

CONSEJO CONSULTIVO HONORARIO EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES

SÍNTESIS DE GESTIÓN

2014 - 2018

A partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 promulgada el 2 de diciembre de 2010, publicada en el boletín oficial N 32041 el 3 de diciembre de 2010, fue creada la Comisión Nacional Interministerial En Políticas De Salud Mental y Adicciones (en adelante CONISMA) por Decreto Reglamentario 603/2013 de fecha 28 de mayo de 2013 publicada en el boletín oficial N 32649 el 29 de mayo de 2013.¹

La Comisión Nacional Interministerial de Políticas de Salud Mental y Adicciones, crea el Consejo Consultivo Honorario De Salud Mental (en adelante CCH) según consta en el acta 6/2014, integrado por organizaciones pertenecientes a diferentes categorías: confederación de sindicatos, asociaciones gremiales, asociaciones y colegios de profesionales, organismos de derechos humanos, unidades académicas y organizaciones de usuarios, cuyos representantes consejeros, de acuerdo a la mencionada Acta, ejercen sus funciones por cuatro años. (Artículo 21, Anexo I, Acta 6/14 de la CONISMA).

El CCH se constituyó en octubre de 2014, eligió por votación a sus autoridades, aprobó el Reglamento de funcionamiento y desarrolló sus actividades a lo largo del 2015 tanto a nivel de comisiones² como de Plenarios.

Sus funciones son:

- Realizar propuestas no vinculantes en materia de salud mental y adicciones que contemplen las problemáticas y particularidades de los distintos sectores a los que representan, en el marco de la legislación vigente

¹ El artículo 2 determina: "Crease la COMISION NACIONAL INTERMINISTERIAL EN POLITICAS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES en el ámbito de la JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS, presidida por la Autoridad de Aplicación de la Ley citada e integrada por representantes de cada uno de los Ministerios mencionados en el artículo 36 de la Ley N 26657." Más adelante el mismo artículo establece que "La Autoridad de Aplicación deberá convocar a organizaciones de la comunidad que tengan incumbencia en la temática, en particular de usuarios y familiares y de trabajadores, para participar de un Consejo Consultivo de carácter honorario al que deberá convocar al menos trimestralmente, a fin de exponer las políticas que se llevan adelante y escuchar las propuestas que se formulen."

² I) Inclusión social y externalización sustentable, II) Interdisciplina y Trabajadores de la salud mental, III) Salud mental y diversidad, IV) Acceso a la salud y V) Comunidad, cultura y comunicación.

- Promover espacios de participación de otras organizaciones de la sociedad civil para debatir distintas temáticas relativas a las políticas de salud mental y adicciones
- Realizar las observaciones que crea pertinentes acerca de las políticas que se llevan adelante

Organización: Los consejeros titulares y suplentes participan de 4 reuniones anuales, donde se sesiona con modalidad de plenario y también en comisiones. Dichas Comisiones de Trabajo son: I) Inclusión social y vida sustentable en la comunidad y II) Interdisciplina y Trabajadores de la salud mental. Además, podemos participar con voz pero sin voto de las siguientes: III) Salud mental y diversidad, IV) Acceso a la salud y V) Comunidad, cultura, arte y comunicación.

ACTUACIONES

PERÍODO OCTUBRE 2014 - NOVIEMBRE 2015

1º Reunión Plenaria

Fecha: 10 de Octubre de 2014

En esta primera reunión se trabajaron los siguientes temas:

- ✓ Presentación de los Consejeros
- ✓ Modalidad de funcionamiento del Consejo
- ✓ Reglamento y Modalidad de selección de Autoridades. Se crea la Comisión transitoria de Reglamento
- ✓ Organización de las Comisiones de trabajo

2º Reunión Plenaria

Fecha: 9 de Diciembre de 2014

- Se aprueba el Reglamento del Consejo Consultivo Honorario
- Se aprueba la denominación y conformación finales de las Comisiones de Trabajo:
 - Comisión I: Inclusión social y vida sustentable en la comunidad
 - Comisión II: Interdisciplina y trabajadores de la salud mental
 - Comisión III: Salud mental y diversidad

Comisión IV: Acceso a la salud

Comisión V: Comunidad, cultura, arte y comunicación

- Elección de las Autoridades del Consejo Consultivo Honorario (la misma se realizó a través de propuestas para cada uno de los cargos y la votación correspondiente):

Presidente: Miguel Ángel Tollo (Forum Infancias)

Vice Presidenta: Silvina Rivilli (Asociación Madres de Plaza de Mayo)

Secretario: Alan Robinson (APPUSSAM)

Pautas para evitar el uso inapropiado de diagnósticos, medicamentos u otros tratamientos a partir de problemáticas del ámbito escolar

En general se apoya el documento enviado por la CoNISMA, haciendo propuestas específicas al mismo a ser consideradas.

Proyecto de Resolución producido por la Comisión IV Acceso a la Salud

Art. 1°.- Solicitar a la autoridad de aplicación instrumente las medidas pertinentes para la implementación efectiva del artículo 7° inc. J) de la Reglamentación de la ley Nacional de Salud Mental 26657 en lo concerniente a información y derechos humanos mediante la colocación de carteles con la medida dispuesta en la norma con la leyenda correspondiente.

Art. 2°.- Se propone además sugerir a cada Jurisdicción la colocación de un cartel con la información en materia de derechos enunciados en el Artículo 7° que en ningún caso los mismos actuarán como limitantes de otros posibles no enunciados.

3° Reunión Plenaria

Fecha: 16 de Marzo de 2015

Propuestas a la Reglamentación de la Ley sobre Trastornos del Espectro Autista

Art. 1°. Sobre el Artículo 1 de la Ley TEA. Se entiende de acuerdo a la Ley Nacional de Salud Mental 26657 y su decreto reglamentario 603/13 que toda evaluación y diagnóstico debe ser interdisciplinaria e integral y “consiste en la descripción de las características relevantes de la

situación particular de la persona y las probables causas de su padecimiento o sintomatología, a partir de una evaluación que articule las perspectivas de las diferentes disciplinas que intervienen.” 1Los diagnósticos, en especial en etapa de desarrollo, son de carácter transitorio.

Art. 2°. Sobre el Artículo 2 de la Ley TEA. Designar como autoridad de aplicación a la Dirección Nacional de Salud Mental. La misma convocará cuando lo crea conveniente a las organizaciones afines.

Art. 3°. Sobre el inciso b) del Artículo 2 de la Ley TEA. Las campañas de concientización deben tomar los recaudos necesarios para evitar toda posible estigmatización, patologización y medicalización de los niños y niñas con padecimiento mental según queda claramente planteado por las recomendaciones a las Universidades Públicas y Privadas aprobadas por la CONISMA donde en su punto 3 observa con preocupación “la vigencia de representaciones sociales en salud-salud mental que se expresan a través de algunos términos que, devenidas de determinados marcos teóricos, ocasionan posibles efectos iatrogénicos y/o estigmatizantes al ser aplicadas al diagnóstico y/o tratamiento del sujeto con padecimiento mental” con lo cual “recomienda revisar las conceptualizaciones y representaciones sociales en salud-salud mental empleada en la formación, su origen, fundamentos, aplicación y significaciones asociadas, para que resulte acorde a las convenciones internacionales de referencia y a la normativa nacional vigente.”

Art. 4°. Sobre el inciso c) del Artículo 2 de la Ley TEA: Es oportuno citar lo expresado en los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental cuando en su Principio 9 sobre tratamientos, punto 2, dice que “El tratamiento y los cuidados de cada paciente se basarán en un plan prescrito individualmente, examinado con el paciente, revisado periódicamente, modificado llegado el caso y aplicado por personal profesional calificado.” En ese sentido, toda protocolización, si la hubiese, debe ser tomada como una referencia de carácter general, y las intervenciones deberán ajustarse a la singularidad de cada sujeto y problemática (familia, situación social, etc.)

Art. 5°. Sobre el inciso d) del Artículo 2 de la Ley TEA: La formación del recurso humano debe tomar como referencia las Recomendaciones a las Universidades Públicas y Privadas aprobadas por la CONISMA que establecen como punto de partida la Ley Nacional de Salud Mental.

Art. 6°. Sobre el inciso e) del Artículo 2 de la Ley TEA: La autoridad de aplicación procurará que se amplíe la oferta preventivo-asistencial de los servicios públicos, de obras sociales y privados, dirigida a todos los niños y niñas con problemáticas de salud mental graves. Tendrá en cuenta lo

ya establecido por el Decreto Reglamentario de la Ley 26657 N° 603/13 que en su Artículo 37 dice: “La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD en conjunto con la Autoridad de Aplicación deberán controlar que se garantice la cobertura en salud mental de los afiliados a Obras Sociales. Para ello deberán adecuar la cobertura del Programa Médico Obligatorio (PMO) o el instrumento que en el futuro lo reemplace, a través de la incorporación de los dispositivos, insumos y prácticas en salud mental que se promuevan en la Ley y los que la Autoridad de Aplicación disponga de acuerdo con el artículo 11 de la misma. Para acceder a dicha cobertura no será exigible certificación de discapacidad.”

Serán garantizadas todas aquellas estrategias de intervención como los centros de día, acompañamientos terapéuticos y otras que procuren tratamiento adecuado de las personas en su comunidad y al alivio familiar. La responsabilidad del Sistema Sanitario en atender las problemáticas complejas de la infancia, se encuentra respaldada en la legislación existente. Ya sea por la Convención Internacional de los Derechos del Niño en su artículo 24 como por la Ley Nacional 26061 de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes cuyo artículo 14 plantea que “los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud” y en el artículo 15 los niños, niñas y adolescentes con capacidad especiales tienen todos los derechos y garantías consagrados y reconocidos por esta ley, además de los inherentes a su condición específica”.

Art. 7°. Sobre el inciso i) del Artículo 2 de la Ley TEA. Los procedimientos de pesquisa, detección temprana y diagnóstico deben respetar las características personales, familiares, regionales y culturales y no partir de generalidades que desconozcan la singularidad del caso por caso. Los procedimientos de detección temprana y diagnóstico deben ser considerados parte de la intervención profesional y de ningún modo tratarse como una mera información que luego, dirigida a los consultantes se despreocupe de su repercusión y consecuencias ulteriores. La comunicación a los familiares de un niño o niña, de algún malestar grave, debe realizarse en el marco del abordaje interdisciplinario con especial cuidado en indicar y facilitar los rumbos posteriores para su tratamiento. La autoridad de aplicación procurará que estén a disposición de la población los recursos necesarios, los efectores y profesionales para que, según el caso, se

elijan las estrategias terapéuticas más adecuadas. Todo protocolo y procedimiento estandarizado es una mera referencia de manera que toda estrategia que se base en preconceptos reduccionistas desconoce el derecho a la singularidad de los asistidos y es contraria a la Ley Nacional de Salud Mental y principios básicos contenidos en la legislación y declaraciones internacionales. La autoridad de aplicación garantizará el derecho y la libertad de los beneficiarios de elegir el abordaje que mejor crean conveniente para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y al mismo tiempo la libertad y el derecho de los profesionales de proponer y desarrollar su práctica según el marco teórico que hayan elegido con el respaldo científico y académico que consideren más adecuado para dichos fines.

Art. 8°. Comunicar y dejar constancia de tales aportes a la CoNISMA a través de la Secretaría Técnico Administrativa.

Resolución sobre Informaciones disponibles en materia de arte, cultura y comunicación

Art. 1°. Requerir a la Secretaría Técnico Administrativa el aporte de informaciones disponibles acerca de cuáles son los organismos del Estado que realizan aportes, desarrollan programas y/o prevean subsidios a la población comprendida en los alcances de la Ley Nacional 26.657 en relación al arte, la cultura y la comunicación, manteniendo una actualización periódica de la información disponible que surja de los registros generados por los organismos del Estado que integran la CONISMA y demás instancias de incumbencia.

Art. 2°. Comunicar dicha solicitud a la Secretaría Técnico Administrativa.

Resolución sobre Información acerca de Externaciones en Salud Mental

Art. 1°. Solicitar que la autoridad de aplicación tenga a bien de comunicar a través de las bases de información nacionales disponibles acerca de externaciones efectivizadas en el lapso de los últimos 2 (DOS) años desde instituciones monovalentes de Salud Mental públicos y privados; indicando el destino de las mismas;

Art. 2°. Indicar desde las fuentes disponibles acerca de usuarios en condiciones de externación que en la actualidad continúan internados.

Art. 3°. Comunicar y encauzar lo antedicho a través de la Secretaría Técnico Administrativa.

Declaración sobre la situación en la C.A.B.A.

Art. 1°. Expresar públicamente el repudio a estas medidas, considerando que atentan contra los derechos humanos y contra la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones.

Art. 2°. Difundir desde la Secretaría Técnico Administrativa esta Declaración por los medios y canales disponibles.

4° Reunión Plenaria

Fecha: 15 de Junio de 2015

Resolución sobre “SUBE inclusiva en salud mental”

Art 1°. Promover la creación de la tarjeta SUBE INCLUSIVA en salud mental como opción para viajar en el transporte público.

Art. 2°. Que dicha tarjeta SUBE INCLUSIVA sea idéntica a la tarjeta SUBE o a otras tarjetas o instrumentos de utilización masiva en las distintas provincias o municipios, posibilitando que su utilización reemplace la exhibición de certificación de discapacidad en los medios de transporte públicos.

Art. 3°. Comunicar a la CoNISMA a los fines de su gestión.

Resolución sobre Presupuesto y Dispositivos

Art.1° Instar a la profundización y evaluación del presupuesto destinado a salud mental y adicciones en todas las jurisdicciones, creando dispositivos interdisciplinarios que monitoreen la aplicación adecuada de la Ley Nacional de Salud Mental, mediante los organismos técnicos nacionales, provinciales y municipales correspondientes.

Art.2° Promover el fortalecimiento o formación de instancias interministeriales - intersectoriales en salud mental y adicciones, que formen parte de la aplicación efectiva de la erogación presupuestaria propuesta por la Ley Nacional.

Art. 3° Instar al incremento de la asignación presupuestaria a los fines de dar cumplimiento al Art. 1.

Art.4° Comunicar a la CONISMA.

Resolución sobre Actualización del PMO en consonancia con la Ley Nacional 26.657

Art. 1°: Solicitar a la autoridad de aplicación implemente las medidas que correspondan a los fines de la actualización del PMO incluyendo dispositivos e instancias en el espíritu y la letra de la Ley Nac. 26.657 (Arts. 6°,7°,8° y 9°).

Art. 2°:Que la autoridad de aplicación sugiera a las jurisdicciones una similar adecuación.

Art. 3°: Encauzar el proyecto en colaboración con las instancias miembro de la CoNISMA.

5° Reunión Plenaria

Fecha: 14 de Septiembre de 2015

Resolución sobre Grupos de Apoyo Mutuo para la Salud Mental y Adicciones

Art. 1°. Impulsar y promover la creación de "Grupos de Apoyo Mutuo para la Salud Mental y Adicciones", reconociéndolo como un dispositivo pertinente en el marco de las normativas vigentes en Salud Mental y Adicciones.

Art. 2°. Que las organizaciones de usuarios y familiares participen como consultores en la creación de Grupos de Apoyo mutuo para la salud mental y adicciones.

Art. 3°. El objetivo de estos grupos es fortalecer el proceso de salud de sus integrantes, y los procesos de inclusión y lazo social de los mismos. Los grupos de apoyo mutuo en salud mental y adicciones son grupos de ayuda y apoyo mutuo dentro de la estrategia de sistemas de apoyo y ajustes razonables en los términos de la Convención de Derechos de Personas con Discapacidad. Sin perjuicio de la nominación que se plantea en el título, los mismos son abiertos a toda la comunidad.

Art. 4°. Que cada grupo de apoyo mutuo para la salud mental y adicciones, funcione en diversos sectores, espacios de la sociedad civil, o diferentes ámbitos del sistema de salud.

Art. 5°. Promover que cada grupo de apoyo mutuo para la salud mental y adicciones propicie la articulación e inclusión en otras actividades de los espacios sociales, culturales y comunitarios de referencia.

Art. 6°. Cada grupo de apoyo mutuo para la salud mental y adicciones será coordinado por un usuario o un sobreviviente de las prácticas estigmatizantes, manicomiales y/o iatrogénicas, en cooperación y articulación con un equipo interdisciplinario de salud mental y adicciones.

Art. 7°. El coordinador participará de todas las reuniones, promoviendo y garantizando que el grupo funcione en el marco de la Ley Nacional N° 26.657 y de otras legislaciones y normativas afines a esta última.

Art. 8°. La autoridad de aplicación competente, en conjunto con otras áreas responsables, asumirá la capacitación de quienes se propongan para la promoción y coordinación de estos dispositivos.

Art. 9°. El financiamiento de la actividad, incluyendo los honorarios del coordinador, viáticos de todos los participantes, etc., serán afrontados por la autoridad de aplicación competente, sin perjuicio de la posibilidad de que otra instancia gubernamental idónea y/o los responsables de cada uno de los subsectores del sector salud pudiera asumir la erogación presupuestaria.

Art. 10°. La autoridad de aplicación competente tendrá también la función de articular acciones tales como promoción, seguimiento y evaluación del cumplimiento de los objetivos de estos dispositivos.

Art. 11°. Que los efectores de salud dispongan y garanticen la intervención de un equipo interdisciplinario en los términos de la Ley Nacional N° 26.657 como referencia y cooperación del trabajo del grupo, brindando todo el apoyo para garantizar el funcionamiento de los grupos y velando por los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado de todos sus participantes.

Declaración en repudio al Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por la medida cautelar presentada y por el incumplimiento de la legislación vigente. Posicionamiento por la plena implementación de la Ley Nacional de Salud Mental en todo el territorio nacional

Art. 1°. Repudiar el atropello del Gobierno de la CABA, su violación e incumplimiento sistemático de las leyes 448 local y la ley nacional 26.657, invalidando e impidiendo además a los órganos creados legalmente para garantizar el cumplimiento de las mismas para todos los ciudadanos, e intentando legalizar lo ilegal, dado que la presentación judicial reconoce la existencia y vigencia de las leyes mencionadas, pero las incumple y viola.

Art. 2°. Instar al cumplimiento de la Ley Nacional y de los marcos normativos consistentes con ella en todas las jurisdicciones de manera plena e inmediata.

Declaración crítica a propósito del proyecto de Ley sobre Dislexia

Art. 1º. Tener a bien considerar que esta u otras leyes signadas a una problemática específica obturan el criterio de acceso universal a la salud, estigmatizando y fragmentando innecesariamente la adscripción a la Ley Nacional de Salud Mental.

ACTUACIONES

PERÍODO PRINCIPIOS 2015 - MEDIADOS 2017

El Consejo no fue convocado a sesionar por la autoridad de aplicación, a pesar de ello continuó reuniéndose según el cronograma acordado en la última sesión de 2015, en cumplimiento de la legislación vigente, sin contar con apoyo de las entonces autoridades de la CONISMA que con el respectivo presupuesto para poder garantizar la participación de todos los consejeros.

Durante este período se solicitaron reuniones con las autoridades de Jefatura de Gabinete y se elevó un informe sobre las acciones del CCH. Además se elaboró un informe que relevaba las condiciones respecto de la implementación de la Ley y sintetiza las preocupaciones respecto del área y tareas que nos competen.

Dicho documento señalaba como principales puntos de preocupación:

1. Trabajadores estatales dados de baja: importante número de contratos de trabajadores de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMA) fueron dados de baja
2. Programas de salud mental dados de baja: baja programas territoriales dependientes de los Equipos de Abordaje Psicosocial (EAPS)
3. Baja al equipo interdisciplinario en causas relativas a la determinación de capacidad jurídica: cesaron las funciones del equipo interdisciplinario de evaluación de personas con causas relativas a la determinación judicial de su capacidad jurídica
4. Casa SIS desactivada
5. Baja a la escuela nacional de en salud pública “Ramón Carrillo”: se cancelaron 10 carreras de posgrado imposibilitando la formación en áreas de salud con especialidades relevantes para el campo de la salud mental.

6. Cambios en el centro de asistencia a víctimas del terrorismo de estado “DR. FERNANDO ULLOA”: se dieron despidos e interrupción de capacitaciones.
7. Equipo de evaluación para personas víctimas de terrorismo de estado discontinuado: se han discontinuado las funciones de este equipo,
8. Cambios preocupantes en la política de adicciones: Reiteradas manifestaciones de diversos sectores ponen en duda el tratamiento de las adicciones en el marco de la Ley nacional
9. Despidos en el centro de acceso a la justicia de villa moreno, rosario
10. Achicamiento del programa nacional de salud mental en la provincia del chaco
11. Retroceso alarmante en el compromiso legal con la desmanicomialización
12. Intento inconsulto de modificar la reglamentacion de la ley nacional

ACTUACIONES

INFORME PERÍODO MEDIADOS 2017 - 2018

A mediados del 2017, y con la asunción del Lic. Luciano Grasso a cargo de la DNSMYA, se retoma la convocatoria oficial a sesiones del CCH, luego de sesionar de manera autoconvocada desde diciembre de 2015 hasta mediados de 2017.

A continuación se realizará una síntesis de las reuniones plenarias, de las declaraciones realizadas y de los materiales puestos a consulta por parte de la DNSMYA a los miembros del CCH.

