

MARCO TEORICO

Introducción y Contexto actual del Plan

Salud Mental con alcance a toda la población

La Salud Mental como tal y, en el marco de la Ley que la sustancia, nos indica, y así se propone en este Plan, como una instancia que no se agota en los servicios específicos, sino que implica una inclusión en el empoderamiento y alcances hacia la población en general, desarrollando fuera de esos ámbitos una acción en el territorio inclusiva y transformadora.

Construcción de nuevos dispositivos de vanguardia en Salud Mental

La desinstitucionalización de los monovalentes enclaustrados es parte del objetivo central, instando a la puesta en funciones de oferta hacia la Salud Mental y las Adicciones, desde los hospitales generales y con inclusión comunitaria. Propugnamos el conocimiento y no la extrema especialización que redundan en la desatención cuando, en realidad, todos podemos ser agentes activos en la Salud Mental. En concordancia con esto, este Plan impulsa la puesta en común de conocimientos sobre Salud Mental y Adicciones que no están desarrollados en las carreras concurrentes al campo de la Salud, y propone una articulación entre registro de acciones y gestión de dispositivos de vanguardia, a la altura actual de las situaciones

Este plan contempla enmarcar las adicciones en el ámbito de la Salud Mental. Hasta ahora se ha significado a las mismas como un algo distinto a cualquier temáticas ligadas a los cuadros clínicos que ofrecen las adicciones, especialmente, de sustancias psicoactivas prohibidas. Lo que aquí se propone es una mirada inclusiva en el campo de la Salud y dentro de ella de la Salud Mental, que incluye todo tipo de adicciones; a sustancias, a objetos o a personas.

Situación en terreno

Observando las necesidades de atención poblacionales por sufrimientos o situaciones de riesgo vinculados con la salud mental, se hacen evidentes deudas muy crueles. La mayoría de las personas con necesidades en ese campo no reciben ningún tipo de asistencia ni en los momentos iniciales de crisis ni en las evoluciones posteriores en sus procesos de padecer. Observándose que entre las que consultan muchas no reciben las ayudas más adecuadas y, cuando esto sucede, a la mayoría no se les mantiene ni durante el tiempo ni con las modalidades necesarias para sostener buenas evoluciones posteriores.

Tomando en cuenta y sintetizando los datos estadísticos realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), los porcentajes de personas que no reciben ningún tipo de asistencia aún con padecimientos mentales importantes están alrededor del 50 %. Si se amplía la observación considerando que antes de arribar a dimensiones tan graves ya tenían padecimientos o los habían tenido en crisis previas que podrían haber sido atendidas, lo que también ocurre a muchos otros que sin llegar a esos desarrollos de padecimientos mayores sufren mucho y se van dañando sin saberlo, el porcentaje de los que deberían ser atendidos y no lo son es notablemente mayor. Si ahora ampliamos más la perspectiva e incluimos áreas de problemas específicos y/o factores de riesgo para la salud mental para los que se disponen de habilidades y dispositivos posibles para encararlos y prevenir incrementos de problemas, la brecha entre lo que hay que hacer y lo que se realiza aparece más cercana a su inmensa magnitud real.

El campo social como principal fuente de inclusión y desarrollo

Se entiende en este Plan, que la Salud no consiste en una evitación de la enfermedad, sino que se hace significativa a través de sus determinantes que hablan a las claras de la ubicación del ser humano como centro de una serie de condiciones que, sin ellas, es imposible la existencia de la salud sustantiva. Teniendo en cuenta esto, la atención debe ser interdisciplinaria, siguiendo los deseos de transformación sobre el objeto de la Salud Mental y las Adicciones, como una nueva propuesta transdisciplinaria, sin hegemonía de ningún saber específico, y donde se reconocen, a su vez, los saberes comunes que corresponden al ámbito de afectos inmediatos, de su medio de desarrollo sociocultural y sus intercambios con la comunidad referente. Esto remite a que el campo

social, es la principal fuente de inclusión y desarrollo para cualquier persona, y que, por lo tanto, no puede ser soslayado.

Marco de Política Pública

El Plan reconoce la inscripción política del mismo, lo que enmarca sus acciones y le permite asumir la condición de Políticas Públicas, en este caso, en el campo de la Salud Mental y las Adicciones.

Cambios de paradigmas

El Estado queda posicionado en un cambio de paradigma y de rol, en la medida que pasa de una condición paternalista y segregacionista, a una de estructurador y formador, en la medida que favorece al marco en el cual la producción socio-comunitaria se inscribe y reconoce.

