

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales
Carrera: Licenciatura en Ciencia Política y
Administración Pública.

Trabajo: Tesina

Tema: Políticas Públicas y Salud Mental

Título: Los desafíos institucionales en el diseño e implementación de políticas públicas de salud mental. Caso: Abordaje del consumo problemático en la provincia de Mendoza 2020-2023.

Tesista: Julieta Elizabeth Zuñiga

Directora: Mgter. Yamel J. Ases

Mendoza, Junio 2025



AGRADECIMIENTOS

A mi familia, en especial a mi mamá y papá que siempre se esforzaron para darme la mejor formación y no permitir que me falte nada, a mis hermanos Martín y Jazmín quienes estuvieron para mí en todo momento.

A mis mascotas Emma y Drako quienes ya no están, pero fueron mis guías y grandes compañeros de estudio.

A mi novio quien me acompañó en los momentos más lindos y a su vez, me brindó tranquilidad en los momentos donde todo parecía imposible de lograr.

A mis abuelos quienes siempre estuvieron al tanto de todo y después de rendir me esperaban con mi plato de comida favorito y a mi abuela que desde el cielo me cuidaba.

A mis queridos facuamigos, que sin su compañía esta experiencia no hubiera sido tan linda.

A mis amigas y amigos de la vida, por estar, escucharme, por los mates y la paciencia.

A la educación pública por todo lo que me transmitió y por darme la oportunidad de poder acceder a una educación de calidad. A cada docente que me brindó las herramientas para cuestionar mis ideas y dar lo mejor de mí, pero en especial a mi directora de tesina Yamel Ases que me brindo su ayuda desde el primer momento y me acompañó durante todo este proceso para que pueda concretar este hermoso camino.

Y a mí, por no bajar los abrazos, cumplir esta meta y cerrar uno de los ciclos más importante de mi vida.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO I: ESTADO DE LA CUESTIÓN Y DEFINICIÓN TEÓRICO- CONCEPTUAL	8
1. <i>Definición de Políticas Públicas</i>	8
1.2. <i>Ciclo de Políticas Públicas</i>	12
Figura 1	13
1.2.1 La etapa de gestación.....	13
1.2.2 La etapa de diseño o formulación	14
1.2.3 La etapa de implementación o ejecución	15
1.2.4 La etapa de evaluación de impacto	16
Figura 2.....	17
1.3. <i>Políticas Públicas de Salud</i>	21
1.4. <i>Políticas Públicas de Salud Mental</i>	26
1.5. <i>Consumo Problemático una problemática de Salud Mental</i>	28
1.5.1 Tipos de consumo	29
1.5.2 Modelos asistenciales.....	31
Figura 3	32
CAPÍTULO II: MARCO CONTEXTUAL.....	37
2.1. <i>Los cambios en el paradigma de salud mental en Argentina</i>	38
2.2 <i>Recuento histórico hasta la gestación de la Ley.</i>	40
Figura 4.....	49
2.3 <i>Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657</i>	51
2.3. 1 Aspectos centrales de la Ley N.º 26.657 de Salud Mental	52
2.4 <i>Factores sociales, políticos e institucionales</i>	54
Figura 5	57
2.5 <i>Políticas públicas de salud mental y consumo problemático en Argentina con sus respectivos actores</i>	58
2.5.1 El impacto de la Ley Nacional en la estructura orgánica del gobierno nacional	58
Figura 6.....	60
2.5.2 La articulación interinstitucional en la gestión de la salud mental	62
2.6 <i>Salud Mental y Consumo Problemático- Provincia de Mendoza</i>	65



2.7. Marco Normativo de la Provincia de Mendoza en relación con la Salud Mental.	66
2.8. Contexto Social.....	68
2.9 Contexto Político e Institucional	68
Figura 7.....	69
2.10. Diagnóstico Epidemiológico Nacional y Provincial utilizando como fuente el Plan Provincial de Adicciones.	70
Figura 8.....	71
Figura 9.....	72
Figura 10	73
2.11 Diagnóstico Epidemiológico Provincial	74
Figura 11.....	75
Figura 12	76
Figura 13.....	76
Figura 14	77
2.12. Políticas Públicas de Salud Mental en Mendoza.	78
2.12.1 Implementación de Políticas Públicas según el Plan Provincial de Adicciones (2003).	78
Figura 15.....	79
2.12.2 Implementación de Políticas Públicas en Mendoza según el Informe estadístico y geográfico realizado en 2016 sobre los dispositivos de prevención y asistencia de la SEDRONAR.	80
Figura 16	83
2.13. Actores clave en el abordaje de la salud mental y el consumo problemático	88
2.13.1 Organismos públicos provinciales.....	88
2.13.2 Servicios de salud mental en hospitales generales	89
2.13.3 Organismos municipales.....	90
2.13.4 Otros actores	90
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	93
3. 1 Problema	93
3. 2 Supuesto.....	93
3. 3 Objetivos.....	93
3. 3.1 Objetivo General:.....	93