13° Sesión Plenaria

Fecha: 22 de agosto de 2017

Pedido de Informe

Las organizaciones miembros del Consejo Consultivo Honorario, elevan a la Comisión Interministerial de Salud Mental y Adicciones, el siguiente Pedido de Informe:

- 1) Informe sobre estructura actual de la Dirección de Salud Mental: áreas, funciones y programas/líneas de acción a cargo desde 2016 a la fecha.

- 2) Informe sobre la conformación de la CONISMA (miembros actuales, inserción), líneas de acción y estado de situación desde 2016 a la fecha
- 3) Informe sobre adjudicación de las funciones de Secretaría Técnico Administrativa que oficie de enlace entre el Consejo Consultivo y la CONISMA.
- 4) Informe sobre Resolución 561-E/2017 (12/05/2017), sobre "subsidios para el mejoramiento en calidad de salud mental y adicciones en dispositivos de salud mental y viviendas asistidas", monto total de presupuesto destinado, criterios de distribución de subsidios según regiones, criterios de otorgamiento, plazos, procedimientos y demás aspectos formales y sustantivos de su implementación.
- 5) Informe sobre Resolución 1061-E/2017 (02/08/2017), sobre la Creación del Consejo Consultivo Permanente en la órbita del la Dirección de Salud Mental y Adicciones. Se solicita información en relación a funciones, criterios de designación, plazos, asignaciones y atribuciones, así como relaciones, límites y alcances de las mismas respecto de las del Consejo Consultivo Honorario.
- 6) Informe sobre Resolución 1045- 2017 (31/07/2017), sobre la creación de la Comisión de asesoramiento en salud mental y adicciones para la habilitación y fiscalización de establecimientos y servicios de salud mental y adicciones.
- 7) Informe sobre el estado de situación de la implementación de la Ley de Salud Mental y Adicciones a nivel nacional y de cada jurisdicción, así como las acciones que se llevan a cabo para lograr su plena implementación.

Se solicita se envíe la documentación correspondiente sobre los puntos anteriores para ser trabajados en la próxima reunión del CCHSMYA en comisiones y plenario a realizarse el día 2 de octubre de 2017

14° sesión ordinaria

Fecha: 2 de octubre de 2017

Resolución Formación Interdisciplinaria de los Profesionales

A los fines de articular los perfiles formativos de los profesionales del campo de la salud mental con lo estipulado en la ley 26.657, en el respeto por las incumbencias de cada disciplina, el CCH resuelve:

Art. 1°. Retomar el proceso de implementación y difusión de los *Lineamientos para la mejora de la formación de los profesionales en Salud Mental* dentro de los ámbitos de las universidades públicas y privadas de las recomendaciones desarrolladas. El documento referido cumple con los lineamientos de la Ley y permite alcanzar el cumplimiento de los Objetivos que dan respuesta al Problema N°5 del Plan Nacional de Salud Mental.

Art. 2°. Retomar las recomendaciones a las universidades según documento citado y ampliar al resto de las disciplinas implicadas en el concepto de interdisciplina en salud mental tanto en grado como de postgrado “con base en el modelo comunitario incorporando la apertura hacia nuevas prácticas, y la participación de recursos humanos no convencionales para los abordajes integrales” (9.5.1 Plan Nacional de Salud Mental).

Art. 3°. Diseñar y/o reorientar las capacitaciones “continua en servicio para los recursos humanos involucrados en los equipos interdisciplinarios en salud/salud mental y adicciones en el marco de la ley 26.657, (capítulo 6 art.13 y cap. 9, art. 33 con su decreto reglamentario)”, “y de sectores tales como salud, poder judicial, educación, seguridad, desarrollo social, trabajo y otros” “incorporando las dimensiones ética, sanitaria y política así como la perspectiva de derecho en la revisión y evaluación de las prácticas” (9.5.2. Plan Nacional de Salud Mental).

Art. 4°. Garantizar en todas las capacitaciones la inclusión de las temáticas referidas a todos los grupos en situación de vulnerabilidad con una perspectiva de ampliación de derechos de protección integral.

Art. 5°. Considerar en el diseño, implementación y evaluación de las capacitaciones en el campo de la Salud Mental la coherencia entre las perspectivas teóricas incluidas en todas las propuestas de formación/capacitación, tanto de los capacitadores como de contenidos y bibliografía propuesta, en respeto a los principios de la Ley 26.657 de orden público (interdisciplinarietà, perspectiva de derechos ampliada, integralidad, intersectorialidad), a partir de la concepción de salud mental enunciada en el artículo 3.

Art. 6°. Garantizar que la formación introduzca abordaje de las personas con uso problemático de drogas legales e ilegales, como componente integrante en el campo de la salud mental respaldado en la concepción de la salud mental integral, evitando la histórica invisibilización y expulsión de las adicciones hacia otros sectores (que no son del campo de la salud mental).

Creación de Observatorio en Salud Mental

A los fines de desarrollar un instrumento pertinente a la valoración y orientación de los cambios en curso que permita el monitoreo y la evaluación del cumplimiento de las obligaciones del Estado en los diversos niveles jurisdiccionales en el campo de las políticas de salud mental, el CCH resuelve:

Art. 1°. Implementar el Observatorio en salud mental; basado en el desarrollo de un diseño metodológico y epidemiológico para el monitoreo y evaluación de la salud mental, cuyos fundamentos e indicadores a implementar en el campo de la salud mental se encuentren encuadrados dentro de los lineamientos previstos en el marco de la ley 26.657 en vigencia.

Art. 2°. Dicho Observatorio debe tener como función destacada evaluar las medidas tendientes a respetar el plazo fijado por la Conferencia Regional de Salud Mental, celebrada en Panamá en el 2010, para hacer realidad en el 2020 el cierre de los manicomios. Ello constituye a la vez un paso fundamental para la erradicación de la lógica manicomial de todo dispositivo de Salud Mental.

Art. 3°. Incorporar una matriz de indicadores en salud mental basada en el enfoque de derechos humanos como base para Diseño metodológico y epidemiológico para el monitoreo y evaluación en salud mental basado en indicadores sustentados en las premisas señaladas en los marcos normativos internacionales y experiencias desarrolladas citados.

Externación sustentable

Considerando la vasta experiencia desarrollada en nuestro país, por diversos equipos asistenciales, en el acompañamiento y tratamiento de personas con padecimiento mental para lograr una externación sustentable y una inclusión social adecuada en la vida comunitaria de personas con sufrimiento psíquico, el CCH resuelve:

Art 1°. Ampliar territorialmente los dispositivos habitacionales (casas de medio camino, pisos protegidos, unidades convivenciales, hogares, etc), considerando que estos deben ser parte de programas orientados a generar dispositivos sustitutivos a la internación fomentados desde el Estado. Estarán destinados a aquellas personas que como producto de su padecimiento, de la internación prolongada en hospitales monovalentes y/o por su condición social han perdido los vínculos familiares y comunitarios que podrían viabilizar su externación. Los dispositivos, insertos en la comunidad, en la comunidad deben presentar las características propias de las viviendas familiares, en relación al número de habitantes de las mismas y a la dinámica de funcionamiento.

Art. 2°. Los dispositivos para el abordaje en situaciones de crisis, deben contar con estructuras habitacionales temporarias a las que sea posible acceder para sostener a las personas en esas circunstancias y como alternativa para evitar internaciones. La internación eventual en crisis en Hospitales generales y el cierre definitivo de los monovalentes es el objetivo final según lo expuesto en la Ley Nacional 26.657.

Art. 3°. Promover bases asistenciales adecuadas con de equipos de atención domiciliaria capacitados para la prevención de crisis y recaídas; los distintos niveles de apoyo requeridos por las personas con padecimiento mental brindados por el equipo asistencial serán objeto de permanente trabajo y revisión orientado hacia el logro progresivo de autovalimiento y autonomía de la población a cargo. El equipo deberá sostener la relación con el entorno familiar, brindar información clara y aportar al mejoramiento de los vínculos muchas veces dañados tanto por los efectos de la enfermedad como por las respuestas sesgadas o insuficientes del sistema de Salud.

Art. 4°. Generar accesibilidad a fuentes de ingreso económico (empleo, empleo con apoyo, pensiones, subsidios o jubilaciones). Se propone especialmente el desarrollo de programas nacionales, provinciales o municipales que brinden la posibilidad de incorporación a trabajos formales. La promoción del Derecho al trabajo interpela a distintos actores de la vida pública y privada: ministerios, sindicatos, asociaciones civiles. Todas estas entidades pueden ser generadoras de convenios para dar oportunidad de inclusión real a las personas que se capacitan para desempeñar diversas actividades. Se incluye la capacitación para el trabajo en empleos protegidos, en emprendimientos sociocomunitarios, en cooperativas, en espacios laborales que respetan el cupo laboral para personas con discapacidad y hasta en puestos de trabajo comunes cuando las personas se sientan en condiciones de sostenerlos.

Art. 5°. Incorporar dispositivos culturales y educativos como instancias de inclusión social, tanto dentro de las instituciones de salud mental como en espacios comunitarios.

15° Sesión Plenaria

Fecha: 23 de abril de 2018

En la presentación del Director Nacional de Salud Mental y su equipo de gestión, se expone la visión general de la Dirección y las líneas de acción de su gestión: capacitación, comunicación, redes y observatorio.

Listado de ejes y preguntas para ampliación de información con Director Nacional de Salud Mental y equipo

1. Plan de SM ratifica, rectifica o reemplaza el anterior vigente? Se articula, o tiene otra propuesta como parte de sus funciones? Qué ejes tienen pensados respecto del sector privado y obras sociales (no solo respecto del cierre de los monovalentes sino también de las clínicas privadas)? Ej PAMI en SM
2. Que se aclare si desde la DNSMyA actual se ratifica toda la legislación y normativa vigente, particularmente interesa conocer respecto de la Reglamentación y su ratificación de la vigencia o si existe alguna propuesta de modificación de cualquier aspecto de la normativa.
3. Qué es el documento de Directrices? Alcance, sentido, contenidos, temporalidad, tiempo de gestión. Porqué además de la consulta al Órgano de revisión y OPS, no nos consulta?
4. Se solicita derogación de la Resolución 1876/2016 sobre habilitación de instituciones, y la 1061/2017 creación del consejo consultivo permanente de SM.
5. Cuál es la conformación actual de CONISMA, su periodicidad en reuniones, temas tratados y presupuesto asignado para cada uno en SM y cómo lo están asignando? Cómo proponen retomar las relaciones del CCHSMYA con CONSIMA?
6. Dado que la implementación directa de la Ley queda en articulación con las jurisdicciones ¿Cómo está pensada la agenda del cofesama? (Coprosama. Ver región y municipio) Y articulación con Cofedro?
7. Presupuesto: Cuál es el presupuesto asignado para el presente año para la DNSMyA? A-cómo se desagrega para poder cumplir con cada uno de los aspectos requeridos por la ley? B-Qué otros recursos se destinan a SMYA y no están en su gestión y cómo se utilizan?
8. Preocupados por la conformación y capacitación de los equipos territoriales, con qué lógica piensan la conformación, asignación y capacitación de los equipos? Y marcos normativos? Redes que se piensan en función de cobertura de 800 a 1000 familias y los equipos explícitos en la filmina. Qué pasa con los profesionales que exceden lo planteado TO, MTP, y las propuestas promocionales preventivas como artísticas, Etc.?

9. Recomendación: capacitación a usuarios, información, comunicación
10. Observatorio y capacitación cuáles son los fundamentos conceptuales de las propuestas presentadas?Cuál es la consistencia con los principios de la ley?
11. Qué piensa hacer con la división de las residencias de psiquiatría y psicología que so Blake rompiendo la cuestión interdisciplinar RISAM. Especialidades: sigue trabajando sobre las propuestas de especialidades?
12. Cómo piensan retomar el tema de las recomendaciones a universidades?
13. Viviendas asistidas, a qué se refiere con la calidad de “asistidas”, dado que se están elaborando recomendaciones para su funcionamiento sugerido, y cuáles serían los equipos, y cómo se garantiza la capacitación?
14. Alcance de las políticas de SM de los sujetos privados de su libertad con padecimiento de salud mental.
15. Cómo proyecta una política de SM integral en tanto el marco es el avance/establecimiento de la CUS?

16° Sesión Plenaria

Fecha: 11 de junio de 2018

14° Festival y Congreso Latinoamericano de Arte una Puerta a la Libertad - no al manicomio-.

Fundamentación:

La RED ARGENTINA DE ARTE Y SALUD MENTAL - Asociación Civil Sin Fines de Lucro-, conformada por más de 50 Delegaciones de todo el País, deseamos comunicar que está en RIESGO LA REALIZACIÓN del "14° FESTIVAL Y CONGRESO LATINOAMERICANO DE ARTE UNA PUERTA A LA LIBERTAD -NO AL MANICOMIO “.

A lo largo de 29 años estos Festivales han contribuido a la rehabilitación, inclusión e integración social, a través del ARTE, de miles de usuarios y usuarias de dispositivos de salud mental y a la concientización social en pos de un paradigma más humanitario, en favor de sus derechos, dignidad y en contra del encierro.

Este Festival y Congreso, único en el mundo por sus características, reúne alrededor de 800 artistas internados/as, externados/as y ambulatorios/as de Hospitales Psiquiátricos y Hospitales Generales Públicos; Centros Comunitarios de Salud Mental de Argentina y de algunos países latinoamericanos. Tiene como iniciativa mostrar espectáculos y trabajos artísticos de calidad al público en general, intercambiar experiencias y abrir espacios de debate y de concientización a la comunidad sobre la problemática de la salud mental, derechos humanos, arte y desmanicomialización, en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, desestigmatizando el imaginario social con respecto a la locura, donde los y las propios usuarios y usuarias de salud mental son los protagonistas.

Este evento fue creado en el año 1989 por el FRENTE DE ARTISTAS DEL BORDA, quien a su vez fundó la RED ARGENTINA DE ARTE Y SALUD MENTAL que desde el año 1995, es la organizadora oficial de estos Festivales, que han sido reconocidos y declarados de interés por la UNESCO, LEGISLATURA DE LA CIUDAD BUENOS AIRES, CAMARA DE DIPUTADOS DE LA NACIÓN, SECRETARÍA DE CULTURA DE LA NACIÓN; CONCEJO DELIBERANTE DE MAR DEL PLATA , quién ha declarado en el 2015 a Mar del Plata, como Sede Permanente de estos Festivales; entre otros reconocimientos.

Este 14° Festival fue programado para realizarse del 20 al 26 de Noviembre de 2018 en el Complejo Teatral Roxy de Mar del Plata y en el Complejo Turístico de Chapadmalal, donde se presentan espectáculos, recitales, charla-debates, seminarios, talleres, videos, foros, exposiciones, radios, entre otras actividades. Todo con entrada libre y gratuita.

POR PRIMERA VEZ, el Ministerio de Turismo de la Nación confirma el OTORGAMIENTO SIN CARGO sólo del ALOJAMIENTO en el Hotel 5 de CHAPADMALAL para 800 personas durante 6 días, pero que NO OTORGAN LAS COMIDAS SIN CARGO, y que el presupuesto de la misma (a Abril 2018), por día y por persona es de \$ 285.-, lo que resulta un costo total de \$ 1.368.000 (pesos un millón trescientos sesenta y ocho mil), que dicha Red no puede afrontar, por lo tanto el CCH resuelve:

Art 1°. Solicitar a la Dirección Nacional de Salud Mental se realicen las gestiones y esfuerzos necesarios a fin de poder conseguir los recursos necesarios para que el festival pueda desarrollarse sin dificultades como hasta la fecha.

"DECLARACIÓN sobre Actividades Reservadas e Incumbencias que afectan el Campo de la Salud Mental. Proyecto de Ley del Ejercicio Profesional."

VISTO la reciente publicación en el Boletín Oficial de la Resolución 1254/2018 del Ministerio de Educación, desde el Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones manifestamos nuestra preocupación por las modificaciones sobre las “actividades profesionales reservadas” respecto a las carreras incluidas en el artículo 43 de la ley de Educación Superior, correspondientes a profesiones reguladas por el Estado, cuyo ejercicio pudiera comprometer el interés público, poniendo en riesgo de modo directo la salud, la seguridad o los bienes de los habitantes.

CONSIDERANDO que en lo que concierne a nuestro campo de intervención, desde el año 2014 contamos con el establecimiento del documento “Recomendaciones a las Universidades Públicas y Privadas” (Artículo N° 33 de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657), elaboradas por CONISMA y los Lineamientos para las Universidades, donde participaron cinco carreras del ciclo superior junto a sus respectivos representantes de las universidades de todo el país (Convocados por Ministerio de Salud y SPU del Ministerio de Educación).

Allí se recomienda la adopción del enfoque de derechos, la inclusión social y la interdisciplina como ejes transversales para la formación, extensión e investigación.

La reciente resolución del Ministerio, donde están implicadas profesiones que exceden al campo de la salud, ha sido cuestionada por asociaciones y colegios profesionales, por sectores importantes de la Universidad como Facultades o Consejo Superior, colegios profesionales, movimientos y organizaciones del campo, estableciendo desde diferentes posiciones la imprescindible participación de las unidades académicas y los colegios/asociaciones en la configuración de la misma, en articulación con los sectores de la sociedad civil que se verán afectados.

Como integrantes del CCH, nos parece fundamental avanzar en la discusión respecto a la formación universitaria en el marco de la plena implementación de la Ley de Salud Mental N° 26657.

La formación no es un elemento aislado: decisiones en ese campo afectan las modalidades desde las cuales se reconocen, financian y jerarquizan prácticas; más aún cuando nos encontramos en un estado de situación donde existen carreras (vinculadas al cuidado de la salud) limitadas para acceder al Art. N° 43 de la Ley de Educación Superior aunque cumplen con la doble condición de control sobre su ejercicio como son la titulación y la matriculación.

El modo en que el Estado regula las profesiones, desde los espacios de formación hasta el ejercicio de las mismas, expresa las concepciones que subyacen a la implementación de políticas públicas.

Este aspecto constituye para nosotros, como expresión de la sociedad civil, un aspecto vital y central en tanto debiera garantizar las condiciones de producción de incumbencias y prácticas reservadas fundadas en el espíritu de la interdisciplina y que aboguen por la permanente ampliación de derechos y el reconocimiento a la voz de los usuarios en el campo de la salud mental. Considerando en particular que el título de Licenciadx en Psicología o Psicólogx, declarado en 2003 como de “interés público”, requirió la intervención y control del Estado, delegando en el Ministerio de Educación establecer las actividades profesionales reservadas, por lo cual en el año 2009 se delinearón dieciséis actividades con la participación de organismos representativos.

Con la mencionada Resolución N°. 1254/2018 en su Anexo 33, se procedió a reducir estas actividades a solo cinco, de forma arbitraria e inconsulta de los profesionales y sus representaciones. Dicha modificación desmantela y sustrae actividades esenciales, afectando no solo derechos adquiridos, sino que también y fundamentalmente al derecho a la salud y salud mental de la población.

Del mismo modo observamos con preocupación la reciente presentación del proyecto de reforma de la Ley de Ejercicio Profesional N° 23.277, por parte de la DNSMyA a diferentes sectores académicos y de ejercicio profesional de la psicología, desconociendo este CCH el origen y participantes del dicho proyecto. Contamos en nuestro país con legislaciones provinciales y Colegios Profesionales que otorgan la matrícula profesional y también regulan las Especializaciones. Por lo tanto una Ley Nacional debería respetar las autonomías provinciales y los antecedentes al respecto.

Asimismo se visualizan en el Proyecto contradicciones con el nuevo paradigma que instaura la Ley No. 26657, como por ejemplo desconocer la salud mental en sus determinaciones sociales.

Por todo esto, EL CONSEJO CONSULTIVO HONORARIO DECLARA:

- Exigir la no implementación de las modificaciones en cuanto a Prácticas Reservadas realizadas sin el resguardo de garantizar lo acumulado como expresión de una política centrada en los DDHH y sin amplia participación de los ámbitos académicos y asociaciones y/o colegios profesionales de todas las disciplinas involucradas en el campo de la salud y de modo acorde a lo transitado en la implementación de la Ley N° 26657. Es imprescindible hacer vigentes la Recomendaciones a las Universidades Públicas y Privadas y sus Lineamientos, en base al artículo N° 33 de la Ley Nacional de Salud Mental como marco conceptual y político de las decisiones que se tomen tanto en el campo Educativo como en el de la Salud.

- Instar al respeto y el resguardo de las garantías profesionales de todas las profesiones del campo de la Salud Mental y Adicciones, en acuerdo con las intervenciones previstas en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, en el marco de la interdisciplina y la intersectorialidad.
- Instar a consultas a todos los actores a través de sus representantes, sobre el Proyecto de Reforma de la ley Nacional del Ejercicio Profesional del/a Psicólogo/a o Licenciado/a en Psicología.

"Guía Intervención MhGAP"

Visto la Guía de intervención MH-GAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada, versión 2.0, de la Organización Panamericana de la Salud - la Organización Mundial de la Salud.