Por otro lado, el cambio de enfoque implícito de referenciar los parámetros de salud-enfermedad en el contexto de los sujetos en su red vincular, obliga a redefinir los abordajes en salud y los roles constitutivos.

Así, uno de los objetivos de este Plan es el trabajo permanente en la desestructuración de los prejuicios (enfermo mental como loco y peligroso, adicto como delincuente y dañino) que hacen como uso milenario la discriminación hacia las personas padecientes de cuadros de distinto índole de la Salud Mental, así como de los comportamientos compulsivos y repetitivos. Con respecto a estos últimos, debemos señalar que este sesgo de condena se inscribe en pretender modificar las situaciones de consumo problemáticos de sustancias psicoactivas, a través de una situación ambientada en la denominada “Guerra a las Drogas”, o más actualmente, “Problema Mundial de las Drogas”, revirtiendo esta mirada hacia los campos específicos a los que alude este Plan.

De lo expresado, decimos que las nuevas inclusiones en la Salud, y por ende en la Salud Mental, reconocen su génesis cultural y social, las que a su vez necesitan de un marco y perspectiva política, que adopten estos principios y colaboren con el colectivo hacia el logro de los objetivos de apropiación.

Potencial social para generar respuestas – el Plan como marco de estructuración

La lógica del Plan reconoce la capacidad del ámbito social para generar respuestas ante determinadas carencias o padecimientos, que obedece a una creciente necesidad de resolución de deseos y realidades no satisfechas, que no pueden ser resueltas simplemente por las instancias del proceso productivo y de distribución. Esto obedece únicamente a una relación entre capital, trabajo y consumo, confiando con esa estrecha perspectiva satisfacer todas las carencias de la población. Sacarlas del determinismo del mercado, las respuestas se deben generar y reconocer en el colectivo, superando así la falta de las mismas en un mercado inspirado únicamente en los beneficios.

Apuntamos a, como meta imprescindible en Salud, la instalación a todos los procesos de redes formales e informales que den fortaleza al égido social, instancia a cumplir y reforzar en el campo de la Salud Mental y las Adicciones.

El Plan reconoce el aporte de la comunidad y las acciones en la misma, establece para el refuerzo de estas, la acción en el territorio, reconoce sus organizaciones y esfuerzos de agrupación, convalida y apoya el proceso de fortalecimiento de redes, destituyendo el discurso único, dando lugar a los propios de otras disciplinas intervinientes en el campo de la Salud Mental, reconociendo la integración de equipos multi e interdisciplinarios a partir de objetivos de tratamientos inclusivos, en una relación más democrática e integradora, donde también se reconoce la identidad y patrimonio cultural de los atendidos, integrando este campo a la Salud en general y sus determinantes. En el campo de las Adicciones, es superar la lógica sumada ético-jurídica y médico-sanitaria, propugnando a la adopción de los principios éticos sociales de inclusión comunitaria. Todo lo expresado implica un nuevo rol activo del Estado, donde en cada problema participen todas sus agencias y sectores, que hagan al cumplimiento del rol activo de un ordenador y regulador de la vida común, permitiendo y alentando a la vez el protagonismo dinámico de todas las instancias y organizaciones sociales.

Particularidades regionales e históricas:

Las necesidades y deudas mencionadas son problemáticas mundiales, aunque hay diferencias entre regiones y países por las maneras en que se las ha venido encarando desde la segunda mitad del siglo XX, época en la que se comenzaron a desarrollar las concepciones del campo de la Salud Mental que planteaban caminos distintos para buscar soluciones a aquello en lo que se demostró que los manicomios y la cultura manicomial trasegada desde ellos en múltiples instituciones no sólo resulta insuficiente, sino que fracasa y daña. Las diferencias entre los países dependen de las posibilidades distintas que tuvieron para sostener el desarrollo, la expansión y enriquecimiento de las experiencias de Salud Mental según sus historias políticas globales y de Salud en particular. En el nuestro, con desarrollos pioneros en América Latina desde fines de los 50 y los 60 del siglo pasado, interrumpidas brutalmente por el proceso genocida de reorganización nacional; y los del 84-89, interrumpidas por el desguace del Estado con arrasamiento de políticas sociales, realizados en democracia formal durante la década del 90, los efectos -compartidos con otros muchos desarrollos institucionales y culturales de avanzada- fueron no sólo de interrupción de lo que se venía haciendo, sino de incremento de daños poblacionales y banalización descalificadora de terminologías y de funcionamientos de dispositivos para buenas prácticas en Salud Mental, aunque siempre se mantuvieron algunos espacios importantes de ellas en el sector público –hasta Provincias enteras -, a veces sólo fragmentos; tanto como bolsones de buenas prácticas refugiadas en organizaciones y líneas de trabajo por fuera del sistema de atención estatal y, también, en el tenaz accionar de las organizaciones defensoras de los Derechos Humanos.

