaciones/ Facultad de Psicología - UBA

- Stolkiner, Alicia (2003) *"Nuevos enfoques en Salud Mental"* 14° Congreso Latinoamericano de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria, Buenos Aires.

- Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones (2014), *Consumo y Delito. Una problematización sociológica acerca de la relación delitos y consumo: desandando mitos entre los márgenes y las instituciones*. La Plata: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Disponible en: [http://www.sada.gba.gov.ar/prevencion/consumo\\_delito.pdf](http://www.sada.gba.gov.ar/prevencion/consumo_delito.pdf).

- Svampa, Maristella (2005), *La sociedad excluyente*, Buenos Aires: Taurus.

-Weber Suardiaz, Clara (2014). *"La transformación en las políticas de salud mental 2010-2014. Análisis de la situación de la Provincia de Buenos Aires-"*. La Plata: Facultad de Trabajo Social. UNLP.

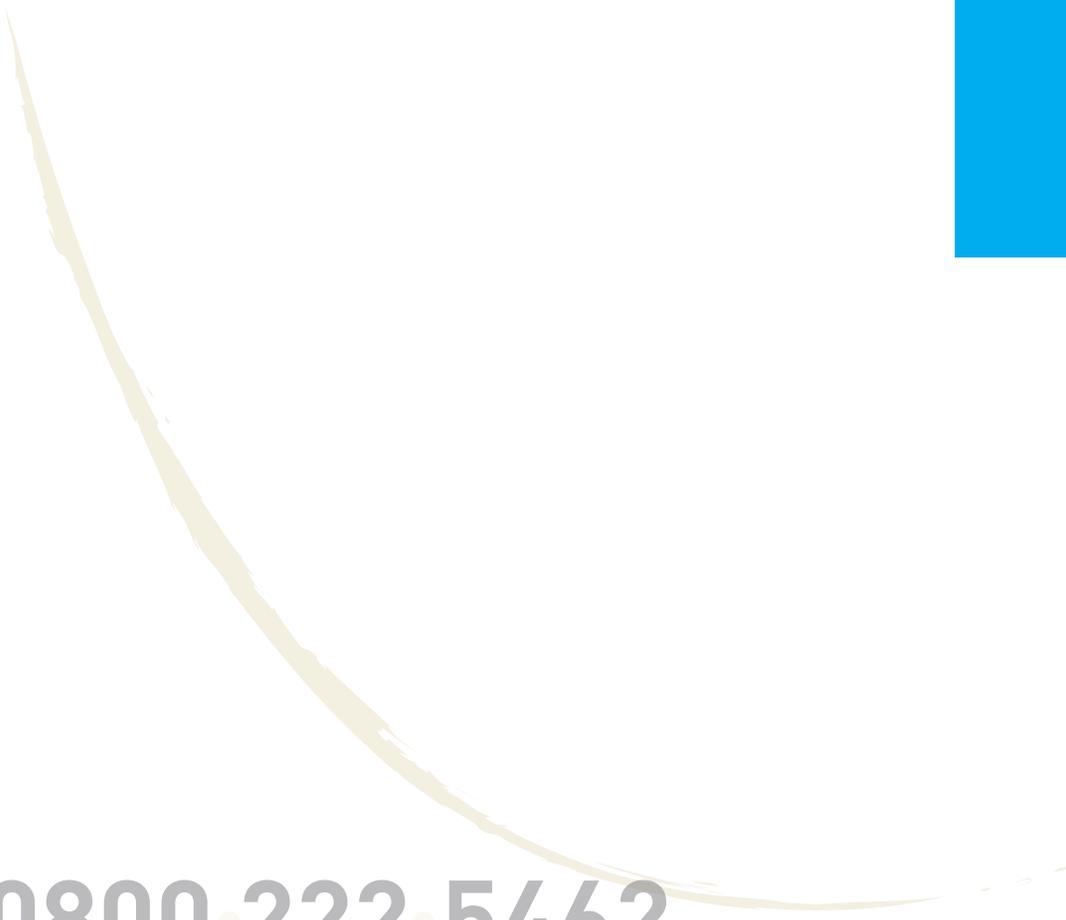


### ***Equipo de redacción***

***Coordinación:*** Susana Fernández Carral

*Magali Batiz  
Natalia Herrera  
Patricia Mansi  
José Moreno*

***Contenido y Diseño:*** Área de Comunicación SADA



**0800.222.5462**  
orientación en adicciones

**[www.sada.gba.gov.ar](http://www.sada.gba.gov.ar)**

 [subsecretariadeatencionalasadiccionesMsalud](https://www.facebook.com/subsecretariadeatencionalasadiccionesMsalud)