Que a partir de su análisis surgen observaciones a tener presentes para su implementación a saber:

1.- *Mientras que la guía hace hincapié en la noción de trastorno mental, la Ley 26.657 establece una intervención basada en la noción de padecimiento psíquico. Estas definiciones entran en colisión en las prácticas concretas en el primer nivel de atención.*

El concepto de ‘trastorno mental’ condujo a la globalización de la psiquiatría hegemónica estadounidense y a una asociación particular con la industria farmacéutica, que consolidó una fuerte articulación entre la inclusión de diagnósticos y la producción de medicamentos. Los debates actuales sobre los manuales de clasificación internacional, particularmente el DSM, que acuña este concepto, apunta a establecer continuos y borra las demarcaciones entre lo definido como normal y patológico. Precisamente, en estos procesos, la extensión de áreas que antes correspondían a otras dimensiones de intervención social comenzaron a considerarse espacios en el cual los problemas de la vida se convierten en médico-psiquiátricos.

El enfoque en la noción de ‘padecer’, establecido por la Ley 26.657, en cambio problematiza la construcción de una categoría cultural y, por lo mismo, cambiante en cada contexto; y admite un supuesto epistemológico que instituye la ‘subjectividad’ como elemento sustantivo, no limitando la afección de la salud mental a un conjunto de entidades patológicas definidas (tal la dimensión de ‘enfermedad’ o ‘trastorno’), sino a la comprensión de nuevas representaciones y expresiones de las formas de ‘padecer’.

2.- *La fuerte impregnación de la óptica basada en el concepto de trastorno profundiza procesos medicalizadores y farmacologizadores, también en el primer nivel de atención.*

La medicalización como proceso histórico es un tema muy amplio, que ha sido abordado desde múltiples campos y tradiciones de pensamiento. Acuñado por el filósofo, historiador y crítico

social Ivan Illich, en su libro *Némesis médica: la expropiación de la salud* en 1975, el término medicalización define un proceso que se extendió de forma imparable por la sociedad de nuestro tiempo, por el cual los médicos se ocupan y tratan problemas no médicos que atañen al bienestar humano. La medicalización se presenta entonces a modo de un producto socio-cultural, donde inciden diversos factores que en, un contexto social e histórico específico, permiten que se desarrollen las líneas argumentales de los diversos actores sociales que han intervenido e intervienen en la génesis y producción (y reproducción) de dicho proceso.

Por su parte, la farmacologización la podemos definir como la traducción de condiciones humanas, capacidades y potenciales en oportunidades para la realización de intervenciones farmacológicas terapéuticas o de mejoramiento, sea de parte de los médicos, de los pacientes o de ambos. El incremento en la venta de psiofármacos desde los ochenta del siglo XX reforzó el interés de observación sobre estos procesos. La farmacologización es un proceso sociotécnico complejo, heterogéneo y dinámico, que involucra asimismo actores diversos de clínicos, pacientes, consumidores y organismos de regulación que contribuyen a una construcción de largo término, pero todavía en curso, de la industria farmacéutica.

Retomando la noción de trastorno mental aquí expresada, la misma reubica al campo de la salud mental, sus estrategias y prácticas, en una nueva dimensión de la medicalización/farmacologización; así, la relación estrecha entre padecimientos sociales y trastorno mental que se asigna en la actualidad al campo de la salud mental condiciona el proceso de atención. La medicalización/farmacologización de los problemas sociales en el campo de la salud mental no es nueva pero sin embargo, a partir de la difusión de la noción de trastorno mental –y su interpretación en los manuales de clasificación psiquiátrica– adquiere una mayor relevancia que no hay que relativizar.

3.- La impronta de una perspectiva biomédica de abordaje presente en el documento colisiona con la perspectiva de intervención en equipos interdisciplinarios propuesto por la Ley 26.657.

A tal efecto en el Art. 8 la Ley establece “Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes”.

Si bien es importante tener presente que nuestro país es federal en términos sanitarios, con realidades muy disímiles, siempre hay que direccionar las acciones en torno a la normativa, afianzando en este caso procesos de referencia y contraferencias.

En este sentido la Argentina es pionera en experiencias transformadoras en salud mental en las cuales se avanzó considerablemente en estas líneas, particularmente a partir de la implementación de abordajes comunitarios, (sólo a modo de ejemplo: El proyecto de Lanús, el ATAMDOS, el Plan Boca-Barracas, el PREA, la desmanicomialización en Río Negro, la sustitución de lógicas manicomiales en la provincia de Santá Fe, entre tantas otras).

Es central reforzar el primer nivel de atención con equipos interdisciplinarios y con perspectivas de abordaje comunitario.

4.- Multiplicidad de tratamiento en contraposición de una mirada única

La Ley 26.657, en su Art. 3, define el concepto de salud mental como: “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Art. 3).

Esta definición abre una perspectiva de multiplicidad de abordajes en contraposición a la unidireccionalidad, fundada en la biomedicina, de los abordajes y tratamientos que el manual presenta.

5.- El abordaje de problemáticas complejas en el primer nivel de atención.

En el primer nivel de salud se presentan problemáticas complejas que requieren múltiples determinaciones. Encrucijadas en las que la pobreza, la desigualdad social y la violencia son cotidianas, así como también los padecimientos asociados a tales circunstancias.

En este sentido, entendemos que el primer nivel de atención debe ser el de mayor fortalecimiento en el desarrollo de políticas públicas, tanto a nivel nacional como jurisdiccional y municipal. Parfraseando al Dr. Mario Testa nos oponemos a la construcción de una atención primitiva de salud. Apostamos a un verdadero fortalecimiento de la atención primaria que de cumplimiento al Art. 9 de la Ley 26.657 “El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales”.

Ante este conjunto de observaciones el Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental y Adicciones y, DECLARA:

-Que considera de gran importancia que la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud avance en la implementación de instancias de formación en salud mental en el marco de la atención primaria de salud, fundamentadas en los principios y alcances de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y el marco normativo de Derechos en salud con perspectiva integral, interdisciplinaria, comunitaria e intersectorial, así como la promoción del conocimiento de la Ley misma (deberes y derechos).

-Asimismo, aconseja la no implementación, tal como esta presentada, de la Guía de intervención MH-GAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada, versión 2.0, de la Organización Panamericana de la Salud - la Organización Mundial de la Salud.

-Por último, sugiere continuar el trabajo de análisis, profundización y adaptación de dicha guía a fin de que la misma pueda adecuarse a los principios de la Ley 26.657 y la realidad nacional, jurisdiccional y municipal de los servicios de salud en nuestro país y su historia.

Pedido de Informe

Las organizaciones miembro del Consejo Consultivo Honorario, elevan a la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones el siguiente Pedido de Informes:

- 1- Informe acerca del modelo de encuesta/instrumento de relevamiento correspondiente a la versión actualmente utilizada en la implementación del Censo de personas internadas por motivos de salud mental.
- 2- Informe sobre la previsión por parte de la Dirección Nacional de Salud Mental en referencia al desarrollo de una estrategia de monitoreo para el seguimiento de los resultados obtenidos en el Censo.
- 3- Informe en el que conste la confirmación o no de la vigencia al presente del Plan Nacional de Salud Mental (2013 a 2018) y la extensión de su plazo de vigencia, las acciones y plazos para la coordinación del proceso de implementación que garantice el alcance de los objetivos previstos en la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones y su articulación y continuidad con las Directrices en actual elaboración.

4- Informe el presupuesto 2018 correspondiente a la Dirección de Salud Mental y su desglose dada su importancia crítica para la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones.

Fundamentación

Este pedido se fundamenta en el Art. 4°. Funciones, correspondiente al texto del reglamento del Consejo Consultivo Honorario, donde se señala que son funciones del Consejo Consultivo realizar las observaciones que crea pertinentes acerca de las políticas que se llevan adelante; para lo cual previamente podrá elaborar las Resoluciones de Pedido de Informes que sean requeridas, con el fin de obtener toda la información necesaria que dé cuenta del estado de situación de las acciones de Gobierno relacionadas con las políticas públicas llevadas a cabo en Salud Mental y Adicciones y de todas aquellas relacionadas con el cumplimiento de la Ley Nacional n°26.657, y que las mismas serán vehiculizadas a través de la Secretaría Técnico Administrativa siendo esta última el nexo entre el Consejo Consultivo y la CONISMA.

A un nivel más específico, las solicitudes mencionadas responden a lo siguiente. Las solicitudes 1 y 2 se fundamentan en que habiendo participado el Consejo Consultivo Honorario de la revisión del instrumento y habiendo efectuado oportunamente recomendaciones a la misma consideramos pertinente conocer los cambios introducidos a los fines de precisar los alcances de la información a obtener.

Las solicitudes 3 y 4 se fundamentan en la importancia de que desde la Dirección de Salud Mental se arbitren los medios necesarios (procesos formativos, recursos, decisiones, creación de dispositivos alternativos y transformación de los dispositivos existentes, ligados a las prácticas hospitalocéntricas y asilares con atención centrada en hospitales monovalentes) a los fines de alcanzar en forma profunda y coordinada las transformaciones buscadas en el campo de la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación en salud mental y en todos los niveles jurisdiccionales.

A la vez, se basan en que las diferentes experiencias internacionales transformadoras en el campo de la salud mental han mostrado la necesidad de contar con asignaciones presupuestarias extraordinarias con el fin de sustentar de manera transitoria la vigencia en forma simultánea de los dispositivos correspondientes a los dos modelos hasta tanto se complete la sustitución del primero de ellos: el existente de carácter hospitalocéntrico y asilar y un nuevo modelo de atención en salud mental acorde a la ley 26.657 (Art. 9) *“ARTÍCULO 9°.- El proceso de atención debe realizarse*

preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales”.

Observaciones del Documento "Directrices de Organización y Funcionamiento de Servicios de Salud Mental"

1. En pag. 2, en la tipología de establecimientos ambulatorios no se consignan dispositivos relacionados con actividades artístico culturales y/o de tiempo libre, y recomendamos incluir alternativas de este tipo. Como se señala en la reglamentación (Decreto Reglamentario 603/2013 70 Decreto Reglamentario 603/2013 71) de la Ley Nacional de Salud Mental Ley N° 26.657, ARTÍCULO 9°- Inciso e-: "La Autoridad de Aplicación promoverá que las políticas públicas en materia asistencial respeten los siguientes principios: (...) e) Reconocimiento de las distintas identidades étnicas, culturales, religiosas, de género, sexuales y otras identidades colectivas. Asimismo promoverá políticas para integrar a los equipos interdisciplinarios de atención primaria de la salud que trabajan en el territorio, conformados por médicos generalistas y de familia, agentes sanitarios, enfermeros y otros agentes de salud, como parte fundamental del sistema comunitario de salud mental. Las políticas de abordaje intersectorial deberán incluir la adaptación necesaria de programas que garanticen a las personas con padecimientos mentales la accesibilidad al trabajo, a la educación, a la cultura, al arte, al deporte, a la vivienda y a todo aquello que fuere necesario para el desarrollo y la inclusión social."

2. En el pie de página n° 2 donde se define el diagnóstico en Salud Mental, se sugiere agregar "teniendo en cuenta que un diagnóstico no puede ser considerado un estado inmodificable (Cap. III - Art. 7 - Inciso N de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657)

3. En pag. 6 donde dice "Atención de la urgencia con interconsulta con especialista en salud mental" sugerimos poner "Atención de la urgencia con equipo de salud mental".

4. En pag. 18 en referencia al dispositivo Centro de Día Infante Juvenil, se sugiere incorporar como Recurso Humano Requerido/Sugerido al Terapeuta Ocupacional, dado que como se expresa en la ley de ejercicio profesional de dicha profesión Ley N° 27051 (Boletín Oficial 09/01/2015- Ejercicio de la Profesión de Terapeutas Ocupacionales, Terapeutas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional.) en su CAPÍTULO II: EJERCICIO DE LA PROFESIÓN Y DESEMPEÑO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL " Art. 2°.- A los efectos de la presente ley

se considera ejercicio profesional de la terapia ocupacional, en función de los títulos obtenidos y de las respectivas incumbencias, el análisis, evaluación, aplicación, investigación y supervisión de teorías, métodos, técnicas y procedimientos en las que se implementen como recurso de intervención saludable las actividades y ocupaciones que realizan las personas y comunidades en su vida cotidiana." y, en su CAPÍTULO IV: ALCANCES E INCUMBENCIAS DE LA PROFESIÓN "Art. 8°.- Los terapeutas ocupacionales, terapeutas ocupacionales o licenciados en terapia ocupacional están habilitados para las siguientes actividades:

- a) Realizar acciones de promoción, prevención, atención, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas y comunidades a través del estudio e instrumentación de las actividades y ocupaciones de cuidado de sí mismo, básicas instrumentales, educativas, productivas y de tiempo libre;
- b) Realizar entrenamiento con técnicas específicas de las destrezas necesarias propias de las actividades y ocupaciones de cuidado de sí mismo básicas, instrumentales, educativas, productivas y de tiempo libre;
- c) Participar en la elaboración, implementación y evaluación de planes, programas y proyectos de desarrollo comunitario que impliquen la instrumentación de actividades y ocupaciones como recursos de integración personal, educacional, social y laboral;
- d) Diseñar, evaluar y aplicar métodos y técnicas para la recuperación y mantenimiento de las capacidades funcionales biopsicosociales de las personas;
- e) Detectar y evaluar precozmente disfunciones en el desarrollo del lactante y niño, y realizar intervención temprana;
- f) Evaluar la capacidad funcional biopsicosocial de las personas con riesgo ambiental, y efectuar promoción y prevención de disfunciones ocupacionales;
- g) Evaluar la capacidad funcional biopsicosocial de las personas, y efectuar tratamiento de las disfunciones ocupacionales como medio de integración personal, laboral, educativa y social;
- h) Participar en el diseño, ejecución y evaluación de planes, programas y proyectos destinados a evaluar, prevenir y tratar enfermedades de la población;
- i) Participar en la evaluación, diseño y confección de ayudas técnicas y de tecnología de asistencia y capacitar, asesorar y entrenar en el uso de las mismas;
- j) Participar, asesorar, capacitar y entrenar en el uso de equipamiento protésico para la ejecución funcional de las actividades y ocupaciones enunciadas;

- k) Asesorar a personas con necesidades especiales, a su familia e instituciones en lo referente a la autonomía personal y social a fin de promover su integración y mejorar su calidad de vida;
- l) Realizar arbitrajes y peritajes judiciales para evaluar la capacidad funcional y desempeño ocupacional de las personas;
- m) Realizar estudios e investigaciones dentro del ámbito de sus incumbencias;
- n) Planificar, organizar, dirigir, monitorear y participar en programas docentes, carreras de grado y posgrado de terapeutas ocupacionales, terapistas ocupacionales y licenciados en terapia ocupacional;
- ñ) Planificar, organizar, dirigir, evaluar y ejercer otros cargos y funciones en servicios de terapia ocupacional en instituciones y unidades de tratamiento públicas o privadas;
- o) Participar en la definición de políticas de su área y en la formulación, organización, ejecución, supervisión y evaluación de planes y programas de salud, y sociales dentro del ámbito de sus incumbencias.

5. En relación a los dispositivos de Emprendimiento Socio Laboral y en función de las prestaciones enumeradas en el documento (y de la participación de la profesión en el desarrollo de los mismos a nivel nacional y la experiencia del Programa de Emprendimientos Sociales en Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires con 20 años de trayectoria) se sugiere que el Terapeuta Ocupacional sea considerado como Recurso Humano Requerido (ver incumbencias profesionales específicas). Lo mismo se señala para la constitución de los Equipos de Apoyo para la Capacitación y el Trabajo. Se sugiere conocer la experiencia del Programa ECA (empleo con apoyo desarrollada por el servicio de Terapia Ocupacional del Hospital Borda desde hace 10 años, cogestionada desde el año 2017 conjuntamente con la Dirección de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

6. En relación al Servicio de salud Mental en Establecimiento General de Salud con Internación, en pag. 52, se sugiere incorporar como profesional requerido al Terapeuta Ocupacional. (Ver incumbencias ya mencionadas)

7. En la Tipología de establecimientos y su categorización, este CCH recomienda la inclusión del servicio de Atención Domiciliaria de manera autónoma, independientemente de qué efector la brinde. El fundamento se basa en que si el mismo no está nombrado específicamente e incluido en el PMO, se corre el riesgo que haya subprestación.

8. En la Tipología de establecimientos y su categorización, en relación a la prestación Centro de Día Comunitario se incluye solo una subcategoría: “Infanto Juvenil”. Consideramos oportuno repensar la conveniencia de incluir una subcategoría para las Personas mayores de 60, en función a la especificidad requerida en su atención (mayor fragilidad).

9. En la Tipología de establecimientos y su categorización- dispositivos de inclusión habitacional: hay un punto en el cual se describe la “provisión de alojamiento con distintos niveles de apoyo según las necesidades de cada persona”. Consideramos necesario describir la tipología de estos dispositivos y cuales serían los distintos niveles de apoyo a brindar. La red de servicios debería contemplar establecimientos tanto para la transitoriedad (casas de medio camino) como así también usuarios externados que requieren o no apoyos permanentes.

Recomendaciones sobre Capacitación a Fuerzas de Seguridad en intervenciones que involucren a presuntos usuarios con padecimiento mental y/o consumo problemático

La Ley 26657, así como su reglamentación establecen definiciones y pautas claras sobre la temática de las adicciones, dejando explicitado que las mismas deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental, poniendo énfasis en la garantía de sus derechos

En aquellas situaciones donde existe “un riesgo cierto e inminente” y que requiere la participación de las fuerzas de seguridad, el estado deberá garantizar su adecuada intervención mediante una capacitación específica del personal a cargo y dando inmediata intervención al equipo de salud a fin de resguardar los derechos de las personas, especialmente por tratarse un grupo en situación de vulnerabilidad

El artículo 4° dice “*Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en relación a con los servicios de salud*”.

Y agrega en el decreto reglamentario “*Las políticas públicas en la materia tendrán como objetivo favorecer el acceso a la atención de las personas desde una perspectiva de salud integral, garantizando todos los derechos establecidos en la ley 26.657, el eje deberá estar puesto en la persona en su singularidad, más allá del tipo de adicción que padezca*”

Esta perspectiva se sostiene además en antecedentes de la ley sobre derechos del paciente 26529 y 26742/12 así como en el nuevo Código Civil.

Para plasmar la perspectiva de los DDHH en la formación y prácticas de las fuerzas de seguridad es que se creó la Resolución 506 /13 del Ministerio de Seguridad. Esta resolución hace referencia en sus fundamentaciones a la Ley 26.657 destacando que vino a saldar una deuda histórica del Estado Nacional con este colectivo de personas usuarias del sistema de salud mental y resultado de la lucha de numerosas organizaciones vinculadas a la temática, usuarios/as y su familia planteando:

Que dicha ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellos con padecimiento mental que se encuentren en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional por imperio del artículo 75 inc, 22 de la Constitución Nacional

Que a fin de adecuar las intervenciones de los cuerpos policiales y las fuerzas de seguridad a la normativa internacional y a la ley de Protección de la Salud Mental N° 26,657 el Ministerio de Seguridad emprendió la tarea de revisión de los criterios de intervención en casos que involucran a personas con presunto padecimiento mental en situaciones de consumo problemático de sustancias con riesgo cierto para sí o para terceros

Para estos fines la resolución establece:

Art. 1 “Pautas de Intervención de los cuerpos policiales y fuerzas de seguridad con el objeto de preservar la seguridad en situaciones que involucran a personas con presunto padecimiento mental o en situaciones de consumo problemático de sustancias en riesgo inminente para sí o para terceros”

Esto implica instruir a las fuerzas de seguridad para que en un plazo de 30 días adecúe sus normas y procedimientos internos al protocolo establecido con las pautas para la intervención aprobadas por artículo 1° de la presente resolución.

Así mismo en el art. 4° se establece la necesidad de desarrollar capacitaciones para la adecuada implementación de la Pautas aprobadas en el artículo 1°.

A fin de que toda intervención de las fuerzas de seguridad incluya la garantía de los Derechos Humanos el Ministerio de Seguridad tal como lo plantea la resolución 506/13 debe garantizar las tareas de capacitación a su personal a través de equipos de salud idóneos en la formación del campo de la salud mental y adicciones, evitando intervenciones iatrogénicas o violentas y garantizando el seguimiento integral de las actuaciones para poder centrar las mismas en la seguridad de los

ciudadanos usuarios. Esto incluye una coordinación activa federal con los equipos de salud provinciales.

Estas recomendaciones que hacemos presente y reiteramos, surgen a partir de nuestra preocupación por la necesidad de que sean los equipos de salud quienes brinden la capacitación requerida ya que nos encontramos cotidianamente con acontecimientos sociales, individuales o colectivos, que siguen abonando a la perspectiva de una lógica de seguridad centrada en la peligrosidad, quizás el más emblemático como antecedente fue la represión en el Hospital Borda del año 2013.

Una Lógica de intervención centrada en la seguridad frente a lo peligroso sistemáticamente construye una problemática donde los usuarios/as están doblemente expuestos y violentados, entre un criterio del riesgo en salud mental y de judicialización caminos muy cercanos a criminalización por hegemonía de lógicas de seguridad y al mismo tiempo abonando un imaginario cultural que convoca la figura punitiva de la peligrosidad en muchos casos objeto de represión.