Cabe destacar que en los desarrollos de los 50-60 y 83-89 los avances en Salud Mental se desplegaron en contextos históricos estimulantes y facilitadores a partir de políticas estatales. Aún oscilando entre golpes militares y gobiernos democráticos de sustentaciones precarias (50-60) o de reorganización democrática incipiente y amenazada ((83 - 89).

En los 50-60 fue a partir del despliegue creativo de líderes en Salud Mental que cuestionaban el orden manicomial, creando alternativas con producciones institucionales que, con resultados sólidos, ejemplificaron y demostraron que eran posibles otros caminos.

En los avances desde el 83 al 89, en el retorno a la democracia luego del terrorismo de estado y sus efectos devastadores, Salud Mental fue caracterizada por el Gobierno Nacional como una política prioritaria en salud - la que fue avalada y asumida por todas las Provincias – por entender que los efectos del llamado proceso de reorganización nacional dejaba consecuencias directas del genocidio en las víctimas directas y en el tejido social, más las catástrofes de valores, organizaciones e instituciones formales y de base, con evidentes daños sobre la calidad de Salud Mental Colectiva y sobre los sistemas de atención y rehabilitación. Esto dio comienzo a un fecundo proceso de transformaciones piloteado conjuntamente entre los responsables de conducción de Salud Mental de Nación y de las Provincias, en el ámbito de los Ministerios o Secretarías de Salud. Buscando colaboraciones y ayudas aisladas en sectores o integrantes del Poder Judicial.

Principios del siglo XXI:

Después del arrasamiento de los 90 y de la crisis del 2000 y 2001, en el 2003 el Gobierno comenzó a producir condiciones para ir recuperando el rol rector del Estado marcando políticas y estrategias con decisiones más autónomas. Junto con el crecimiento de conflictividades manifiestas se comenzó la recuperación del debate político, simultáneamente con cambios sustanciales en cuestiones vinculadas a temas nucleares en justicia y derechos humanos, políticas sociales, economía, educación y cultura, ciencia y tecnología, relaciones exteriores, medios de comunicación y otros varios, movidos por propuestas de diversos orígenes e historias.

En ese contexto aparece comprensible que el imprescindible relanzamiento de Salud Mental provenga del Poder Legislativo, de organismos de la Justicia y, en lo que respecta al poder Ejecutivo Nacional, con la jerarquización y refundación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, simultáneamente con el proceso de gestación de lo que luego llegó ser la Ley N° 26657. Contándose con el apoyo y participación de organizaciones defensores de Derechos Humanos, asociaciones de profesionales de disciplinas vinculadas al campo de la Salud Mental, grupos de profesionales y de técnicos de ese campo, y organizaciones no gubernamentales de usuarios y familiares.

Para las políticas de Salud Mental se mantiene la permanencia de objetivos y formulaciones fundacionales en el siglo XX, enriquecidas con los avances en las experiencias

de sus realizaciones y del afinamiento empírico y conceptual en las varias disciplinas y perspectivas que se integran en el campo de la Salud Mental. Entre ellas las que han tenido un significativo desarrollo en estas décadas son las que vienen impulsadas por las jurisprudencias y las políticas que tienen que ver con los Derechos Humanos y Sociales. Si bien desde los principios de Salud Mental se denunciaba y luchaba contra la segregación y la violencia ejercida sobre los “locos” y sus familias, o sobre las personas alcohólicas o con problemas de drogas, es simultáneamente con el incremento mundial y nacional de las luchas por esos derechos que se comienza a visibilizar las problemáticas del sufrimiento mental y sus maneras culturales de trato inhumano como un problema que necesariamente debe ser visibilizados como violación a derechos fundamentales. Con lo que se fueron produciendo marcos legales en consonancia con numerosos Principios, Acuerdos, Declaraciones y recomendaciones de organismos internacionales. A los que nuestro país adhirió y que en algunos colaboró en redactar, comprometiéndose a utilizarlos como orientadores para la planificación de políticas públicas.