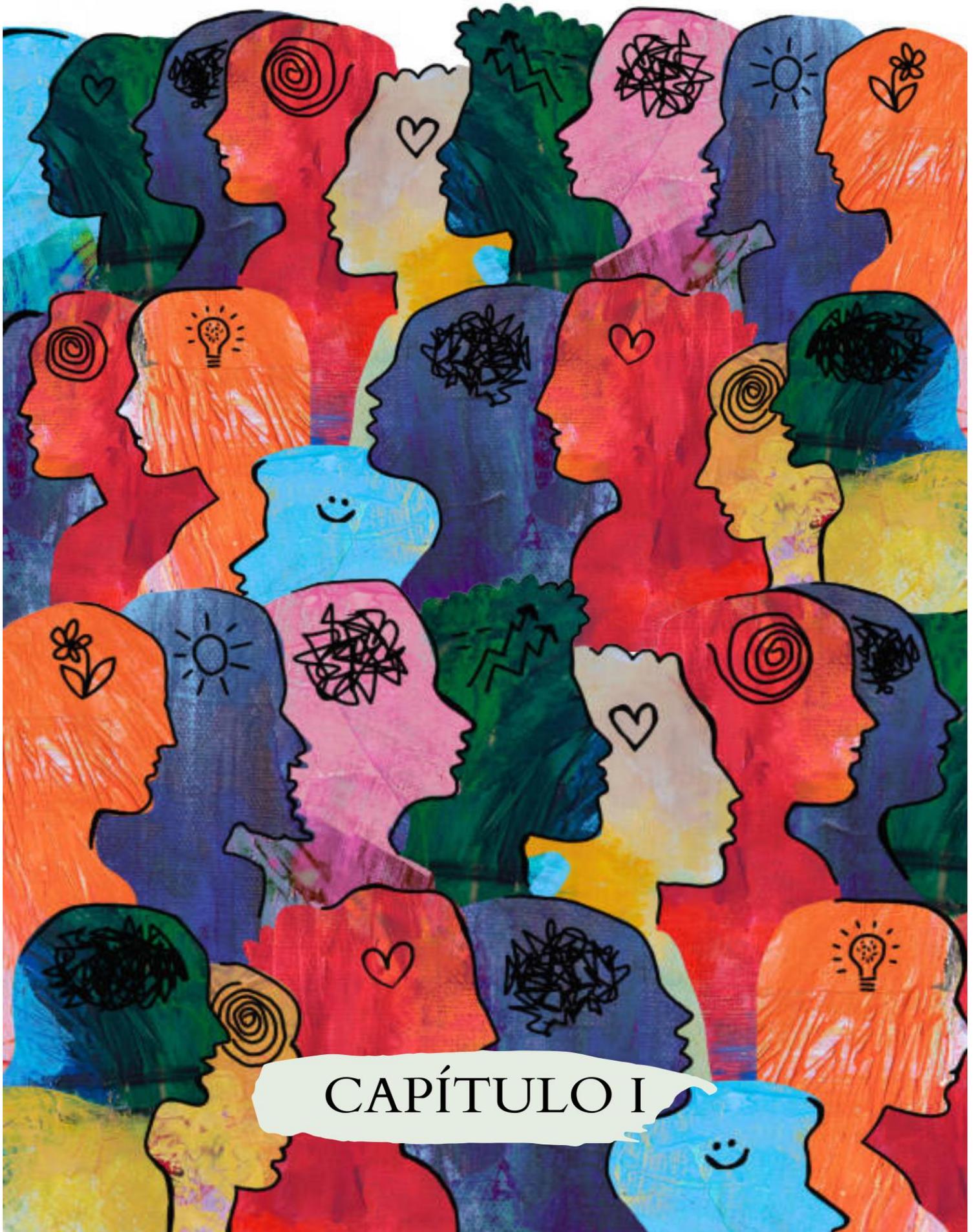
3.3.2 Objetivos Específicos:	93
3. 4 Tipo de Investigación	94
3.5 Enfoque de la Investigación	94
3. 6 Técnica de Recolección de Datos.....	95
CAPÍTULO IV- TRABAJO DE CAMPO	100
4.1 Desarrollo metodológico	101
4.1.1 Análisis de datos primarios	101
4.1.2 Encuestas	102
4.1.3 Estructura del trabajo de campo	103
4.1.4 Análisis de datos secundarios	130
Resultados de la Tesina	131
CONCLUSIONES	143
RECOMENDACIONES	148
ANEXOS	150
Anexo IV- Análisis de Datos Secundarios	150
Anexo IV- Modelo de Encuesta	152
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA Y DOCUMENTAL	169