Este planteo es paralelo a la necesidad de sostener campañas de difusión acerca de los derechos de los usuarios de SM tal como lo planteara el Plan Nacional de Salud Mental entre sus objetivos-problemas:

9.1.2.- Objetivo N° 2 Diseñar estrategias para implementar, monitorear y evaluar, proyectos, programas y actividades destinadas a la desestigmatización y no discriminación de usuarios de salud mental y adicciones, y la desnaturalización de mitos y prejuicios que afectan el pleno cumplimiento de sus derechos. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (Capítulo II, Artículo 3 y Capítulo IV, Artículo 7) y su Decreto Reglamentario N° 603/2013.

9.5.3.- Objetivo N° 3 Diseñar, planificar, implementar, monitorear y evaluar la capacitación continua en servicio para los recursos humanos involucrados en los equipos interdisciplinarios de Salud/Salud Mental y adicciones, de sectores tales como: salud, poder judicial, educación, seguridad, desarrollo social, trabajo y/u otros, en los aspectos específicos relacionados a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (Capítulo VI, Artículo 13) y su Decreto Reglamentario N° 603/2013, incorporando las dimensiones ética, sanitaria y política, así como perspectiva de derecho en la revisión y evaluación de las prácticas.

Por todo esto el CONSEJO CONSULTIVO HONORARIO RECOMIENDA

Se deberá garantizar que equipos especializados en Salud Mental en coordinación con recursos locales realicen la capacitación de las fuerzas de seguridad en intervenciones que involucran

presuntos usuarios de salud mental o personas con consumo problemático, de acuerdo al marco de la Ley 26657 y resolución 506/13 del Ministerio de Seguridad garantizando la primacía de las lógicas de salud y preservación de los derechos de los usuarios.

Es necesario y urgente implementar políticas comunicacionales ya previstas en el Plan Nacional de Salud Mental que puedan avanzar sobre la tarea de desigmatización y no discriminación especialmente en los grandes medios de comunicación donde observamos un manejo informativo que remite prontamente a lo policial y peligroso sin respeto a la dignidad y privacidad de los usuarios.

17° Sesión Plenaria

Fecha: 17 de septiembre de 2018

Proyecto Incubadora de dispositivos socio-laborales

VISTO que, la ley Nacional de Salud Mental, instala a los Emprendimientos Sociales en Salud como un efector más de los que integran la red de servicios de salud mental en la comunidad (Capítulo V, Artículo 11). El capítulo de los derechos de los pacientes (Artículo 7, inciso O) especifica que los pacientes tendrán derecho a recibir una “justa compensación” por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios, que luego sean comercializados. Que su reglamentación propone: “Entiéndase por "justa compensación" a la contraprestación que recibirá el paciente por su fuerza de trabajo en el desarrollo de la actividad que desempeñe y que implique producción o servicios que luego sean comercializados. El pago de dicha compensación se verificará siguiendo la normativa vigente en cada jurisdicción. En caso que no la hubiera la Autoridad de Aplicación, en coordinación con el MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL, deberá asesorar y propiciar el desarrollo de una normativa acorde para cada jurisdicción.

Que las Recomendaciones para la red integrada de salud mental con base en la comunidad, elaboradas por la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Nación, establece las características y las normas para el funcionamiento de los dispositivos de inclusión sociolaboral denominando al efector como Emprendimiento Sociolaboral.

Considerando también, que en la Ciudad de Buenos Aires, desde el año 2000 los Emprendimientos Sociales en Salud fueron reconocidos por la Ley de Salud Mental 448 de la Ciudad como efectores del sistema. Según el artículo 14°, inciso O: "Se entiende por Emprendimiento Social dependiente del subsector estatal del Sistema de Salud Mental al dispositivo de estrategia comunitaria que tiene como fin la promoción de la salud y la integración sociolaboral de las personas utilizando como medio la producción, la capacitación en tarea y la comercialización de bienes y/o servicios". Y que, través de la Resolución N° 893/07 del Ministerio de Salud, publicada en el Boletín Oficial del 9 de mayo de 2007, se estableció la creación del Programa Emprendimientos Sociales con dependencia de la Dirección General de Salud Mental. Resolución que sostiene: "que el dispositivo referido es considerado como una estrategia comunitaria tendiente a la promoción de la salud e integración sociolaboral de los receptores del sistema de Salud Mental que se encuentran en situación de vulnerabilidad psicosocial y carecen de un empleo, en forma articulada con integrantes de la comunidad;" (...) "que, en efecto, bajo dicho contexto es menester poner en funcionamiento un dispositivo de Salud Mental que permita generar capacidades y habilidades en el paciente, y en consecuencia, resultados en términos económicos para su sustento y articular la interacción entre pacientes de Salud Mental y la comunidad;" (...) "que a los fines terapéuticos, el objetivo es fortalecer la capacidad de interrelación y autoestima, como consecuencia de su reinserción en la actividad productiva y los resultados en términos económicos para su sustento que de ella se deriva;" (...) "que la creación del Programa Emprendimientos Sociales debe tomarse como el punto de partida hacia la creación de un efector del Sistema de Salud que logre satisfacer las necesidades de sus beneficiarios"

Además, que los dispositivos existentes ya en el territorio del país se encuentran atravesando circunstancias similares en tanto:

- Precariedad en la implementación de los diferentes marcos normativos; los dispositivos existentes se encuentran funcionando sin que se hayan constituido los respectivos efectores dentro de los sistemas de salud mental locales.
- La ausencia del efector impide la asignación presupuestaria específica para el desarrollo de los dispositivos, lo cual imposibilita la ampliación de dicha estrategia comunitaria de atención en el territorio, y genera en los emprendimientos existentes falta de mantenimiento y reposición del equipamiento y de asignación de recurso humano específico y especializado.

- Ausencia de recursos formales para generar los denominados dispositivos tutelados como vías de salida de los dispositivos.
- Necesidad de recursos económicos asignados para de una beca de inclusión desde el área salud destinada a los usuarios de los dispositivos.
- Impedimentos para la disposición de espacios físicos para la producción y comercialización en la comunidad.
- Afectación de la competitividad en el mercado de las respectivas producciones, por la obsolescencia de los equipamientos, por la falta de espacio físico adecuado, por la falta de inversión en insumos para el desarrollo del proceso de producción y por la ausencia de designación de capacitadores, lo cual conlleva una dificultad en la innovación y una baja en la calidad de los productos.
- Disminución del ingreso económico del emprendedor, lo cual condiciona el proceso de real inclusión.
- Ausencia de articulación formal con los efectores de salud, para facilitar el acceso de los usuarios a otras prácticas.
- Necesidad de elaboración de acuerdos intersectoriales llevados a cabo por las instancias gubernamentales correspondientes, que permitan a los dispositivos contar con acceso fluido a los programas comprendidos en otras áreas (trabajo, vivienda, desarrollo social, educación, etc.).
- Falta de una figura jurídica específica que permita la comercialización y encuadre la administración y circulación del dinero dentro de cada dispositivo.
- Ausencia de un circuito de comercialización formal y/o estructurado.
- Falta de implementación del registro prestacional específico.

Por todo esto, EL CONSEJO CONSULTIVO HONORARIO sugiere:

1. La necesidad de distinguir si el presente proyecto de "Incubadora de dispositivos socio-laborales" se refiere a una intervención destinada a los dispositivos que debieran organizarse en torno a efectores concretos del sistema de salud mental, o se orienta a los dispositivos tutelados (emprendimientos por cuenta propia, conformación de cooperativas sociales, emprendimientos familiares, etc.) pensados como vías de salida de los emprendimientos socio-laborales (dispositivos terapéuticos de inclusión). Esta distinción se hace necesaria si se considera que la

noción de Incubadora se relaciona con la transferencia de tecnología de un determinado sector (desarrollado) con la finalidad de apoyar a sectores emergentes (emprendedores).

2. Los dispositivos socio-laborales organizados a partir del marco normativo expuesto, se considera que deben ser desarrollados y gestionados desde las instancias sanitarias, haciendo efectiva la constitución de los efectores correspondientes en cada jurisdicción sanitaria. Esto implica diseñar una estructura de programa, que materialice la política y el texto de las leyes, donde se delimiten: funcionamiento de los dispositivos, tipos de prestaciones, partida presupuestaria, acuerdos intersectoriales marco, equipamientos e insumos, características de los recursos profesionales requeridos, marco regulatorio específico respecto de la comercialización de los productos y/o servicios desarrollados en los dispositivos y a la administración y distribución del dinero que se genere de la misma, circuitos establecidos para la comercialización, etc.

3. La propuesta de Incubadora de dispositivos socio-laborales se piensa aplicable a aquellas experiencias del tipo de emprendimientos por cuenta propia, conformación de cooperativas sociales, emprendimientos familiares, etc., pensados como vías de salida de los emprendimientos socio-laborales y que requieren ser apoyados / tutelados por un lapso de tiempo acotado hasta que los mismos alcancen cierta madurez y sus integrantes el grado de autonomía necesario para gestionarlo autónomamente.

4. En relación a los acuerdos interministeriales que prevé el documento, como parte de la estrategia para llevar adelante las acciones para promover a los emprendedores y cooperativas sociales, se sugiere organizar los mismos en base al establecimiento de "cupos" que garanticen la accesibilidad a dichos recursos por parte de la población beneficiaria por estos dispositivos (discriminación positiva dentro de políticas focalizadas).

Adecuación y sustitución de las Instituciones Monovalentes hacia Redes Integradas de Salud Mental con base en la Comunidad

Este Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones (en adelante CCHSMYA) respalda los fundamentos y los lineamientos generales volcados en el documento "Recomendaciones Monovalentes" en tanto conllevan una propuesta de transformación en el campo de los servicios de salud mental articulada con nociones coherentes con la concepción de las personas con padecimiento padecimientos psíquicos como sujetos de derecho. A la vez,

consideramos necesario realizar una serie de recomendaciones de ajuste y reformulación a los fines de clarificar los alcances y posibles articulaciones deseadas y evitar ambigüedades y/o imprecisiones que puedan derivar en consecuencias imprevistas y contradictorias con los objetivos explícitos trazados en el documento.

Consideramos que este documento puede generar lineamientos pertinentes para fomentar la profunda transformación que nuestro país requiere en este campo en el marco de la plena implementación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, constituyendo la actual una situación de atraso de, como mínimo, 50 años con respecto a los avances transformaciones y desafíos recorridos por otros países en particular de América Latina y Europa. Se señalan a continuación detalles que se ponen a consideración y las recomendaciones formuladas por el CCHSMYA.

El documento fija claramente posición en afirmaciones fuerza como las siguientes, en las que la DNSM establece su compromiso como organismo del Estado y con las cuales el Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones acuerda:

“Desde la administración del Estado se tiene la responsabilidad de adaptar el sistema de salud público a la normativa vigente, a los enfoques de derechos y a las modalidades socio-terapéuticas más adecuadas y saludables en beneficio de la comunidad toda. Por otro lado, el Estado cumple un rol fundamental dentro de los tres subsistemas, el público, el privado y el de la seguridad social, por lo que los progresos que se realicen en la temática del modelo de salud mental comunitaria necesariamente incluirán a efectores de los tres subsistemas y de todos los niveles.” (pág. 4)

“Resta un largo camino por recorrer a fin de lograr un cambio de paradigma de atención de la Salud Mental, dada que la formación de trabajadores de la salud, aunque no de modo generalizado, ha contribuido a orientar el trabajo hacia una mirada individual del comprender el proceso salud-enfermedad-atención, no incluyendo en la misma por ejemplo el paradigma de complejidad y de clínica ampliada. Esta característica promueve un efecto que sesga el campo de la atención de las problemáticas de Salud Mental, no estimulando considerar dispositivos terapéuticos con base en la comunidad que amplíen el marco hospitalario”. (pág. 7)

“El proceso de adecuación hasta la sustitución de los hospitales monovalentes, apunta a una transformación de estas instituciones hacia la forma funcional y jurídica que la comunidad necesite, a la vez que brinde respuestas a las necesidades de los usuarios internados de acuerdo a lo enunciado en el marco normativo nacional e internacional”. (pág.11)

“Decisión política y administrativa, idealmente del ámbito sanitario gubernamental y de otros sectores del estado para avanzar en ese sentido, contando con la cooperación intersectorial de diferentes áreas estatales y comunitarias. Es importante considerar la correlación de las fuerzas entre los actores y el compromiso político que se expresa en el apoyo u oposición a la propuesta. Por ello, la construcción del proceso se verá dificultada en su concreción si no se realizan esfuerzos para construir una red de acuerdos y lograr apoyos con actores significativos”. (pág.12)

“Este proceso es posible en la medida en que los actores y efectores de la Red socio-sanitaria brinden asistencia a los problemas de Salud Mental. En el caso del hospital general, la apertura de prestaciones, unidades y/o servicios con distintos niveles de complejidad y de acuerdo a una planificación sanitaria local, incluida la internación en Salud Mental son imprescindibles”. (pág. 17)

Las recomendaciones de este CCH se formulan en forma de agregados en amarillo y, a la vez, se realizan X comentarios con texto correspondiente a la elaboración por parte del CCH en subrayado. Para mayor claridad cada uno de los comentarios va precedido por un subtítulo señalado en resaltado en verde.

Pág.2.

1° Párrafo. Sugerencia de agregado y/o reformulación parcial en amarillo:

La concepción del usuario como sujeto de derechos, rompe con la noción del modelo asilar, en el cual las personas con padecimiento psíquico están expuestas a una disminución de su autonomía, de sus derechos elementales (alimentación, identidad, cuidado de la salud integral, protección, sexualidad, lazos filiales), la ruptura de sus lazos sociales, a la vez que se promueve la cronificación asociada a las internaciones prolongadas.

4° Párrafo. Sugerencia de agregado y/o reformulación parcial en amarillo:

Es responsabilidad (de) del Estado y de los diversos actores que componen la sociedad (todos los actores sociales), promover la inclusión social de las personas con padecimiento psíquico subjetivo.

Pág. 3.

SubTítulo: El modelo de Salud Mental Comunitaria es sustitutivo del Hospital Monovalente. (los títulos no llevan punto)

2° Párrafo

Textual: “En este sentido, será necesario trabajar sobre la adecuación y sustitución de los hospitales monovalentes por dispositivos comunitarios con plazos y metas establecidas, que den respuestas a la complejidad que implican los problemas de Salud Mental y de inclusión social, para finalmente ejercer un modelo de abordaje integral con base en la comunidad, de acuerdo a como lo establece la evidencia y las normativas internacional y nacionales (Art nº 27 – Ley 26.657).”

Comentarios:

1. En torno a este párrafo, el CCHSMyA considera imprescindible, y en consecuencia recomienda, incorporar la mención a un sistema articulado que incluya a los diferentes niveles de atención (...) en la medida en que la sustitución de los Monovalentes, no puede subsanarse exclusivamente mediante los dispositivos comunitarios sino que requiere de toda la gama de oferta de servicios de diferente complejidad capaces de garantizar la atención y cuidado según las necesidades de cada sujeto con padecimiento psíquico. Ello incluye especialmente la garantía de conformación y formación de servicios y guardias de salud mental en toda la red de hospitales generales.

2. El CCHSMyA considera de importancia crítica también y, en razón de ello recomienda, incluir una definición de “dispositivos comunitarios”, que defina sus componentes constitutivos básicos o mínimos (definición y composición de equipos, modelos de abordaje, supuestos con respecto a la salud mental, etc.) para garantizar, entre otros aspectos, que el abordaje integral en salud mental no sea suplantado por provisión de medicamentos.

Pág. 5.

Perspectiva Sociosanitaria

Organización Sanitaria y características del Sistema de Salud Mental en la Argentina

Textual: “En nuestro país, la población es muy diversa en términos de etnicidad y bienestar económico”.

Comentarios:

El CCHSMy A observa que es relevante considerar que la población es diversa también con respecto a la diversidad sociocultural (que incluye a la etnicidad pero es de mayor amplitud), la situación sanitaria y el acceso a servicios sanitarios básicos (agua, cloaca, gas, electricidad) como también a servicios de salud integral y de salud mental en particular (accesibilidad a dispositivos

de los diversos niveles de atención). El CCHSMYA recomienda ampliar teniendo en cuenta las complejidades señaladas.

Textual: “El sistema de salud es una combinación de prestaciones sanitarias de la seguridad social, instalaciones administradas por el estado y prepagas. La dificultad de la planificación centralizada en un sistema de salud fragmentado que se complejiza por las diferencias regionales extremas y la falta de datos epidemiológicos confiables, en particular con respecto a la Salud Mental”

Comentarios:

A lo enunciado el CCHSMYA recomienda hacer referencia también a los procesos de achicamiento y desfinanciamiento del Estado que fueron profundizados a partir de las políticas de los años 90. Junto con ello sería conveniente agregar una afirmación en referencia a la relevancia de garantizar la aplicación en los tres subsistemas de los lineamientos enunciados con una estrategia que garantice la protección de la salud pública (su presupuesto y su red de efectores), el acceso a la salud, incluida la salud mental.

El CCHSMYA señala que en tanto los tres subsistemas no son estáticos sino históricos y dinámicos, es importante en este sentido reconocer el desarrollo de fuerzas que tienden a la ampliación del sector privado con respecto a las cuales los organismos del Estado deberían fijar una posición. La ampliación del sector privado y el correlativo achicamiento del sector público modifica las condiciones para la protección de derechos de acceso a la salud pública, incluida la salud mental en el ámbito estatal. Ello es relevante dado que como producto de la ampliación de los dos subsistemas (privado y de seguridad social), se produce un creciente desfinanciamiento del subsistema público teniendo como drástica consecuencia el abandono y desasistencia de los conjuntos de población que no cuentan con la posibilidad de acceder a la promoción, prevención atención cuidado y rehabilitación en alguno de los dos subsistemas restantes (privado y de seguridad social).

Pág. 10

Textual: “Por tal motivo es esencial que el funcionamiento de la R.I.SA.M. forme a sus profesionales cumpliendo funciones en el ámbito comunitario, formando parte de la red socio-sanitaria; alejándose de reforzar el RRHH y las prácticas de los hospitales monovalentes”.

Comentarios:

1. En atención a las consideraciones formuladas en el fragmento señalado del documento, el CCHSMYA recomienda aprovechar este espacio para incorporar otros criterios formativos

adicionales pertinentes para la orientación del proceso de formación profesional en el marco de la RISAM como:

- El énfasis en la discusión y construcción interdisciplinaria
- El carácter multidimensional de la salud mental y las implicancias de la concepción de los sujetos con padecimiento psíquico como sujetos de derecho
- El conocimiento de experiencias nacionales e internacionales múltiples y diversas acerca de las formas de poner en práctica los abordajes de salud mental con enfoque comunitario.
- La Ley Nacional de Salud Mental como marco de referencia normativo general
- La reflexión crítica y profunda acerca de las consecuencias a nivel de daño a los derechos humanos de los sujetos con padecimiento psíquico presente en los enfoques asilares
- La ampliación de los alcances terapéuticos presentes en la formación de los profesionales en el enfoque de salud mental comunitaria.
- Sensibilizar al conjunto de profesionales acerca de la vulnerabilidad que caracteriza a los conjuntos de personas con padecimientos psíquicos y en particular de aquellas que transitaron prolongadas internaciones.
- Atender promoción del empoderamiento de los sujetos con padecimientos psíquicos así como al estímulo de organizaciones y diversas formas de expresión y representación de sus respectivos intereses.

2. A la vez, el CCHSMYA considera conveniente en este espacio instar a la sensibilización y adecuación de las currícula de grado de todos los perfiles disciplinares comprendidos en los equipos de salud mental (Documento Lineamientos para la mejora de la Formación de Profesionales en Salud Mental, 2015).

Pág. 12

Textual: “Carácter Asociativo favorece ampliamente la formación de escenarios de gestión mixta, intersectorial e interdisciplinaria donde se va construyendo una cultura de lo político, lo público, lo privado y en general, lo social más transparente y democrático”. (Poggiuese, 2000). Esta forma de organización y comunicación, es una estrategia de intercambio de planes, programas, proyectos y personas que deciden aunar sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes, lo cual está íntimamente vinculado al trabajo en red”.

Comentario: El CCHSMYA observa que la afirmación precedente puede dar lugar a confusión con respecto al rol y responsabilidad diferencial del Estado como garantista de derechos por sobre

lo público y lo privado con respecto a las responsabilidades de las diversas esferas que se mencionan. Se recomienda clarificar los alcances de la gestión mixta que se enuncia despejando las posibles ambigüedades con respecto a la especificidad de las responsabilidades del Estado en cuanto a la supervisión, provisión y garantía de acceso a los cuidados de las personas con padecimiento psíquico.

Textual: “Por lo tanto, la sustitución de las instituciones monovalentes es definitivamente el resultado de esta estrategia. Es una modalidad organizativa y de gestión de los sistemas y servicios de salud que participan de esta vinculación. El trabajo en red como estrategia, es necesaria y fundamental para promover el acercamiento de los niveles decisorios a donde se encuentra el ciudadano – usuario – interesado siendo primordial para una gestión eficaz”.