Es así que a fin del año 2010, el Congreso de la Nación aprobó con el N° 26657 la *Ley Nacional de Salud Mental*; como Ley de “Orden Público” (Art- 45 ley 26657) que la convierte en ley de aplicación inmediata en todo el país. Producto del trabajo colectivo en debates y aportes de muchos actores sociales, aprovechando y comparando experiencias en curso, con otras que quedaron trucas y otras que están comenzando; decantando años de recorridos y evaluando los principales obstáculos; también tomando referencia en legislaciones internacionales y provinciales de los últimos 20 años. La ley del Congreso de la Nación queda estratégicamente ubicada como faro y mandato para las políticas públicas de salud mental. Instaurar por Ley Nacional los valores y principios de la Salud Mental era una necesidad; como lo han sido y viene dando resultados, a veces muy lentamente, otras leyes fundamentales que en estos años permitieron abrir cuestiones que aparecían muy cerradas por los efectos del genocidio y del neoliberalismo tanto en el imaginario social como en concepciones sobre la vida. Ahora están vivamente planteadas y se hacen más visibles brutales contradicciones en el escenario social, con sus luchas de poderes, sus negociaciones y sus distintos escalones de resultados actuales y de perspectivas de continuidad de evoluciones necesariamente sostenidas con conflictos y oscilaciones.

En mayo de este año, con el Decreto 603/2013, el Poder Ejecutivo aprobó la Reglamentación de la Ley. Que también fue trabajada para su redacción en todas las Jurisdicciones del país, coordinadas por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones

durante el año 2011, y revisada a por el Ministerio Nacional de Salud y la Secretaría Legal y Técnica de la a Presidencia del Nación durante el año 2012.

En el Decreto Reglamentario se definieron, aclararon y desagregaron los contenidos del articulado de la Ley que resultaban necesarias de Reglamentación, y se hicieron más visibles las características de la Ley como marco para las políticas de Salud Mental, con imperativos y compromisos de cumplimientos indiscutibles. Implicue muchos desafíos al plantear profundas transformaciones para todos los actores, instituciones e intereses sociales. Porque se refiere a cambios culturales que habrá que construir desde las buenas prácticas que ya se realizan y las múltiples que habrá que crear y sostener. Lo que la Reglamentación hace más evidente, que ya estaba en el cuerpo de la Ley, es que todas esas gestiones transformadoras ya no son tareas de un solo Ministerio. Deben ser encaradas por once áreas del Poder Ejecutivo Nacional; varias del Poder Judicial, con Preponderancia de la Defensoría General de la Nación; más las diversas organizaciones de usuarios, familiares, profesionales y de organismos derechos humanos. Que incluye una “Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones”, en el ámbito de la Jefatura de Gabinete de Ministros. Como también un “Órgano de Revisión”, con sede en la Defensoría General de la Nación.

La ley marca que en las Provincias y en la C.A.B.A, simultáneamente, se deben crear organizaciones equivalentes.

Valores, campo y estrategias en Salud Mental. Caminos de soluciones posibles.

Las crueles deudas señaladas al principio son de imposible solución con las orientaciones y doctrinas tradicionales en los sistemas públicos de atención para las problemáticas de Salud Mental poblacionales. Aunque haya zonas y focos de trabajos encomiables. Lo mismo pasa en los sistemas asistenciales de obras sociales y en los de las de medicina pre-paga.

Como las definiciones y contenidos de la Ley 26657 dan fuerza de ley a valores y objetivos que desde un principio eran los del campo de la Salud Mental, marcar algunas correlaciones entre ellas puede servir de articulación estratégica para entrever posiciones

conceptuales y prácticas como caminos de solución. También para entender las luchas de poderes que se juegan, por las irradiaciones sociales e institucionales de las cultura manicomial y de las prácticas derivadas de ellas.

En el texto de la Ley, en su Art 3º, “se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramientos implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de las personas”. Componentes que diversas disciplinas tienen como objetos de estudio propio, que deben también interaccionar entre ellas para dar cuenta de esas complejidades; y que a la hora de las implementaciones y análisis de prácticas y dispositivos necesitan reunirse conceptual y artesanalmente. En esas definiciones aparecen valores que hacen a la concepción de calidad de vida mental vinculadas a la construcción social y participativa del trabajo compartido para responsabilizarse individual y colectivamente en los conflictos del vivir humano, lo que no significa carecer de conflictos y/o síntomas. En el Decreto Reglamentario, al definir en el Art 1º.- lo que se entiende por “padecimiento mental”, se lo hace sustentándolo en esa caracterización de la salud mental.