Comentarios:

Consideramos que si bien es importante contar y articular del modo que se plantea con la red de servicios de salud preexistentes así como con otros sectores de la comunidad preexistentes, recomendamos la inclusión en forma de enunciado explícito la posibilidad de que se creen aquellos servicios y/o dispositivos que resulten necesarios a los fines de dar respuesta adecuada a los procesos transformadores que se enuncian. Es decir, tal como se plantea en el documento, dada la pluralidad de situaciones que se dan en el país respecto a la constitución del sistema de salud y en particular a la dispar presencia de efectores del subsistema público en los distintos ámbitos jurisdiccionales, es imprescindible contemplar la opción de creación de dispositivos pertinentes al enfoque en salud mental comunitaria pero atinentes a los diversos niveles de atención y complejidad según las necesidades específicas de cada área considerada.

Pág. 13

Textual: “Para que la viabilidad de la propuesta sea alta, todos los actores involucrados, desde las autoridades directivas con mayor responsabilidad hasta los propios actores hacia quienes se dirigen las acciones, deben estar comprometidos para adherir a las mismas”. (pág. 13)

Comentarios: Si bien el CCHSMYA acuerda con este enunciado en su formulación general, destacamos que para poder alcanzar estos fines, resultan imprescindibles el trabajo sistemático y ampliado mediante estrategias de sensibilización y comunicación mediante acciones culturales y artísticas de base comunitaria acerca de los alcances y fundamentos que acompañan este proceso transformador. El CCHSMYA considera que este es uno de los aspectos centrales en que reside la viabilidad del proceso transformador de paradigmas como proceso integral. En función de ello, el

CCHSMYA recomienda la inclusión dentro del cuerpo del presente documento de las estrategias de sensibilización y comunicación con y hacia la comunidad con respecto a los alcances y fundamentos de las transformaciones que se impulsan como aspecto estratégico y particularmente explícito.

Textual: -“Un diseño global en el cual la red asistencial, de rehabilitación y residencial que sustituya totalmente a las prestaciones del hospital monovalente, la cual se deberá ir construyendo previa y paralelamente al proceso de modificación sanitaria. Durante el tiempo que dure el proceso no corresponde asignar nuevos recursos y estructuras, y desconcentrar gradualmente recursos materiales, humanos, insumos y fármacos hasta la redistribución total de los mismos en la red de servicios con base en la comunidad” (Sic. Reglamentación del artículo 27). No obstante, mientras se realiza la desconcentración se debe garantizar la integridad de las personas aún internadas”. (Pág. 13)

Comentarios: Dados los diversos grados de desasistencia en abordajes en salud mental y abandono que conlleva el modelo asilar dominante para las personas con padecimiento psíquico, este CCHSMYA recomienda enfáticamente incluir la posibilidad de asignar recursos (humanos, presupuestarios así como la generación de dispositivos encuadrados en el enfoque de salud mental comunitaria) que resulten necesarios a la transición y que no están contemplados en los lineamientos del actual documento según se desprende del fragmento precedente. Consideramos que este aspecto es central en tanto condiciona la viabilidad de la propuesta.

Pág. 14

Textual: - “En los casos en los que sea necesaria la implementación de un plan de medicación, el mismo debe ser planificado y sujeto a una constante revisión de esquemas farmacológicos tendiendo a evitar la cronificación y dependencia la medicación de las personas en la medida de lo posible. Del mismo modo se deben planificar estrategias farmacológicas que puedan ser sustentables en el tiempo teniendo en cuenta el contexto y las variables socio-económicas en las que el usuario y la comunidad se encuentren”

Comentarios: No se explica con claridad qué implica esto o a qué intereses estaría esto atendiendo. En particular preocupa a este CCHSMYA que ello implique la introducción de inequidades en función de la capacidad diferencial de pago según cuales sean las condiciones del usuario. En tanto las estrategias farmacológicas son una posibilidad terapéutica entre otras pero cuya accesibilidad en condiciones de continuidad y calidad constituyen un derecho para el tratamiento de las personas

con padecimiento psíquico. En consecuencia, este CCHSMYA recomienda la revisión de este punto en función de que contradice la noción de garantía del acceso a la salud en tanto introduce una condición que limita el acceso a las estrategias farmacológicas como resultado de su asociación con variables socio-económicas del usuario y la comunidad.

Pág. 15

Textual: “Prohibir la habilitación de Servicios Penitenciarios dentro del Hospital Monovalente o promover su transferencia en caso de que existan”.

Comentario: Para el cumplimiento de las transformaciones que se postulan en el presente documento, el CCHSMYA considera que es de especial importancia ampliar y explicitar con mayor exhaustividad los criterios y lineamientos particulares que afectan a los servicios penitenciarios que alojan a personas con padecimiento psíquico incluyendo ello las condiciones esperadas que deben respetar aquellos servicios que deban ser transferidos y especificando hacia qué órbitas institucionales o dependencias deberían ser transferidos. En particular el CCHSMYA, recomienda que se realice en el marco de un efector sanitario y se explicita la exclusión del sistema penal penitenciario como opción para su alojamiento a los fines de resguardar el imperativo sanitario que orienta al ámbito de la salud pública, antes que de control, punición y encierro propios del ámbito penitenciario.

Junto con esto, el CCHSMYA recomienda la creación de estrategias y dispositivos que impliquen una mayor asignación de recursos que resulten pertinentes para cada una de las situaciones judiciales de los sujetos (en cumplimiento de pena, en proceso o inimputables) y especial en resguardo del respeto y protección en estos espacios del marco normativo y la concepción de los sujetos con padecimientos psíquicos.

Por otro lado, el CCHSMYA recomienda incluir entre los ítems enunciados, el derecho a comunicarse con allegados y a participar y ejercer con libertad las concepciones propias de cada sujeto en función de su pertenencia a un contexto sociocultural particular.

Pág. 17.

Textual: “A su vez, se recomienda evaluar el funcionamiento con indicadores básicos de gestión de cada institución, entre los cuales se recomienda considerar los siguientes”:

Comentario: Por su redacción y ubicación en el documento, este CCHSMYA considera que no resulta claro al funcionamiento de qué referente o proceso se refiere la afirmación.

Pág. 18.

Textual: “Pueden encontrarse, entre otras situaciones, las siguientes:”

Comentario: El CCHSMYA recomienda aclarar en el documento que las diferentes situaciones que se enuncian son definidas por criterios clínicos, sociales y jurídicos y que los casos particulares contemplan las combinaciones de estas diferentes situaciones, entre otras posibles.

Pág. 18 y 19.

Textual: “En el marco de la implementación de un proceso de externación, las personas internadas deben ser evaluadas como mínimo, y con un registro continuo en la historia clínica de todas las intervenciones realizadas, respecto a:”

Comentarios: Si bien se enuncian aspectos pertinentes, este CCHSMYA recomienda también y muy especialmente incluir dentro de los aspectos mínimos enunciados, los siguientes:

- los biográficos, afectivos y emocionales centrales para el sujeto;
- la reconstrucción del contexto sociocultural de procedencia, su encuadre valorativo y su singularidad identitaria.
- Trayectoria a lo largo de diversas instituciones

Pág. 20.

Textual: “Entre ellas se encuentran la atención domiciliaria y el los programas comunitarios que incluyan la ayuda mutua, como una de las alternativas posibles de apoyo y abordaje para acompañar con una intensidad acorde a cada caso en particular”.

Comentarios: Se recomienda reformular o bien definir exhaustivamente qué se entiende por “ayuda mutua” como recurso de apoyo y su adecuación en referencia especial al conjunto que se considera. En particular el CCHSMYA se interroga acerca la pertinencia de tales recursos para el abordaje comunitario del padecimiento psíquico de personas institucionalizadas con condiciones de severidad que muestran dificultades para permanecer en el entorno comunitario, tal como se refiere en este punto del documento. El CCHSMYA recomienda con especial énfasis, con respecto al conjunto considerado, la implementación de recursos que impulsen y favorezcan la inclusión social y a la vez, eviten la puesta en práctica de cualquier recurso que implique: la reducción de costos, el refuerzo de prácticas de encierro y aislamiento propias del paradigma asilar, así como la reducción en la calidad de la asistencia y cuidado. Por el contrario, dadas las necesidades y requerimientos de los conjuntos referidos que implican como elemento central el carácter intensivo necesario para abordaje comunitario en referencia a la problemática específica, el CCHSMYA recomienda la asignación intensiva de recursos presupuestarios y humanos adicionales y con

formación interdisciplinaria y específica a la vez que recomienda el resguardo y prevención de uso de cualquier recurso que pueda abrir paso para la desasistencia en correlación con la reducción de costos, de la asistencia y cuidado de estos conjuntos. El CCHSMYA se interroga acerca de si la referencia a la “ayuda mutua”, que no es definida en el documento, comprendería este último caso.

Pág. 22.

Textual: “Los programas se recomiendan que apliquen para aquellas personas que presenten: los siguientes criterios:”

Comentario: revisar redacción y puntuación

Pág. 25.

Textual: “Los sistemas de apoyo tienen como objetivo principal, favorecer el mantenimiento en el entorno comunitario de las personas con padecimiento psíquico, en las mejores condiciones posibles de normalización, integración y calidad de vida, posibilita que puedan funcionar y desenvolverse en la comunidad del modo más autónomo e independiente que en cada caso sea posible”.

Comentario: el fragmento que se señala parecería provenir de una extrapolación de otras experiencias por fuera de nuestro país que convendría explicitar. Se recomienda la adopción de una mirada crítica que permita incorporar y valorar diferencialmente qué aspectos de lo enunciado resulta pertinente para la situación particular de la salud mental en Argentina. Por otro lado, el CCHSMYA señala el acento puesto en expresiones que privilegian un punto de vista funcional como son las expresiones “mantenimiento” o “en las mejores condiciones” [...] “que puedan funcionar” y que implican la adopción de un punto de vista teórico conceptual que desconoce los determinantes sociales, históricos y políticos de los procesos de atención y cuidado en salud mental. Se recomienda revisar este aspecto y sus alcances. Con esto señalamos la inadecuación de la expresión las personas o sujetos “funcionan” y recomendamos su reformulación.

Textual: “Este enfoque plantea la pertinencia de promover y organizar a nivel local una red socio-sanitaria coordinada de servicios, recursos, programas y personas para ayudar a las personas con problemas de salud mental en la cobertura de sus diferentes necesidades y en el desarrollo de sus potencialidades, evitando que sean innecesariamente aislados y excluidos de la comunidad”.

Comentario: En términos generales se dice muy poco de la prevención y de la promoción en salud mental en entornos sociales más amplios y por fuera del abordaje de situaciones vinculadas a los casos particulares de personas con padecimiento psíquico. El CCHSMYA recomienda, además de

los abordajes planteados en el documento, la implementación de acciones de prevención y promoción de la salud mental por fuera de los conjuntos considerados, convocando a conjuntos plurales desde un punto de vista socioeconómico, sociocultural, etario y genérico, que permitirían profundizar el trabajo en red que se postula a la vez que consolidar prácticas y miradas inclusivas que permitan enfrentar el estigma, los prejuicios y la exclusión más allá de los conjuntos específicamente considerados.

Pág. 27.

Textual: “Accesibilidad: Es imposible la continuidad de cuidados si los usuarios no pueden llegar a los servicios. Deben eliminarse las barreras geográficas, económicas y psicológicas que limiten el acceso. Por otra parte, es necesario contar con una red de servicios integrales (amplios y completos), pues no hay continuidad si no se dispone de los servicios esenciales. Se debe conocer previamente las necesidades de la población para proveer los recursos adecuados como la atención integral de la salud, alojamiento, intervenciones rehabilitadoras, actividades de ocio, intervenciones en situación de crisis, medidas de soporte social”.

Comentario: en este aspecto, el CCHSMyA recomienda incluir como referencia de la accesibilidad también a las barreras de orden sociocultural, para aludir a las dificultades mutuas de acercamiento que se establece entre los dispositivos de salud y los integrantes de una comunidad particular en razón de contar con diferentes cosmovisiones (incluyendo la salud, la vida, los operadores de salud, etc.) en virtud de los diversos contextos de pertenencia (grupos de pueblos originarios, migrantes y colectividades de diversa procedencia con presencia en el territorio, conjuntos en condiciones de vulnerabilidad y estigmatización, entre otros) tienen dificultades para aproximarse a los dispositivos de salud que se ven asociados a un universo simbólico y valorativo diferenciado. En este sentido y en función de las situaciones específicas que se planteen por jurisdicción, este CCHSMyA recomienda la inclusión de los contenidos centrales de la perspectiva intercultural en salud en la formación de los integrantes de los equipos de salud mental comunitaria. Se plantea lo anterior como referencia para reflexionar los alcances de la accesibilidad dada su incidencia y relevancia en el proceso de conformación de la demanda dado que afecta en toda su extensión el recorrido del proceso salud- padecimiento- atención. Se recomienda la inclusión de las barreras socioculturales y la incorporación del abordaje con perspectiva intercultural en los equipos de salud mental y no sólo su consideración como dimensión o aspecto relativo a las instancias de rehabilitación psicosocial (pág. 31 del documento).

Pág. 33.

Textual: “Las recomendaciones actuales señalan una tendencia de nuevas organizaciones sanitarias, en forma REDES INTEGRADAS DE SALUD MENTAL CON BASE EN LA COMUNIDAD, con diferentes actores, en base a los principios del modelo de Salud Mental Comunitaria.”

Comentario: Cuando se afirma que “recomendaciones actuales señalan una tendencia” la expresión resulta ambigua dado que no se expresa con claridad de que organismo provienen las ‘recomendaciones’ aludidas. No queda claro si refiere a las recomendaciones del mismo documento o de una entidad externa de carácter nacional o internacional. El CCHSMYA recomienda clarificar este aspecto porque permite ubicar al destinatario en los criterios y marcos de referencia que orientan los lineamientos presentes en el documento (bibliografía, organismos de salud nacionales e internacionales, posicionamiento de la Dirección Nacional de Salud Mental).

Textual: “(...)Siendo la comunidad la unidad compleja de interacción, el modelo de privilegiado y de máxima complejidad en Salud Mental, que el estado le devuelve a la comunidad.”

Comentario: resulta confuso. Recomendamos reformular o especificar.

Pág. 36

Textual: “Actividades de ocio y tiempo libre; fomento de actividades culturales, deportivas y recreativas.”

Comentario: Si bien se entiende que es una enunciación preliminar y no exhaustiva de las diversas funciones que pueden desempeñar las redes, la expresión actividades de ocio y tiempo libre, enfatiza el carácter de lo contrapuesto a la esfera de lo productivo, que desmerece la importancia de las actividades culturales y deportivas como espacios de expresión, creatividad, inclusión social, de empoderamiento y de enfrentamiento del estigma. Se recomienda la revisión de la expresión “actividades de ocio y tiempo libre”.

Págs. 42 a 45 - GLOSARIO

Comentario:

Se considera importante la inclusión de un glosario. Se recomienda a la vez la revisión de fuentes y la precisión de todas las definiciones incluidas a los fines de evitar dificultades de interpretación no previstas.

Dado que se alude pero no se define ‘ayuda mutua’, el CCHSMYA recomienda su inclusión en el glosario. La definición de salud mental incluida es inespecífica dado que sólo refiere a la definición de salud formulada por la OMS.

Comentarios adicionales de orden general:

- Referencia a la preocupación sobre la CUS y las consecuencias de su implementación como límite a la viabilidad de lo consignado en el documento de referencia Recomendaciones Monovalentes.

18° sesión plenaria

Fecha: 17 de diciembre de 2018

Recomendaciones Lineamientos para la Atención del Intento de Suicidio en Adolescentes

Los lineamientos planteados contienen discursivamente, muchos de los fundamentos originales planteados en la Ley de Salud Mental y Adicciones 26657 y Convención de los Derechos del niño, por lo que habría que señalar algunas discrepancias con el borrador de propuesta año 2018 .

Se define la rectoría de la Secretaria de Gobierno de Salud de la Nación como política central la Cobertura Universal de Salud CUS, cuya lógica de aseguramiento no garantiza justamente la adjetivación de Política de Salud integral y no contempla criterios de equidad en el marco de la territorialización y federalismo tal como ya lo expresáramos en nuestro documento como CCH acerca de la CUS.

Podemos observar que hay una preeminencia de los aspectos relacionados con los intentos de suicidios en adolescentes como urgencias, lo que es valioso a la hora de transmitir recomendaciones que la experiencia ha demostrado como pertinentes y eficaces para los casos puntuales. Si bien previamente ha definido las características de considerar como “máxima complejidad de abordaje y a las modalidades de articulación de la red con los diferentes sectores sociales, gubernamentales y no gubernamentales, cuyo fin es garantizar la inclusión social” (pag.13), y luego define desde la red de los equipos de abordaje psicosocial que “cada vez más, este evento de la vida humana es considerado en toda su complejidad, teniendo un alcance

colectivo, como problema sanitario y social” (pag 14), las propuestas planteadas no responden a la inclusión desde una lógica colectiva.

Si bien en lo individual se menciona la identidad y los vínculos como un aspecto esencial (pag.15), no hay correlato para pensar los procesos territoriales y colectivos lo que se evidencia en las prácticas propuestas. No esperamos una prevención desde parámetros numéricos o geográfico, historia y colectivo son categorías inescindibles, necesariamente se debe reconstruir las tramas de filiación locales e intergeneracionales, cuestiones como la legalidad, sus modos de producción están íntimamente ligados a los procesos de subjetivación en jóvenes y anclan en dimensiones socio antropológicas.

No se debe oponer asistencia a promoción, prevención o trabajo territorial, las estrategias de la clínica ampliada pueden dar lugar a planificaciones que exceden el acto mismo de la asistencia, según la modalidad con la que se trabaje y especialmente por los actores que incluyen en la estrategia, lo clínico no es “lo privado” ni lo individual, es lo que fundamenta intervenciones en la especificidad de la producción de subjetividades en diferentes dimensiones. Quizás aclarar estos aspectos permitan pensar más específicamente lo que se considera apoyo psicosocial, que anclajes territoriales y simbólicos serían necesarios en una comunidad cuando los intentos de suicidios se instalan en números que la epidemiología ya nos plantea como críticos.

Sin descuidar la asistencia y evaluación de situación inicial en casos emergentes, sobre lo cual el documento aporta y con lenguaje accesible, sería importante incorporar visiones sociales y antropológicas para leer estos procesos y no caer en el rol de meros bomberos e intentar generar procesos de inclusión que en nuestro campo no puede separarse de analizar los procesos de filiación en una comunidad desde su historia y su presente, sin revisar esto, a lo máximo estamos interviniendo en urgencias, aunque digamos que sin prisa. Revisar los procesos de atención y las trayectorias individuales no son suficientes, lo singular de estos acontecimientos se construyen excediendo el campo de salud, además de la perspectiva de género considerar en la construcción de la problemática los aspectos interculturales, migraciones, desmantelamiento de estructuras productivas, efectos del corrimiento de sectores productivos al sector financiero, etc. Puesta en acto de la integralidad tal como el documento lo plantea (pag 42), meta difícil de sostener desde la lógica del aseguramiento y el desarme o retroceso de equipos territoriales.

Respecto de la urgencia da parámetros sencillos y transmisibles para ubicar las primeras intervenciones y da pautas claras para determinar cierta gravedad, abordaje del contexto

sociofamiliar cercano al mismo tiempo que se deconstruyen mitos. Sería conveniente ampliar la noción de recursos protectores desde lo ya planteado sobre cómo se piensa el trabajo comunitario y en qué trama se interviene con los grupos familiares afectados, esto es importante para lo que se denomina impacto posterior, cuyo trabajo comienza según modo de análisis e intervención en los inicios del trabajo comunitario.

Borrador Lineamientos para el trato respetuoso y responsable de las temáticas de salud mental en los medios de comunicación

Página 3, 4º párrafo

Dice: “que la mismas sean abordadas de manera integral y respetuosa, brindando información útil, basada en evidencia, con un lenguaje accesible y no discriminatorio”.

Comentario- Si bien es un primer apartado introductorio, se evita mencionar a los sujetos, con los cual no queda claro el respeto de quién hacia quién se refiere. Por qué no mencionarlos como las personas con padecimiento psíquico entendiéndolas como sujetos de derecho?

Pág. 4 El apartado: Ausencia de las temáticas socialmente relevantes en las agendas mediáticas, se basa en un informe de la Defensoría del Público: “5 años de Monitoreo de Noticias 2013 / 2017”¹, en el cual se analiza los resultados del seguimiento de programas noticiosos de canales de aire de la Ciudad de Buenos Aires.

Párrafo 3: “acentúan los estereotipos que han contribuido a arraigar prejuicios, dificultando el acceso de las personas a una atención apropiada.”

Comentario: A la vez, habría que agregar que se contribuye a la construcción de estigmas y no se ofrece una perspectiva basada en la prevención y fortalecimiento de los lazos sociales.

Cuando se habla de medios de comunicación se hace referencia en múltiples oportunidades al tratamiento de las noticias cuando en realidad el campo es mucho más amplio, incluyendo tanto los abordajes y referencias a temáticas vinculadas a salud mental insertas en programación de producción propia como productos importados, programas de entretenimiento, novelas, series, etc.