En ninguna parte del texto de la Ley se habla de enfermedad mental, sino de “personas con padecimiento mental”. No se habla de tratamientos sino de “procesos de atención” Se hace necesario recordar y comparar con el supuesto ideológico e institucionalizante de la “psiquiatría de lógicas manicomiales”, que es haber separado un objeto ficticio, “la enfermedad”, de la existencia global de los pacientes y del tejido histórico-social en el que advinieron personas y en el que surgieron sus problemas.

Sobre esa separación, convertida en observación “natural” por el orden médico ligado a los poderes culturales dominantes, se construyeron un conjunto de dispositivos, aparatos ideológicos, científicos, legislativos y administrativos, todos referidos a la “enfermedad mental”. Que son, justamente, todas las institucionalizaciones culturales sobre ella, que abarcan mucho más que la existencia misma de los manicomios. Entre las que tiene un lugar “privilegiado” la cultura de acallar o hacer desaparecer los síntomas de las personas y/o encerrar a las personas que los portan, más que entenderlos como pedidos de ayuda , buscando las causas más allá de las de la encerrante acusación de anormalidad o alienación personal, o en la biología o en los prejuicios. Cuando en las formulaciones políticas de Salud Mental se habla de “des-institucionalización” se hace

condensada referencia a la tarea de deconstruir esas producciones institucionales existentes y las que constituyen los imaginarios compartidos culturalmente que van más allá de los manicomios reales, pero encuentran en sus lógicas derivadas su fuente y su consistencia, llegando a todos los prejuicios y descalificaciones sobre los que no coinciden con lo normado por esas lógicas. Deconstrucción que coincide con la creación y sostenimiento de experiencias alternativas que se van convirtiendo en nuevos dispositivos e instituciones en constante transformación. Pasar de la tutela, la punición y/o la exclusión al “hacerse cargo” de las complejidades en juego en cada situación particular o en situaciones grupales, buscando comprender y ayudando a entender, a crear redes donde existe desolación, para descubrir o inventar sentidos y recuperar o lograr lugar en el mundo para los que están aislados en el propio dolor. Apareciendo este de las múltiples maneras en los que puede expresarse,... que es a lo que se llamamos síntomas.

El mismo Artículo 3º señala que se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas y, que no se pueden hacer diagnósticos en el campo de la salud mental con base exclusiva en rasgos aislados como status; demandas familiares; adecuación a valores morales, sociales, culturales, políticos o religiosos; elección o identidad sexual; o antecedentes de tratamientos o internación. En el Art 4º incluye a las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, en ser sujetos de todos los derechos en relación con los servicios de salud, lo que se sabe que predominantemente no viene pasando. Enfatizando que las políticas públicas deben favorecer el acceso a formas de atención con perspectivas de salud integral, poniendo el eje en las singularidades personales, más que en el tipo de adicción que se padezca.

El Art. 7º y su detallada Reglamentación dan cuenta de lo derechos de las personas con padecimientos mentales. Que son los Derechos Humanos y los Derechos ciudadanos de cualquier otro habitante del país.

Otros puntos de coincidencia con formulaciones fundacionales de la Salud Mental (Art 8º y 9º) son la promoción para los procesos de atención de los abordajes interdisciplinarios integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados para la atención en salud mental; por fuera ámbito de internación hospitalario monovalente (manicomios), basado en los principios de la atención primaria de la salud; orientándose al reforzamiento, restitución y promoción de los lazos sociales.

La interdisciplinariedad es uno de los aspectos más resistidos por algunas corporaciones profesionales y por las perspectivas judiciales centradas en la tutela y en el control de la “peligrosidad” de “los enfermos”. Es evidente que las responsabilidades interdisciplinarias no ponen en juego las incumbencias pero si las hegemonías de algunas profesiones; no borran las especificidades ni diluyen responsabilidades, sino que suman aportes con perspectivas integradoras que permiten atender servicios y sostener dispositivos durante día y noche, en la multiplicidad de formas de atención que se necesitan para lograr recuperaciones sostenibles. En esas formas de atención, imprescindiblemente también deben ser reconocidos, aceptados y estimulados los recursos sociales y culturales que se puedan convocar, incluyendo el protagonismo de las familiares y vecinos. En estas tramas, se entiende mejor que equipos interdisciplinarios son formas de agrupamiento que potencian las capacidades y habilidades, enriqueciéndose con otras disciplinas y también “saberes no disciplinables”, socializando conocimientos para llegar a las mejores destrezas posibles para atender personas y movilizar sus propios recursos.

El trabajo asistencial implica un enfoque del sujeto en su contexto vincular, e incide directa e indirectamente en él, a partir de la acción asistencial específica, por lo cual toda acción asistencial a la vez se constituye como una vera acción preventiva. El sujeto asistido en su red vincular no volverá a ser el mismo, queda identificado, resignificado, y en una historia propia y del contexto.

Siguiendo ahora con los contenidos de la Ley, se destaca que luego de las definiciones-marco hay precisiones sobre aspectos muy importantes sobre derechos de las personas con padecimientos mentales, se incluyen los cuidados a tener con las medicaciones psicofarmacológicas.

Sobre las internaciones el articulado es abundante, porque se hace necesario legislar deconstruyendo muchos años de legislaciones y prácticas de orientación manicomial. Prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalente, sean públicos o privados. Pone plazo hasta el 2020 para su sustitución. Promueve, cuando sea necesaria y se hayan rebasado las posibilidades de atención en terreno, la internación en hospitales generales – que no son las únicas

posibles - ; acentúa la necesidad de cuidado en las maneras de las derivaciones y de los seguimientos de las personas que necesiten continuidad de cuidados luego de la disminución de los síntomas que generaron la atención. La Ley y la Reglamentación ponen particular atención en delimitar normas para internaciones y tratamientos, velando siempre los derechos individuales. Allí aparece nuevamente la importancia de la interdisciplinariedad, cuando se exige diagnósticos interdisciplinarios e integrales (Art 16º) que la Reglamentación los define claramente, buscando caracterizaciones de las personas y las probables causas de sus padecimientos, según las perspectivas de las distintas disciplinas. No alcanzan como diagnóstico las Clasificaciones. Cuando corresponda incluir alguna como referencia en la trama del diagnóstico, solamente se podrán usar las que decida la Autoridad de Aplicación dentro de las pautas que marca la Reglamentación. Que excluyen todas las clasificaciones que no sean de Organismos especializados del Estado Nacional, o de organismos regionales o internacionales que la Argentina integre como miembro. Lo que cierra la posibilidad de uso en el país de las Clasificaciones de los DSM – cuya V versión acaba de ser rechazada por el Instituto Nacional de Salud Mental de USA – y abre el profundo y necesario debate sobre la iatrogenia generada por el uso de clasificaciones esquemáticas, despersonalizadas y descontextualizadas en Salud Mental. Las lógicas clasificatorias, vinculadas con los lógicas manicomiales y las eugenésicas – de penosa utilización en el siglo XX -, abren camino a la patologización de las vidas cotidianas y a la estigmatización. Muchas veces con la comprensible motivación de lograr coberturas privilegiadas de atención.

En el Art 11º la ley marca la necesidad de coordinación de las autoridades de salud de cada jurisdicción con las áreas de educación, desarrollo social y trabajo, para que implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Marcando que se deben desarrollar dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a los grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental; así como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral. También emprendimientos sociales, entre los que se pueden contar hogares y familias sustitutas.

De todas esas acciones y dispositivos hubo y hay experiencias en el país. Ahora pasan a ser las prioritariamente valoradas por el marco legal, no limitándose las variaciones de dispositivos a los anotados, ya que según los recursos y las capacidades comunitarias que se involucren pueden darse multiplicidad de variaciones.

Es por estos caminos legislados y reglamentados por donde se irán produciendo soluciones a lo planteado al principio como necesidades y deudas. En la actualidad bastante más de la mitad de los presupuestos en Salud Mental se gasta en los Hospitales monovalentes,...que solo encaran, y de manera inadecuada, el 1% de las necesidades de atención poblacional. La ley prevee incremento de los porcentajes para Salud Mental de los presupuestos nacionales y provinciales en Salud. Más la transferencia progresiva de recursos humanos, económicos y de espacios de formación, de los hospitales monovalentes hacia los espacios y dispositivos que son necesarios para la cobertura en terreno de las necesidades poblacionales en Salud Mental.

Por supuesto que en el proceso de transformación se debe cuidar de los internados crónicos con distintos grados de dificultad para la socialización. Para los que no se lo pueda lograr, hay muchas maneras de darles albergues en escala humana y digna, respetando sus derechos de ciudadanía y con mucho menos costo. Como también hay muchas maneras de mantener puestos de trabajo para todas las personas que se desempeñan en esos hospitales, redistribuidos y adecuadamente actualizados en su capacitación para hacerlo con otras características, lo que seguramente va a favorecer también la calidad de salud mental de ellos y de sus familiares.