Página 6, 1º párrafo: “Históricamente se ha tenido una visión de la salud mental enfocada en la enfermedad y relacionada con la locura y la peligrosidad. Esto se ha manifestado en un modelo que aborda la situación considerando a las personas con padecimiento mental como objetos pasivos de tratamiento y al hospital psiquiátrico como su espacio primordial de atención.”²”

Comentario- sería importante completar esta fundamentación ampliando la argumentación en referencia a: 1) los daños y violencia que la misma medicina e institución psiquiátrica ha ejercido causando la pérdida de los derechos de los sujetos internados, en el marco de una analogía con los campos de concentración ya resaltada en los análisis críticos desde la década de 1940, produciendo consecuencias sociales, físicas y psíquicas propias ligadas a la situación de encierro.

2) Las diversas experiencias de desinstitucionalización y reforma en salud mental en el mundo por fuera de Argentina (Italia, Francia, Inglaterra, Estados Unidos, España, entre otros)

3) Las experiencias desarrolladas desde momentos tempranos hasta el presente en diversos ámbitos jurisdiccionales en Argentina y con características específicas pero generando mojoneros en los procesos de reforma en el campo de la salud mental y en pos del respeto por los derechos de las personas con padecimiento mental.

4) Describir la cantidad de instituciones neuropsiquiátricas (hospitales monovalentes y colonias) en las que aún priman los abordajes manicomiales con las que cuenta nuestro país, junto con toma de conciencia de la cantidad de personas que han perdido sus vínculos sociales, deteriorado su calidad de vida, experimentado déficits en los tratamientos, abusos en cuanto al tratamiento psicofarmacológico y el ejercicio de sus derechos en tanto sujetos de derecho. Incluir en la descripción la cantidad de personas alojadas en instituciones psiquiátricas privadas.

Página 6: Apartado ¿Pueden las personas con padecimientos mentales trabajar, formar una familia, sostener relaciones sociales, etc.?

Comentario- En este apartado nuevamente se omite señalar las dificultades y limitaciones que tienen los sujetos con padecimiento psíquico como resultado o producto de haber transitado prolongadas internaciones en hospitales neuropsiquiátricos. Al formular la pregunta se promueve la aproximación a aspectos positivos pero al costo de ignorar el deterioro y los derechos suprimidos por agencia del estado ya sea en instituciones públicas o en privadas.

Página 8: dice: Hoy, aunque persisten en esta etapa transicional situaciones de encierro y reclusión de personas con padecimientos mentales, los usuarios de los servicios de salud mental pueden acceder a tratamientos ambulatorios, desarrollados en el ámbito comunitario, y de forma integrada a la sociedad. Los tratamientos son diferenciados, con intervenciones diseñadas para cada caso y que pueden o no incluir psicofármacos, pero que están siempre acompañados de medidas de rehabilitación sociolaboral, psicoterapias y apoyo familiar y comunitario.

Comentario- sería muy importante aclarar que este es un ideal pero que la red no se encuentra plenamente constituida y articulada a nivel nacional y de las diversas jurisdicciones. Se puede señalar que la construcción de la red es parte de un objetivo a cumplirse dentro de un determinado plazo. De lo contrario, se genera información no veraz.

Página 10: dice: “¿Cómo y cuándo considera la Ley que deben realizarse las internaciones?”

Es importante en este punto aclarar una situación que ha generado dudas y malas interpretaciones respecto a la implementación de la legislación: la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental NO prohíbe la internación. Por el contrario, establece dos tipos de internación posibles, voluntaria e involuntaria, bajo determinadas circunstancias. Y lo hace al entenderla como un recurso terapéutico de carácter restrictivo que solo puede llevarse adelante cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social.”

Comentario- no se entiende el énfasis en el uso de color y mayúscula “No prohíbe la internación”, ni tampoco a qué dudas o malas interpretaciones y de quiénes se refiere.

Así redactado, parecería estar subrayando y alentando el carácter positivo de la internación sobre todo cuando enfatiza con “Por el contrario, establece...”.

Todo el párrafo resulta confuso y contradictorio con el sentido de la LNSM.

Página 12: dice: “integral, comunitario y respetuoso”

Comentario- la expresión “respetuoso” es sumamente ambigua si no se indica o especifica a qué aspectos y sujetos se refiere. Lo respetuoso, puede referirse a una abordaje protocolar pero que encubre la falta de respeto a los derechos humanos de los sujetos involucrados.

Página 13: Dice: “Históricamente la salud mental estuvo relacionada con la locura y la peligrosidad, y por lo tanto con el aislamiento. Los trastornos mentales severos, que son los que más se acercan al concepto tradicional de “locura”, han sido tratados con metodologías que vulneraron los derechos de las personas imponiendo el encierro y tratamientos no consensuados.

Comentario- la afirmación asocia el encierro con los trastornos mentales severos cuando en realidad el conjunto de problemáticas de personas con algún tipo de padecimiento mental que transitan y transitaban las internaciones en hospitales monovalentes es mucho más amplio y diverso tanto desde el punto de vista del diagnóstico como desde las trayectorias terapéuticas.

4º párrafo: dice: “la estigmatización hacia las personas con enfermedad mental”.

Comentario- Es importante mantener coherencia en los conceptos utilizados. Las connotaciones de las expresiones padecimiento mental y enfermedad mental son discordantes. Esto requiere ser problematizado tal como se indica en el mismo documento.

Página 15 a 17

Comentario- Se repite el comentario efectuado en referencia a la página 3:

Cuando se habla de medios de comunicación se hace referencia en múltiples oportunidades al tratamiento de las noticias cuando en realidad el campo es mucho más amplio, incluyendo tanto los abordajes y referencias a temáticas vinculadas a salud mental insertas en programación de producción propia como productos importados, programas de entretenimiento, novelas, series, etc. Sería recomendable ampliar las sugerencias referidas a la comunicación de noticias hacia el espectro más amplio de todas las instancias de comunicación incluyendo, además de las ficciones, los programas de entretenimiento, por ejemplo. En las páginas 17 a 18 se menciona la posibilidad de ampliar las recomendaciones formuladas para los noticieros como pautas para orientar las ficciones.

Con carácter Propositivo, sería importante acompañar los lineamientos y recomendaciones con propuestas formativas concretas capaces de alentar, diseñar y disponer estrategias que prevean la capacitación de los comunicadores de los medios masivos de comunicación, guionistas, y diversos agentes que se desempeñen en el ámbito de la comunicación.

Página 21: - Poseer autoestima y habilidades sociales que le permitan integrarse a los grupos propios de la adolescencia en la escuela y la comunidad de forma positiva.

Para esto es vital inculcarles confianza en sí mismo, para lo cual debe ser tratado destacando sus éxitos, sacando experiencias positivas de los fracasos, no humillarlo ni crearle sentimientos de inseguridad.

- Tener habilidades para enfrentar situaciones de acuerdo a sus posibilidades. Aprender a perseverar cuando la ocasión lo requiera y a renunciar cuando sea necesario.
- Desarrollar inteligencia y habilidades para resolver problemas.
- Saber pedir consejos ante decisiones relevantes y saber elegir la persona más adecuada para brindarlos, acercándose a la madre, el padre, los abuelos, otros familiares, un buen amigo, los maestros, los referentes de la comunidad.

Comentario- La enunciación un decálogo consignando las características o rasgos individuales que inciden o deben fortalecerse como factores protectores y preventivos del suicidio se plantean en

términos de aptitudes individuales y no como rasgos colectivos a alentar como recurso para fortalecer entramados sociales inclusivos en función de las múltiples diversidades y aspectos identitarios (etarios, genéricos, étnicos, socioculturales, entre otros) que atraviesan las trayectorias vitales y en especial los trayectos de las adolescencias. Junto con ello, el fortalecimiento de las relaciones intergeneracionales conllevan otro elemento protectorio de relevancia.

Pág. 26. 1º párrafo de recuadro

Dice: "...sus derechos de salud".

Comentario- debería decir: sus derechos a la salud

Respecto del tratamiento de cuestiones referidas a niños, niñas y adolescentes:

Este aspecto requiere un comentario específico ya que es un tema que debe considerarse en el documento especialmente.

19º Sesión Plenaria (de carácter extraordinario)

Fecha: 15 de febrero de 2019

Sobre los documentos "Directrices de Organización y Funcionamiento de establecimientos de tratamiento para consumos problemáticos" (Directrices)" y "Lineamientos para la presentación de planes de adecuación de establecimientos de tratamiento de consumos problemáticos con internación" (Lineamientos), remitidos al Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental en el marco de lo establecido por la LNSM

Según lo solicitado en el archivo "Pautas de Revisión", los mismos se elaboraron sobre la totalidad del contenido de ambos documentos presentados, destacando aspectos generales o específicos, e incluyendo referencias bibliográficas. Para cada tema se enumeran: primero los comentarios del CCHSMYA, luego las ampliaciones de la DNSMYA cuando las hubo, y a continuación las nuevas argumentaciones en respuesta del CCHSMYA.

- **COMENTARIOS DEL CCHSMYA**

1. Sobre el alcance y propósitos de las directrices y lineamientos

En el Anexo 1 se expresa:

Las Directrices son una normativa de orden nacional con carácter de rectoría; esto equivale a decir que no rigen automáticamente para las jurisdicciones locales. En caso de homologar la

normativa, las jurisdicciones no tienen obligación de suscribir a la creación de todos los establecimientos mencionados.

La LNSM como normativa nacional rige en cada jurisdicción. En este sentido, los lineamientos y directrices que son enunciados por el organismo de aplicación de la misma sí deben regir para las jurisdicciones locales. Homologar la normativa deja abierta la posibilidad de inequidades en el campo del tratamiento de los usos problemáticos de drogas y la vulneración de derechos para las personas con padecimientos mentales.

- **CONSIDERACIONES DE LA DNSMyA**

La secretaría de Gobierno de Salud como Secretaria del Poder Ejecutivo Nacional no cuenta con facultades para disponer de normativa obligatoria para las jurisdicciones, si bien la LNSM es de orden público a su vez algunas jurisdicciones han elegido la adhesión a la misma, aun las jurisdicciones que hayan adherido, no significa que adhieran a normativas distintas aun siendo complementarias de la LNSM, se debe comprender que la salud como tal no es una facultad delegada por las provincias en el Estado Nacional, no obstante la presente normativa es el insumo fundamental que las provincias tienen para la adecuación de sus efectores a lo establecido en la LNSM. Toda normativa de directriz o similar, debe ser adherida por las provincias, y así ha sido desde la creación del programa nacional de garantías de calidad de la atención médica (año 1992).

- **RESPUESTA DEL CCHSMYA A DICHAS CONSIDERACIONES**

El artículo 45 de la LNSM establece que la misma es de orden público.

El carácter de orden público, alude a que las partes, en cualquiera de los escenarios en el que estén en juego las garantías que el estado debe dar para el cumplimiento de los derechos en materia de salud mental en este caso, pero extensible a todos los casos en los que se trate del cumplimiento de los derechos fundamentales de los ciudadanos, no pueden derogarse o contradecir o incumplir con las disposiciones que dentro de la ley se constituyen como tal. Como lo expresa la DNSMyA en el ítem siguiente “al tratar la problemática deben de hacerlo en el marco de la LNSM”.

En este sentido las provincias pueden adherir o crear una ley provincial con la única condición que las normativas particulares que surgieran de ellas no contradigan, eludan o supriman la rectoría constitucional que la misma les exige. Es decir deben respetar los estándares de cumplimiento de derechos humanos establecidos en los artículos y reglamentación correspondientes, independientemente de cómo se instrumente su aplicación según la potestad que cada provincia tiene respecto de su autonomía y que debe ser coherente con sus principios.

De este modo no puede haber contradicción alguna entre los términos derivados de los artículos de la LNSM y las leyes provinciales que surgieran para el cumplimiento de los estándares de derechos humanos en salud mental y adicciones.

En su respuesta a nuestras observaciones se califica de “insumo” a las directrices y normativas de la LNSM 26657 que en una lectura descuidada le resta el valor que tiene la norma jurídica como garante de los principios constitucionales que la misma expresa.

- **COMENTARIOS DEL CCHSMYA**

Asimismo, continúa:

Esta lista de instituciones no incluye la totalidad de dispositivos que pueden garantizar continuidad de cuidados, dado que existen servicios de bajo umbral o de cuidados informales que

no son alcanzados por una normativa sanitaria y porque en lo que atañe a los establecimientos hospitalarios también estos se rigen por otras normativas específicas dependientes del MSAL.

La necesidad de regulación de las instituciones de tratamiento para los usos problemáticos de drogas es responsabilidad del Estado debiendo responder al principio de integralidad, tal como establece la LNSM, en este sentido debe afectar a la totalidad de dispositivos.

No se entiende a qué "*servicios de bajo umbral o de cuidados informales*" hace referencia la normativa, siendo necesario distinguir que no son lo mismo. Los servicios de bajo umbral constituyen un dispositivo de reducción de riesgos y daños, específicos para la atención de los problemas asociados al uso de drogas, que se incluyen dentro los servicios de salud que se definen en Art. 4/Decreto Reglamentario.

"Los servicios de bajo umbral tienen por objeto fomentar al máximo el contacto y el acceso, no exigiendo a los pacientes que dejen de consumir sustancias (...) suelen trabajar con un grupo sumamente vulnerable de pacientes que tienen por lo general un largo historial de consumo de varias sustancias psicoactivas y múltiples problemas de salud y psicosociales" (Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito, 2015) y son parte de lo que se considera abordajes comunitarios (Milanese, E. 2013.). En este sentido, no pueden equipararse a los fines de la normativa con "cuidados informales" y sí deben ser incluidos en el alcance de la misma. Asimismo, coinciden con lo que en el documento "Directrices" se define como "Centros de Día Comunitario". La referencia a "cuidados informales" deja abierta la posibilidad de multiplicidad de acciones no reguladas que existen en el campo de la atención de los usos de drogas en particular, que pueden conducir a la vulneración de los derechos de las personas con sufrimiento mental.

- **CONSIDERACIONES DE LA DNSMyA**

La integralidad debe ser entendida como un estándar para todos los servicios que puedan ser comprendidos dentro del campo de la salud/salud mental respecto al alcance que pueda tener una normativa que establezca estándares mínimo de atención sanitaria, en base al poder de policía que cada jurisdicción posee sobre sus establecimientos sanitarios, entender que hay dispositivos o modelos de abordaje distintos a los que pueda brindar el subsector de la salud, es una visión integradora de la problemática, no obstante dichos dispositivos no es que no cuentan con regulación sino que al tratar la problemática deben de hacerlo en el marco de la LNSM. La definición misma de Salud Mental contenida en el Art 3 establece que el alcance no es solo de los dispositivos que regulan las distintas carteras sanitarias jurisdiccionales.

- **RESPUESTA DEL CCHSMyA A DICHAS CONSIDERACIONES**

El concepto de integralidad está presente en forma explícita en las estrategias psicosociales concebidas desde la perspectiva de lo que ha sido dado en llamar "umbral mínimo de exigencia", devenida de las estrategias en el abordaje clínico de las adicciones, suficientemente desarrollado en nuestras observaciones previas. No se alcanza a entender el concepto de "cuidados informales" al que hacen referencia y la respuesta esgrimida no resuelve nuestra advertencia acerca de que la ambigüedad de la afirmación, deja abierta la puerta a la continuidad o inauguración de nuevas formas de vulneración de derechos de las personas con padecimiento mental y/o adicciones.

Desde la perspectiva de la gestión del Estado no puede admitirse ninguna informalidad que contradiga las normas que explícitamente establece la ley nacional y que legitima la práctica

regulada de las prestaciones en la salud como un bien público a administrar y garantizar por parte del estado.

2. Sobre los antecedentes normativos

● **COMENTARIOS DEL CCHSMyA**

El Anexo II hace referencia a la Ley IACOP N° 26.934 como parte del marco normativo, aunque aún no ha sido reglamentada.

● **CONSIDERACIONES DE LA DNSMyA**

El no encontrarse reglamentada no impide su aplicación, la ley rige desde su publicación en el boletín oficial, la reglamentación en cuestión se está realizando con áreas que tienen competencia previa a la Ley IACOP y funciones en el marco de la mencionada ley, la cual es operativa aun no reglamentada.

● **RESPUESTA DEL CCHSMyA A DICHAS CONSIDERACIONES**

Respecto al punto referido a los antecedentes normativos, insistimos que todas las modificaciones posteriores a la sanción y la reglamentación de la LNSM 26657 deberían estar en íntima relación a ella en consonancia con el espíritu que le dio origen y sentido. Ninguna modificación debería bajar los estándares de cumplimiento de derechos humanos que la ley establece.

Vale la pena recordar, que en el mismo texto que Uds. Nos enviaron oportunamente bajo el título “contexto en consumos problemáticos”, el decreto 48/14, que a nuestro entender no ha sido modificado ni derogado, establece que “SEDRONAR es, junto al ministerio de Salud de la Nación, el organismo rector en políticas públicas asistenciales en materia de adicciones.

● **COMENTARIOS DEL CCHSMyA**

Asimismo, se sugiere modificar en todos los documentos la denominación “Ministerio de Salud” por “Secretaría de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social”. Debería hacerse referencia al Decreto N°457/2010 Creación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, en particular el Anexo II en el que se establecen entre las acciones de la misma la obligación de articular interministerial, intersectorial e interjurisdiccionalmente, así como también diseñar un Plan Nacional de Atención Integral con los correspondientes protocolos de tratamiento adecuados a la normativa internacional.

● **CONSIDERACIONES DE LA DNSMyA**

Las competencias de la DNSMyA no son en el marco del decreto referido sino que la DNSMyA actúa en el marco de la Decisión Administrativa 498/2016 (https://www.argentina.gob.ar/normativa/decisi%C3%B3n_administrativa-498-2016-261587/texto) No hay necesidad de nombrar dicha atribución en el documento, siendo que la elaboración no es propia de la DNSMyA sino que se articula con otros sectores, además las competencias para la elaboración serán consideradas en el acto administrativo que busque su aprobación. No siendo el espacio para ello el texto técnico que se anexara a dicho acto.

● **RESPUESTA DEL CCHSMyA A DICHAS CONSIDERACIONES**

Como se señaló en el ítem anterior, todas las modificaciones posteriores a la sanción y la reglamentación de la LNSM, así como las decisiones administrativas, no pueden contradecir a las ni bajar ningún estándar de cumplimiento de derechos humanos que la ley establece.

● **COMENTARIOS DEL CCHSMyA**

En todo el documento debería utilizarse lenguaje inclusivo, evitando el lenguaje sexista. Se sugiere explicitar al inicio qué tipo de recurso se utilizará a fin de facilitar la lectura, evitando pluralizar el masculino.

3. Sobre quienes coordinan los dispositivos de tratamiento a los que hacen referencia los documentos

Se explicita, como nota al pie, que:

Al tratarse de efectores de Salud, todos los establecimientos deben contar con coordinación profesional de salud.

La formulación resulta ambigua, y en ese sentido se recomienda explicitar lo establecido en el Art. 13 de la LNSM, a saber: “los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental.”

4. Sobre la evaluación de riesgo asociado al consumo de sustancias y el criterio de internación.

En varias ocasiones se hace referencia a la “evaluación de riesgo asociada al consumo” como criterio para determinar el abordaje terapéutico más adecuado, lo que puede dar lugar a prácticas discrecionales y restrictivas de los derechos de las personas con padecimiento mental, en particular aquellas que requieren tratamiento por usos problemáticos de drogas. Esto significa que la indicación terapéutica estará medida por los indicadores de riesgo asociados al modelo de atención en salud al que responda cada dispositivo, así como también a las representaciones sociales del uso de drogas que tienen dichos efectores (Pawlowicz et. Al, 2014).

Se sugiere utilizar la categoría que plantea la LNSM para distinguir entre “riesgo cierto e inminente” ya que la evaluación de riesgo va asociada a la consideración de la internación como recurso terapéutico. En este sentido, no se hace referencia a la distinción entre internaciones voluntarias e internaciones involuntarias, ni tampoco a la función de control que ejerce el Órgano de Revisión sobre las instituciones de diagnóstico y tratamiento, con y sin internación (Art. 14 al 22; Art. 38).

Resultan insuficientes las referencias a que las medidas restrictivas de la libertad (internación) para el tratamiento de los consumos problemáticos, sean una de las respuestas terapéuticas posibles y que debe estar debidamente fundada a partir de distinguir riesgo grave, cierto e inminente basada en la peligrosidad para sí o terceros (Gioldhi, L. & Toro Martinez, E, 2010).

5. Sobre las personas usuarias de drogas como sujeto de derechos

Sólo para una de las modalidades de abordaje para el tratamiento de los usos problemáticos de drogas se hace referencia al consentimiento informado, el cual debe regir como principio para todo tipo de intervenciones tal como establece el Art. 10 de la LNSM.

Lo mismo sucede con la inclusión y la participación de las personas usuarias, familiares y otros recursos existentes en la comunidad, quedando la delimitación de la estrategia terapéutica como potestad del equipo. (Art 9, inc d).

6. Sobre la acreditación y seguimiento del proceso de adecuación

Se hace referencia a que el plan de adecuación y la acreditación del mismo estarán a cargo de Sedronar y la Secretaría de Salud, pero en este último caso debería especificarse a la DNSMyA en tanto autoridad de aplicación de la Ley e incluir al Órgano de Revisión.

7. Sobre el formato de los documentos

Por último hay temas de formato de los documentos que los vuelven confusos. Por ejemplo aparece en el medio de los lineamientos para la adecuación de las instituciones, una especie de "diagnóstico" sobre la atención en el tema drogas que no se entiende porqué está ahí.

Referencias:

Milanese, Efrem (2013) Tratamiento Comunitario. Manuel de Trabajo N° 1. San Pablo: Instituto Empodera.

Pawlowicz, María Pía, Galante, Araceli, Rossi, Diana, Goltzman, Paula y Touze, Graciela (2014). Uso de drogas, padecimientos y trayectorias en las representaciones sociales de los especialistas. En *De la agencia social a la salud colectiva. Transitando un camino interdisciplinario junto a personas que viven con enfermedades crónicas*. Viedma (Argentina): Universidad Nacional de Río Negro.

Gioldhi, L. & Toro Martínez, E. (2010) Riesgo grave, cierto e inminente de daño: único fundamento de la indicación interdisciplinaria de internación basada en la peligrosidad para sí o terceros. VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, XXI: 63 - 69

Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito, 2015

Respecto de los aspectos referidos particularmente desde el punto de vista del trabajo con las infancias y juventudes:

“La salud tiene que ver con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar y transformar aquello que deba ser cambiado” (Floreal Ferrara)

1. La *accesibilidad* merece una consideración particular en la infancia y la adolescencia temprana. Requiere de los adultos no sólo para llevarlos a los centros de atención sino también para su participación en la comprensión de modo histórico y contextual de lo que ocurre con el paciente. Esto refuerza la propuesta de polivalentización expuesta en los lineamientos ya que despliega mayor accesibilidad que el centro especializado o monovalente.

2. Debería tenerse en cuenta que el concepto de monovalente deriva del criterio clínico médico a partir del cual se conciben los padecimientos mentales como orgánicos y quedan sujetos a parámetros generales de evaluación y caracterización para toda la población afectada (sintomatología, evolución del trastorno, método de curación, causa). Lo cierto es que el consumo problemático de sustancias no es posible de ser tipificado de ese modo y se asocia a otras problemáticas de la salud mental que se entrecruzan a su vez con el contexto social, político y económico.

3. En ese sentido la prevención y la promoción de la salud mental, partiendo de la evidencia de la extensión y diversidad de problemáticas de las adicciones, no sería aplicable a la manera de las enfermedades orgánicas, evaluadas con una perspectiva biológica y planes de prevención basados en concepciones afines de riesgo, agente, huésped y medio ambiente.

4. Ya que queda planteado que “*No la totalidad del tratamiento se realiza dentro de la institución, y no toda la oferta de servicios de la institución se presta de forma exclusiva para los residentes, sino que se abren a la comunidad*” creemos necesaria una *articulación multisectorial* y que los efectores incluyan *estrategias y dispositivos de abordaje territorial*.

5. Edith Benedetti, Ex Directora del Hospital en Red Laura Bonaparte (ex CENARESO) nos dice que:

“Los escenarios actuales están atravesados por tiempos de vértigo instantaneidad y actualidad extrema, así se instala la ilusión contemporánea de acceder a lo real en tiempo real, sin mediación del intervalo, en pos de la promesa de felicidad, Estas transformaciones producen efectos en las subjetividades: se trata de la emergencia de nuevas formas del síntoma. Se inscriben en estas nuevas presentaciones los consumos problemáticos tanto de sustancias psicoactivas como de cualquier objeto que provoque alivio de la tensión y que no remiten a ninguna significación” “Estamos obligados a repensarnos y a inventar dispositivos de umbral mínimo de requerimiento que posibiliten producir lazo social y movimientos desde la posición subjetiva, anudar aquello que se encuentra absolutamente desanudado, construyendo nuevos sentidos, resignificando espacios y construyendo nuevas nociones temporales que posibiliten la construcción de la demanda.”

“Entender la complejidad de las presentaciones actuales muestra la necesidad de cambiar el modelo de las prestaciones uniformes por aquél de las intervenciones según las necesidades requiere de nuestra creatividad, del trabajo artesanal. En definitiva, dar respuesta implica pensar en las nuevas subjetividades y sus procesos, crear nuevos dispositivos que se sostengan en la imprevisibilidad de lo otro, del enigma inherente a la clínica.” (BENEDETTI, Edith. www.sedha.com.ar)

6. Partiendo de la idea sustentada por la autora de que el neoliberalismo *produce consumidores, desigualdad de oportunidades, desamparo subjetivo y desamparo social*, el enfoque de las adicciones comúnmente visualizado en los jóvenes, se debe ampliar hacia la infancia y adolescencia temprana. La matriz cultural que se instala instituyendo subjetividades consumistas desde la crianza, propone respuestas instantáneas a sufrimientos actuales, además de bloquear la posibilidad de preguntarse por los móviles singulares, históricos y contextuales de esos comportamientos, generando vías de resolución cortoplacistas y muchas veces ilusorias. Hablamos de un espectro de ofertas que va desde los juegos de pantallas hasta la medicalización del sufrimiento psíquico y los supuestos o no “trastornos” de la infancia. La medicalización y patologización del sufrimiento conducen a posteriori a la demanda de consumos que niegan, aplacan o postergan el padecimiento sin buscar las causas profundas del mismo.

Al respecto dicen Sofía Angulo y otras:

“La inmediatez y búsqueda de soluciones rápidas ante determinadas situaciones son una de las principales características del mundo moderno, inclusive cuando se trata de abordajes hacia las infancias y adolescencias, lo cual ha venido generando sustanciales conflictos. No hay tiempo para procesos, para la espera, todo debe resolverse *ya*. Y ese *ya* está cargado de formas de *solucionar* las inmediateces desde adultos que pasaron sus infancias y adolescencias en un mundo del siglo XX sustancialmente diferente al actual.

Es en este contexto que los psicofármacos surgen como una solución *ideal* a un mundo con exigencias cada vez más *ideales* (y que muchas veces parece humanamente fuera de la realidad) de un *deber ser* hegemónico.” (ANGULO, Sofía et al. 2018)

Es interesante considerar también lo que apuntan Silvia Faraone y Eugenia Bianchi acerca del uso de psicofármacos en la infancia en la medida que dan cuenta de la relación existente entre sustancias lícitas e ilícitas, consumos terapéuticos y patológicos:

“Historiadores de la farmacología como Healy (2002) y Shorter (2009) destacan que los opiáceos, anfetaminas, barbitúricos y tranquilizantes fueron drogas lícitas antes de constituirse como fármacos elaborados por las industrias farmacéuticas. Estos mismos principios activos son, a la vez y en la actualidad, identificados como drogas de abuso.” (BIANCHI, E. FARAONE, S. 2018)

7. Por eso decimos que los consumos problemáticos no sólo se restringen al amplio campo de las sustancias tóxicas. Hoy encontramos en la infancia y temprana adolescencia consumos cuya continuidad cabe plantearse en línea directa con aquellas. No necesariamente establecemos una relación causal sino que las diversas adicciones pueden relacionarse con las mismas perturbaciones que subyacen en la infancia y la adolescencia. Es decir, si en la infancia encontramos dificultades en el manejo de los afectos o en la constancia objetal, y esas falencias son paliadas recurriendo a consumos adictivos, es probable que ese hábito persevere luego con otros consumos en la medida que esas problemáticas se reactivan en la adolescencia. Incluso como hipótesis de los motivos de la adicción se plantea la automedicación, que fue primero propuesta por Khantzian (1985, 1997), quien afirma simplemente que las drogas alivian el sufrimiento. El autor según Johnson “localiza los orígenes de la incapacidad para regular los afectos en la infancia temprana y en un fracaso de la internalización de la capacidad de autocuidado proveniente de los padres” [...] “La hipótesis de la automedicación se confirma constantemente cuando se escuchan los relatos que hacen los pacientes de cómo responden a los estados afectivos intolerables mediante el uso de drogas.” (JOHNSON, B. 2000)

8. En ese sentido es importante incluir una visión más amplia en los efectores que considere las problemáticas de la infancia de manera preventiva.

9. A partir de lo expuesto acordamos con la idea de inclusión sociocultural si bien consideramos que debería adquirir mayor énfasis e importancia en lo que hace a la capacitación de los trabajadores en el abordaje territorial, en la perspectiva interdisciplinaria e intersectorial.

Citas bibliográficas

ANGULO, Sofía. CRISTÓFORO, Adriana. MIGUEZ, María Noel. SANCHEZ, Lucía Inmediatez y conflicto *Medicación con psicofármacos en las infancias y adolescencias del Uruguay en Medicalización, salud mental e infancias: perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina / Silvia Faraone... [et al.]; compilado por Silvia Faraone; Eugenia Bianchi. – 1a ed. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo, 2018.*

BENEDETTI, Edith. www.sedha.com.ar

BIANCHI, Eugenia. FARAONE, Silvia *Diagnósticos y fármacos en las infancias. Una perspectiva analítica desde las ciencias sociales en Medicalización, salud mental e infancias: perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina / Silvia*

Faraone... [et al.]; compilado por Silvia Faraone; Eugenia Bianchi. – 1a ed . – Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo, 2018.

JOHNSON, Brian Tres puntos de vista sobre la adicción Aperturas Psicoanalíticas Revista Internacional de Psicoanálisis. Inicio/Presentación N° 006. 2000

Situación de programas de inclusión LABORAL. Caso testigo: PREA (Programa de Rehabilitación y Externación Asistida) - Hospital Esteves

Todos los proyectos, programas, lineamientos y directrices que provienen de la DNSM y A en pos de lograr la plena implementación de la Ley 26.657 y su Decreto Reglamentario requieren para su factibilidad de presupuestos asignados. Estos son, básicamente, aquellos con los que cuentan las distintas instancias estatales nucleadas en la CONISMA.

Ministerio de Trabajo, de Educación, de Seguridad, de Justicia y DDHH, de Salud, de Empleo y Seguridad Social, de Desarrollo Social, INADI, SENAF, SEDRONAR.³

La falta de articulación entre estas instancias tiene como consecuencia una grave afectación de la vida de los usuarios de los sistemas de Salud mental debido a la falta de sustentabilidad de los Programas territoriales.

A modo de ejemplo mencionamos la dificultad que actualmente existe entre un programa de atención a personas con grave padecimiento mental (PREA Programa de rehabilitación y Externación Asistida - Hospital Esteves) y el Ministerio de Trabajo de Nación a través de uno de sus programas (Plan Promover).

El Prea desde sus inicios en el año 1999, trabaja en la búsqueda de la inclusión laboral de mujeres que se externan del Hospital Esteves, de otros servicios del hospital y de otros servicios de salud mental locales. Las distintas propuestas que se han desarrollado consisten en la formación de emprendimientos y empresas sociales, así como también en la implementación de distintos programas nacionales, provinciales y municipales de estimulación y capacitación para el trabajo. Trabajamos a partir de la demanda de búsqueda de trabajo de las personas que lo requieren, a través de entrevistas de orientación laboral donde analizamos el perfil y la necesidad. En ocasiones se deriva a una bolsa de trabajo, otras a espacios de formación propios o de instituciones zonales, se los invita a talleres con los que contamos en nuestro Centro Comunitario Libremente de construcción de CV y entrevista laboral, o la participación en algún programa de empleo o el ingreso en alguna de las empresas sociales.

Desde el año 2013 trabajamos con programas nacionales que resultaron muy valiosos por el impacto en la subjetividad de los usuarios y en su concreta inserción laboral: PROMOVER línea 1, PROMOVER línea 2, entrenamientos laborales y programas de empleo independientes. En los

³ La lista enunciada es la de los organismos estatales tal como existían al momento de la conformación original de CONISMA en el año 2014. Actualmente no tenemos clara su constitución.

últimos dos años se presentaron dificultades para la aprobación de varios programas, siendo que no hemos podido lograr más proyectos ni de línea 2, ni entrenamientos laborales, ni de empleo independiente. Hemos solicitado y mantenido reuniones a nivel nacional y con la Gecal Lomas de Zamora en varias oportunidades, momentos en los que pudimos contar en detalle el trabajo que realizamos. En ellas los representantes de dichas instituciones se mostraron abiertos a las presentaciones. Sin embargo no hemos logrado la aprobación de ningún proyecto, no llegando a la instancia de viabilidad. Habiendo un desfase entre lo que conversamos, las posibilidades que aparecen en la página web y lo que realmente aprueban.

El Promover línea 1 fue implementado por el Centro Comunitario Librementemente del PREA desde el 2013 con continuidad hasta el momento actual. Fueron participando diferentes grupos, llegando en 2018 a los 82 usuarios que pasaron por la experiencia. El 50% de las personas ingresaron al mercado informal después de su participación en el Promover y 3 personas ingresaron al mercado formal. En diciembre de 2018 terminaba el primer año de proyecto con el grupo actual de personas y a partir de enero daba inicio el segundo año. Comenzamos esa gestión tempranamente y los equipos técnicos nos propusieron dar inicio a un proyecto nuevo. Preparamos y presentamos todo lo solicitado. Sin embargo las dudas de la continuidad siguieron. Los últimos días del año 2018 nos transmitieron que le daban inicio al proyecto nuevo con financiamiento (Para pagar seguros de los trabajadores y tutor). Los primeros días del mes de enero autoridades regionales hicieron una inauguración formal presentándose en el Centro Comunitario y manteniendo reunión con la totalidad de los trabajadores confirmando y dando inicio a las actividades. Sorprendentemente los primeros días de febrero recibimos el anuncio de que el proyecto sería sin financiamiento siendo el Hospital Esteves la institución que debería hacerse cargo y nos quedaríamos sin tutor que coordine el grupo. Así mismo nos comunicaron que en caso de inicio sería a partir de febrero o marzo pero que el proyecto ingresa a una instancia de “factibilidad”, poniendo en duda el inicio siendo que las actividades habían dado comienzo un mes atrás.

Actualmente 11 personas están trabajando en distintos puestos, tal como se planificó y se presentó en el proyecto. Esta situación es muy preocupante ya que están suspendiendo una actividad con retroactividad a algo más de un mes, dejando sin cobro el mes trabajado y quedando a la expectativa de la continuidad. Ninguna autoridad ni personal técnico nos dio explicación alguna, ni acompañó para dar esta información a los usuarios, tampoco nos han recibido personalmente para darnos alguna respuesta, pese a los reiterados pedidos de nuestra parte. Gestiones de la dirección ejecutiva del Hospital Esteves lograron que tengan en consideración la continuidad del Promover línea 1, aunque todavía no contamos con una respuesta cierta que nos asegure la continuidad y las condiciones (tiempo de duración, presupuesto para seguros, tutor, etc.)

Las personas participantes del proyecto son usuarios de salud mental, con alto nivel de vulnerabilidad para quienes la posibilidad de trabajo que les da el Promover es una de las pocas opciones posibles. Quienes los acompañamos somos testigos de todos los aspectos que se potencian a partir de esta experiencia ya sea desde el acceso a un recurso económico, la estimulación en los vínculos interpersonales y la autovaloración personal. La pérdida de esta posibilidad sin una respuesta adecuada sabemos que será sumamente perjudicial para estas personas viéndose afectada su dignidad como personas y como trabajadores.

Como programa nos afecta profundamente ya que esto representa una pérdida más en la búsqueda de herramientas que favorezcan la recuperación de derechos básicos de ciudadanía de las personas con discapacidad.

Centro Comunitario "Libremente" - PREA- Hospital Esteves

Declaraciones respecto a "continuidad de cuidados y atención a la población y la situación de los despidos de agentes territoriales de Salud Mental" y a "internación de niñas, niños y adolescentes en Córdoba"

En relación a la continuidad de cuidados y atención a la población y la situación de los despidos de agentes territoriales de Salud Mental

Desde el Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones ratifica los manifestado oportunamente, y expresa su preocupación respecto de la situación suscitada por los despidos de los profesionales que se desempeñaban como agentes territoriales del área de Salud Mental en el norte y noroeste del país. Al día de la fecha la situación continúa sin resolverse por lo que se agudiza la precarización no sólo de las condiciones de trabajo, sino también de los procesos de atención/cuidado de una población con un alto grado de vulnerabilidad y labilidad.

Desde hace 14 años los agentes territoriales, hoy despedidos, desempeñaban sus tareas y actividades en dispositivos de salud mental desarrollados en zonas alejadas de centros urbanos y en zonas desfavorecidas en las provincias de Chaco, Misiones, Corrientes, Jujuy y Entre Ríos. Estas decisiones de política pública precarizan la situación laboral de trabajadores formados y con inserción territorial específica e incumplen con las propuestas establecidas por la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657. De esta manera un sinnúmero de personas vulnerables quedan desamparadas y son sometidas a no acceder a la cobertura de salud mental en el primer nivel de atención.

Como consecuencias de esta decisión podemos destacar:

- A diferentes comunidades originarias de la Quebrada de Humahuaca, de la Yunga y de la Puna de la provincia de Jujuy, se les quita la atención en salud mental y se quedan sin la posibilidad de formación de referentes comunitarios de salud.
- En Misiones, fundamentalmente en las zonas tabacaleras, a miles de usuarios de salud mental se les retira la posibilidad de acceso a cobertura.
- En Chaco, Corrientes y Entre Ríos, en diversos barrios en situación de vulnerabilidad social, se les retira un recurso fundamental para la atención primaria en salud mental.

En relación a la internación de niñas, niños y adolescentes en Córdoba

Por otro lado, declaraciones públicas de profesionales del campo de la salud mental de la Ciudad de Córdoba, nos indican que no sólo se sigue internando habitualmente en las instituciones monovalentes, sino que además se están realizando internaciones de niños, niñas y adolescentes en un hospital neuropsiquiátrico para adultos, violando las condiciones mínimas de atención y cuidados propios para este grupo etario y no cumpliendo con lo establecido por tratados internacionales y normativas nacionales.

Reconocemos aquí una nueva práctica de desasistencia para niñas, niños y adolescentes, en el propio sentido de regla de exclusión y en su identificación de las lógicas manicomiales. La situación de sobre vulnerabilidad se reproduce en esta práctica y crea una encerrona trágica para la infancia y la juventud.

La Ley 26657 garantiza los derechos humanos de las personas con padecimiento psíquico y el acceso al tratamiento con equipos de profesionales capacitados que puedan abordar la compleja problemática del campo de la salud mental interdisciplinariamente e intersectorialmente garantizando los cuidados que requieran. Sin embargo, cotidianamente recibimos información sobre las políticas de retraining que se están implementando que vulneran derechos básicos de salud, educación, vivienda y trabajo y deterioran las condiciones de vida, la salud y la salud mental en todo nuestro país.

El Decreto Nacional N° 603/2013 de creación del Consejo Consultivo Honorario, en su Artículo 3°, inciso c), expresa, entre otras, que es función de este Consejo: Realizar las observaciones que crea pertinentes acerca de las políticas que se llevan adelante.

Por lo anterior, este **CONCEJO CONSULTIVO HONORARIO DE SALUD MENTAL DECLARA**

La necesidad de URGENTE INTERVENCIÓN de la Dirección Nacional de Salud Mental, y por su intermedio de las autoridades nacionales correspondientes, a fin de llevar adelante:

- 1- las acciones requeridas que garanticen los servicios de salud mental y la accesibilidad a los mismos a toda la población (en especial en aquellas zonas más desfavorecidas por características territoriales, por escases de recursos, por barreras culturales y por condiciones de vulnerabilidad y labilidad);
- 2- garantizar la fuente de trabajo de aquellos trabajadores de la salud mental despedidos que vienen desempeñando sus funciones en condiciones de precariedad laboral (sin cobrar sus salarios en los últimos 9 meses);
- 3- intervenir en forma inmediata en la protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, particularmente en el caso hecho público en la provincia de Córdoba;
- 4- garantizar las condiciones necesarias para la plena implementación de la Ley de Salud Mental N° 26.657 frente a otras situaciones preocupantes que vienen desarrollándose en el país y que vulneran las condiciones de salud de la población.

Por último, dadas algunas opiniones y declaraciones vertidas en redes sociales de supuesta autoría de profesionales psiquiatras en contra de la Ley, exigimos se realice el seguimiento y se implementen las medidas legales correspondientes, para evitar la desinformación de la población, y la garantía de la plena implementación de la Ley 26657 y su decreto reglamentario 603/2013.

Este Consejo Consultivo quiere también expresar públicamente su especial solidaridad para con los equipos y toda la población afectada por las consecuencias aparejadas a partir de la implementación de estas políticas.

Declaración “Hacer con otros⁴” por la plena implementación de Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones

Partiendo de los objetivos de la Ley 26.657/10 y su Decreto reglamentario 603/13(art.1), de la conceptualización de salud mental que establece la misma (art. 3), como de las funciones que le competen a este Consejo Consultivo Honorario, luego del análisis en las Reuniones Plenarias y de los intercambios llevados a cabo durante el año 2018 con la Dirección Nacional de Salud Mental, realizados por los medios verbal y de correo electrónico, como así también a través de presentaciones formales de documentos con diverso encuadre (recomendaciones, declaraciones y pedidos de informe),

Este Consejo Consultivo Honorario declara:

Considerando

a) que la ley 26.657/2010 tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (Art. 1ro, ley 26.657), y que, por lo tanto, es responsabilidad del Estado su cumplimiento;

b) que se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona (Art.3, ley 26.657);

c) que las funciones reglamentadas para el funcionamiento de este Consejo Consultivo Honorario, -el cual debe ser “convocado al menos trimestralmente a fin de exponer las políticas que se llevan adelante y escuchar las propuestas que se formulen” (Decreto Reglamentario 603/2013)- , son las de:

a) Realizar propuestas no vinculantes en materia de salud mental y adicciones que contemplen las problemáticas y particularidades de los distintos sectores a los que representan, en el marco de la legislación vigente

b) Promover espacios de participación de otras organizaciones de la sociedad civil para debatir distintas temáticas relativas a las políticas de salud mental y adicciones

c) Realizar las observaciones que crea pertinentes acerca de las políticas que se llevan adelante

d) Elegir sus autoridades (se ha realizado en tiempo y forma)

e) Dictar su reglamento interno (se ha realizado en tiempo y forma),

Se advierte que la actual DNSMyA se reconoce en su función rectora de la Salud Mental, que basa sus propuestas y acciones en función de la implementación de Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones, de acuerdo a lo enunciado en las reuniones por parte de la actual autoridad de

⁴ La frase fue tomada de la expresión de los representantes de A.M.A.S. formulada el día de la Reunión Plenaria del Consejo Consultivo del 17-12-2018.

aplicación. Sin embargo, de manera simultánea, se identifican contradicciones con los postulados de la ley de Salud Mental esta DNSM no ha concretado en acciones sus propuestas, en tanto no se han logrado concretar transformaciones y mejoras sustantivas en la situación de las personas con padecimiento psíquico en tiempo y forma de acuerdo a lo establecido por la misma, extendiendo y profundizando las condiciones de deterioro en la asistencia y cuidado de la salud mental existentes en forma previa al inicio de la actual gestión de la DNSM.

Durante el año 2018 en que hemos sido convocados nuevamente en forma oficial por la actual gestión, - luego de un período de omisión por parte de las autoridades públicas que debió realizar las correspondientes convocatorias-, este Consejo ha participado de las reuniones convocadas durante 2018, llevadas a cabo en diversos ámbitos del actual Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, los días 23/4, 11/6, 17/9, y 17/12 del 2018. Como resultado de las mismas hemos elaborado, tal como consta en las actas correspondientes, las siguientes solicitudes de pedidos de informes, recomendaciones y sugerencias con sus correspondientes fundamentaciones destinadas a la DNSMyA, en tanto autoridad de aplicación de dicha Ley, así como declaraciones públicas -para su difusión a través de las organizaciones que representamos y que figuran al pie, continuando hasta el presente, con el compromiso inicialmente asumido como miembros consejeros el día de nuestra asunción como tales el 10 de octubre de 2014:

Pedido de informes durante 2018:

- 1) Informe sobre la previsión por parte de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones en referencia al desarrollo de una estrategia de monitoreo para el seguimiento de los resultados obtenidos en el censo.
- 2) Informe acerca del modelo de encuesta/instrumento de relevamiento correspondiente a la versión actualmente utilizada en la implementación del censo de personas internadas por motivos de Salud Mental.
- 3) Informe en el que conste la confirmación o no, de la vigencia y plazo de extensión del Plan Nacional de Salud Mental al que verbalmente manifestó adherir la DNSMyA, y el detalle y de las acciones y plazos para la coordinación del proceso de implementación que garantice el alcance de los objetivos previstos en la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones y su articulación y continuidad con las Directrices en elaboración.
- 4) Informe del detalle del presupuesto 2018 asignado a la DNSMyA y destinado a la concreción del proceso de desinstitucionalización en las diferentes jurisdicciones desde la perspectiva comunitaria y de derechos, dada su importancia crítica para la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones.

Recomendaciones y sugerencias durante 2018:

Documento sobre Reunión realizada entre el Área de Capacitación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (en aquel momento dependiente del Ministerio de Salud de la Nación) con el Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones

Recomendaciones sobre Documento TRAPS

Recomendaciones sobre Documento Guía de Intervención MhGap

Recomendaciones para la implementación del Censo

Recomendaciones sobre Documento Directrices de organización y funcionamiento de servicios de salud mental. 2018.

Recomendaciones en referencia al Anexo 1 Instrumento Censo

Elaboración de documento de Recomendaciones a partir de la revisión del documento proporcionado por la DNSMyA “Lineamientos para la atención de intentos de suicidio en adolescentes”. 2018

Elaboración de Documento de Recomendaciones a partir de la revisión del Documento proporcionado por la DNSMyA “Lineamientos para el trato respetuoso y responsable de las temáticas de salud mental en los medios de comunicación”. 2018.

Comentarios remitidos a la DNSMyA sobre los documentos "Directrices de Organización y Funcionamiento de establecimientos de tratamiento para consumos problemáticos" y "Lineamientos para la presentación de planes de adecuación de establecimientos de tratamiento de consumos problemáticos con internación”.

Elaboración del Documento “Recomendaciones Monovalentes”, a partir de la revisión del Documento proporcionado por la DNSMyA “Adecuación y sustitución de las Instituciones Monovalentes hacia Redes Integradas de Salud Mental con base en la Comunidad”. 9-10-2018.

Elaboración de Documento de Recomendaciones a partir de la revisión del Documento proporcionado por la DNSMyA “Abordaje de las problemáticas de Salud Mental Infanto Juveniles”. 2018.

Declaraciones públicas

1-Declaración sobre actividades reservadas al título e incumbencias que afectan el campo de la Salud Mental. Proyecto de ley de ejercicio profesional. 30/5/18

2-Declaración sobre despidos de 88 agentes territoriales en Salud Mental. 2/8/18 y 28/12/18

3-Declaración sobre la eliminación del Ministerio de Salud y degradación a Secretaría. 4/9/18

A partir del conjunto de las recomendaciones, sugerencias y observaciones formuladas por este CCH a la DNSMyA durante los últimos meses ante su requerimiento, en respuesta a las documentaciones, consultas y pedidos de asesoramiento, se nuclearon, y sistematizaron las consideraciones principales efectuadas por este Consejo en dicho período, en función de la elaboración de nuevas recomendaciones de orden general que se desprenden de la mencionada revisión, a los fines generar un documento orientador integral para la DNSMyA a la vez que un elemento diagnóstico de los avances y dificultades identificados.

En función de ello, este Consejo Consultivo Honorario, luego de las deliberaciones de la última reunión realizada en sede del ex ministerio de salud el 15/2/19, como cierre del ejercicio de sus funciones del período 2013-2018, recomienda:

Revisar los alcances y limitaciones inherentes a una conceptualización reducida de la “función rectora” que desempeña la Dirección Nacional de Salud Mental como autoridad de aplicación, en pos de ampliar la conceptualización de su función a los fines garantizar el cumplimiento pleno de la Ley 26.657 y su decreto reglamentario, y de acuerdo a las facultades establecidas para la autoridad de aplicación en los art. 9 y 11 de dicha ley, a los fines de lograr un mayor compromiso, solidez y visibilidad en los procesos transformadores complejos que se pretende impulsar. Se recomienda revisar los alcances y ampliar dicha conceptualización de “función rectora”, dado que

se observa que la misma del modo en que es concebida actualmente obstruye, limita y debilita, los alcances, funciones y compromisos por parte de la DNSMyA, y en virtud de que dicha función incluye no solo “dar una mano” o “generar acuerdos”, sino avanzar en la regularización y garantía de acciones concretas, en pos del efectivo cumplimiento de la ley 26.657.

Garantizar la continuidad de los programas existentes, particularmente de los territoriales. Señalamos la necesidad de que la función de la DNSMyA incluya el compromiso sólido con el reconocimiento y sostenimiento de los programas de salud y salud mental ya existentes de carácter territorial cuya necesidad, adecuación y capacidad de respuesta integral han sido ya respaldadas en la práctica. Observamos por parte de la DNSMyA falta de apoyo y no atención a las condiciones que sufren los mismos, frente a la reducción presupuestaria e interrupción del apoyo institucional en los diversos niveles jurisdiccionales a tales programas, en aspectos tales como: insumos, alquileres, cargos de los integrantes profesionales y no profesionales que conforman los equipos. Todo ello en conjunto, implica un retroceso en el camino de implementación de la Ley 26.657. Recomendamos que la DNSMyA movilice, explicita y ejerza todos los medios a su alcance, en la consolidación de vínculos laborales de los equipos profesionales y no profesionales en salud mental, el respaldo formal y efectivo para el acceso a cargos, recursos, la asignación de presupuesto, entre otros, a los fines de promocionar y garantizar la continuidad de tales programas. No centrar las acciones propuestas por la Dirección Nacional únicamente en el nivel primario de atención y en la capacitación, como se desprende de lo actuado al presente, dado que como ya planteaba Benedetto Saraceno existe un movimiento de columpio entre el primer y tercer nivel de atención que si no se acompaña o combina con un refuerzo de las acciones del segundo nivel - como la creación de Hospitales de día, programas comunitarios, residencias de medio camino, espacios intermedios, entre otros- se conduce a un refuerzo del ciclo que deriva en la mayor afluencia al tercer nivel, lo cual fortalece una lógica manicomial, que implicaría la imposibilidad concreta de sostener el cierre de manicomios que garantice la atención universal e integral a todas las personas y en todos los aspectos implicados en el cuidado de la salud/ salud mental.

Considerar prioritariamente como referencia las experiencias locales en el camino de la desinstitutionalización, a partir de la rica historia de la configuración y avatares del campo de la salud mental en nuestro país, en función de contextualizar las prácticas, histórico, social y culturalmente, entendiendo que la capacitación y el asesoramiento a partir de experiencias como las de Trieste o Brasil pueden ser un insumo o aporte importante, pero siempre enmarcado en un proceso de apropiación, valorización e implicación desde la historia previa en el campo de la salud mental de nuestro país. Se observa una ausencia de referencias a las experiencias locales de diverso alcance jurisdiccional que han resultado innovadoras y coherentes con los fundamentos de la Ley 26.657. Este Consejo considera que la recuperación de las mismas permite abonar a la especificidad de cada uno de los contextos, fortalecer los compromisos de los equipos y los propios saberes y prácticas desarrollados en el curso de tales experiencias, así como enriquecer el diálogo entre diversos equipos y jurisdicciones e “iluminar” los posibles caminos para el desarrollo de nuevas experiencias transformadoras.

Revisar el funcionamiento y relevamiento de las llamadas “Comunidades Terapéuticas”. Dicha revisión incluye la consideración crítica de la composición, formación y conformación de equipos

a cargo, la presencia de organismos oficiales en calidad de supervisores de funciones y alcances, la situación jurídica en cuanto al uso de prácticas de encierro y control social duro y blando, el diseño de sus sistemas de prevención de abusos, maltrato y violencia institucional por parte del Estado, la explicitación y revisión de los enfoques terapéuticos. Señalamos con preocupación la necesidad de que la DNSMyA explicita y consolide una definición clara acerca de que las adicciones forman parte del campo de la salud mental, absteniéndose de presentarlas como acciones pasibles de opiniones morales ideológicas o de toda otra entidad que obstaculicen la accesibilidad al sistema de salud o de potenciales enfermos por el solo hecho de consumir, evitando asociar el carácter de “problemático” a consumo social experimental o reglado de los ciudadanos consumidores. Este CCH también pone de manifiesto el obstáculo que presenta la ley 23.737, que al proponer las medidas curativas y educativas como sanción, conlleva una franca contradicción de los principios fundamentales de la Ley Nacional de Salud Mental.

En síntesis, el cumplimiento de la ley 26.657 y su decreto reglamentario, por parte de las llamadas Comunidades Terapéuticas y cualquier otro dispositivo similar de atención en salud mental y adicciones. Consideramos un obstáculo importante a este propósito es no contar con el relevamiento de las Comunidades Terapéuticas por parte del censo.

Revisar y ajustar los mecanismos necesarios para sostener y ampliar la continuidad de los Programas de Externación en curso, como el PREA entre otros, garantizando los fondos e insumos en tiempo y forma más allá de los cambios de políticas y funcionarios. En el marco de las últimas reuniones plenarios del CCH, se observaron y compartieron reflexiones en torno a la debilidad de garantías de sostenimiento y continuidad de los Programas de externación, expuestas oportunamente frente a la DNSMyA, ubicando como analizador la experiencia del PREA reconocida por su alcance, visibilidad y continuidad a nivel nacional e internacional. Se señala en este sentido, el adeudamiento en los pagos de los alquileres de las casas asistidas correspondientes a todo el año 2018 con las consecuencias que ello produce especialmente para las personas con padecimiento psíquico en tránsito hacia la externación, y a la vez con consecuencias para los equipos profesionales que acompañan dichos dispositivos. Esto se vio agravado a partir del deterioro de aquello que se define como subsidio que se torna insuficiente para el sostenimiento de la vida de las personas.

Priorizar enfáticamente la producción pública de medicamentos, y mientras tanto el tratamiento urgente de la regencia a nivel central de la provisión de los fármacos e insumos necesarios para el funcionamiento de los hospitales públicos que garanticen la atención y el cuidado de las personas usuarias, no dependiendo de la tramitación particular de cada administración con los grandes laboratorios.

Asimismo, recuperamos el medicamento como un bien social en el marco de un proceso de atención interdisciplinario, resguardando que esto no opere como parte de las estrategias de castigo a los usuarios.

Revisar las asignaciones presupuestarias no solo adecuando los porcentajes a lo que la ley propone (10% del presupuesto de salud) sino también ejecutándolos en tiempo y forma, y direccionándolos específicamente para lograr los objetivos propuestos por la ley en cada uno de los aspectos señalados. Todo ello a los fines de dar apoyo no sólo a los programas que se generen en el futuro

sino también para dar sustento y fortalecer aquellos programas y dispositivos de los tres niveles de atención que ya se encuentran en curso y que contribuyen al proceso de reforma en salud mental que se pretende implementar. Se señala la importancia de atender a la distribución transversal del presupuesto a lo largo de todo el subsector público de salud y salud mental. Consideramos importante señalar que sustentar mediante presupuesto el tercer nivel no debe contribuir al fortalecimiento de la perspectiva manicomial sino en función de fortalecer la atención y cuidado de calidad acorde a las necesidades de cada sujeto, en el marco de una modalidad de abordaje ceñida a abordajes interdisciplinarios lo más breves posibles en el caso en que se requiera por ejemplo una internación (art.15/Ley 26657).

Garantizar la continuidad y reinserción de los trabajadores de salud despedidos a los fines de respaldar la conformación y continuidad de los equipos territoriales, en función de garantizar el cumplimiento del carácter territorial previsto en la Ley 26.657.

Revisar la situación crítica de la supresión del Ministerio de Salud (subsumido actualmente a Secretaría de Salud bajo el Ministerio de Salud y Desarrollo Social por Decreto 801/2018 del Poder Ejecutivo Nacional 5/09/2018) y sus consecuencias, con los riesgos de reasignación presupuestaria y otros obstáculos al cumplimiento de las prioridades en salud - salud mental -como el deterioro de la salud y salud mental por medio de la restricción en el sostenimiento de dispositivos, políticas públicas acordes a dicha ley y presupuesto asignado-. Si bien se realizaron algunas acciones parciales en pos del cumplimiento de la ley, en el contexto actual hace falta señalar que debido a las medidas de ajuste y el consecuente retroceso de aquellas ampliatorias de derechos, todas las políticas del sector salud se ven comprometidas, constituyendo una preocupación para este Consejo. Recomendamos tener en cuenta que las políticas de ajuste implican un agravamiento de las condiciones de sufrimiento de la población y un arrasamiento de derechos, especialmente en los sectores más vulnerables.

Recomendamos atender al documento “Observaciones preliminares y recomendaciones” formulado por el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Sr. Nils Melzer en el marco de la visita oficial a la Argentina entre el 9 y el 20 de abril de 2018.

El Relator Especial sobre tortura de la ONU, al concluir su visita al país, dijo que las condiciones de detención en comisarías y cárceles “violan las normas internacionales y son totalmente incompatibles con la dignidad humana”. Manifestó especial preocupación por la situación observada en la sección psiquiátrica del Hospital Interzonal Dr. Alejandro Korn (conocido como “Melchor Romero”) de la ciudad de La Plata. Consideró que los pacientes internados “se encuentran sometidos a condiciones degradantes que resultan incompatibles con la dignidad humana”.

Señalamos/observamos que resulta necesario promover la comunicación y promoción de la ley en todos los medios y efectores así como la difusión de los derechos en salud mental y adicciones, difundiendo en instituciones de educación formal y no formal, centros deportivos, culturales, comunitarios y todo el ámbito de la salud, de modo de dar total difusión y promoción de la información y vías de acceso al efectivo cumplimiento de derechos. Por otro lado, velar por el cumplimiento de la inclusión en la formación de todos los profesionales implicados así como la

capacitación en servicio y de los agentes que pudieran intervenir por ejemplo: operadores judiciales, agentes del servicio penitenciario, bomberos, policías, equipos de salud de hospitales generales, etc.

Señalamos que, teniendo en cuenta que el Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental se crea según lo previsto en el artículo 2° del Decreto N° 603 del 28 de mayo de 2013 con la misión de formular propuestas sobre la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 y que a fin de seleccionar a los integrantes se tendrán en cuenta a) Historia y compromiso de la organización con la temática de la salud mental y los derechos humanos y b) Tipo y calidad de las actividades desarrolladas (Acta N° 6/14 ANEXO I de Creación del Consultivo Honorario), entendemos indispensable el compromiso expreso y coherente de cada organización con la plena aplicación de la Ley Nacional y su Decreto Reglamentario, es decir, que las organizaciones designadas para integrar el Consejo Consultivo Honorario (período 2018-2022) y los subsiguientes, tengan un explícito y activo posicionamiento a favor de la plena aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental 26657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013, así como prácticas acordes con dichas normas.

En el marco de “Para ‘hacer con otros’ en salud mental”, como cierre del ejercicio 2013/2018 declaramos las siguientes consideraciones y recomendaciones a futuro:

Dadas las discusiones abiertas desde diversos ámbitos tendientes a poner en cuestión el carácter y pertinencia de la Ley de Salud Mental en vigencia, que contribuyen a debilitar el proceso de implementación, este CCH recomienda el desarrollo por parte de la DNSMyA de una política integral, visible y sustentada en prácticas y saberes con basamento comunitario, que explicita y comunique en sectores amplios de la comunidad su posicionamiento, los fundamentos, las acciones y dispositivos para el respeto y alcance de la plena implementación de la ley, incluido en un marco de política integral de salud ampliada, que proteja los derechos de las personas.

En la documentación propuesta por la DNSMyA, se observa un uso de términos, conceptos y definiciones pertenecientes a perspectivas contradictorias y no siempre consustanciados con la concepción de la salud y la salud mental como derecho, tal como fue señalado y fundamentado en diversas oportunidades en los documentos elaborados por el CCH. Se recomienda fortalecer la precisión conceptual, el anclaje teórico, el diálogo interdisciplinar, intersectorial, interministerial e interjurisdiccional en función de evitar contradicciones en el uso de conceptos que resulten violatorios con el marco dado por la Ley 26.657 (señaladas en los documentos elaborados por el CCH). Este Consejo Consultivo considera que la coherencia y consolidación de estos aspectos es de relevancia central en la medida en que permiten fijar un rumbo al proceso transformador y jerarquizar las acciones tendientes a la plena implementación de dicha ley.

Este CCH recomienda finalmente, en términos generales y desde un marco ético político: construir y fortalecer una mirada autocrítica de la DNSMyA sobre las propias acciones, perspectivas y conceptualizaciones que posibilite identificar las contradicciones, limitaciones y las potencias de las acciones y conceptos impulsados, a los fines de construir bases ético políticas y teóricas sólidas y coherentes para la concreción del proceso transformador en salud mental que a nivel nacional se pretende impulsar, velando por el cumplimiento de los derechos en salud- salud mental en todos los procesos de salud-enfermedad- atención y cuidados para toda la población, y alentando el

desarrollo de saberes y prácticas en el marco de la defensa de los derechos humanos de las personas con padecimiento psíquico, sin lugar para los manicomios y las prácticas manicomiales.

Propuesta declaración sobre proceso de Selección de instituciones para conformación de nuevo Consejo Consultivo

Teniendo en cuenta la importancia del Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental, en vistas a la convocatoria a su nueva conformación;

Considerando que en el Acta N° 6/14 ANEXO I de Creación del Consultivo Honorario según el ART. 2° Decreto Nacional N° 603/2013) su Artículo 1° dice:

.- Créase el CONSEJO CONSULTIVO previsto en el artículo 2° del Decreto N° 603 del 28 de mayo de 2013 con la misión de *formular propuestas sobre la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657.*

Y que en su Artículo 10° dice que:

.- A fin de seleccionar a los integrantes del Consejo Consultivo, se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

a. Historia y compromiso de la organización con la temática de la salud mental y los derechos humanos

g. Tipo y calidad de las actividades desarrolladas

Este Consejo Consultivo Honorario entiende indispensable que las organizaciones designadas para integrar el nuevo Consejo Consultivo Honorario tengan un **explicito posicionamiento a favor de la plena aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental 26657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013, así como prácticas acordes con dichas normas.**