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO



FCPyS
FACULTAD DE CIENCIAS
POLÍTICAS Y SOCIALES



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Quienes tienen la posibilidad de formarse profesionalmente en la universidad pública saben que tienen una responsabilidad en los desarrollos disciplinares, comprenden la importancia de asumir un compromiso constante con la sociedad, especialmente desde el ámbito estatal, para atender las necesidades de aquellos que enfrentan mayores vulnerabilidades.

Durante mi recorrido en la Licenciatura de Ciencia Política y Administración Pública, el interés se ha centrado en las políticas públicas y su implementación como herramienta para abordar los diversos desafíos que enfrenta nuestra sociedad.

La preocupación sobre la temática se remonta al trabajo final de la cátedra de Organización y Gestión del Estado, donde puede advertir ciertas diferencias en el abordaje de la problemática, partiendo de la premisa que el principal gerente es el Estado. Además, se entrevistó a una de las personas encargadas de la Dirección de Salud Mental y Adicciones, cómo se llamaba en el periodo de gobierno de Rodolfo Suarez, la cual pudo comentar a grandes rasgos, lo que sucedía en la realidad con respecto a las políticas públicas que llevaba a cabo el Ministerio de Salud. Esta experiencia motiva a profundizar en la problemática y a buscar formas de sensibilizar sobre su importancia.

Se entiende que es esencial integrar perspectivas interdisciplinarias e intersectoriales para la implementación de programas efectivos en el ámbito de la salud mental, que permitan ampliar las claves de intervenciones haciéndolas cada vez más integrales hacia los sujetos de derechos que constituyen las personas con padecimiento mental.

Es por ello que, en este trabajo de tesis, se busca contribuir no sólo teórica, sino también metodológicamente en la definición e implementación de políticas públicas de salud mental con especial foco en el consumo problemático a nivel provincial; para ello, el principal objetivo de este trabajo será realizar un estudio exploratorio con una



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO



FCPyS
FACULTAD DE CIENCIAS
POLÍTICAS Y SOCIALES

aproximación de tipo cualitativo, a través de una investigación en curso que permitirá identificar tanto los aciertos como los desafíos en la implementación de políticas públicas en el ámbito de la salud mental.

Se espera que este enfoque sirva como un recurso valioso para futuros profesionales y decisores políticos.



CAPÍTULO I: ESTADO DE LA CUESTIÓN Y DEFINICIÓN TEÓRICO-CONCEPTUAL

1. Definición de Políticas Públicas

Para comenzar el análisis, es relevante conceptualizar qué se entiende por políticas públicas. Según Harold Lasswell es “el conjunto de disciplinas que se ocupan de explicar los procesos de elaboración y ejecución de las políticas, y se encargan de localizar datos y elaborar interpretaciones relevantes para los problemas de políticas de un periodo determinado” (Aguilar Villanueva, 2000:102).

La definición de Lasswell presenta un esquema operativo sobre el diseño y la implementación de las políticas públicas en el que se hace énfasis en la calidad de la información que servirá de referente para el análisis de un problema público. (Corzo, Julio, 2013)

De acuerdo con Yehezkel Dror (1989), el objeto de las políticas públicas es contribuir a la mejora de las decisiones públicas a corto y largo plazo. Su primer objetivo, que es contribuir a los procesos reales de decisión, marcará todas sus actividades, pero no impedirá que la investigación y la teoría pura sean un componente de éstas.

Para Dror, el principal objetivo de las políticas públicas es fortalecer la toma de decisiones gubernamentales. Por ello, es necesario considerar aspectos técnicos, económicos, administrativos y sociales para que la decisión cuente con el aval y la legitimidad necesarios por parte de aquellos actores estratégicos que tienen un interés legítimo sobre la decisión.

Luis F. Aguilar Villanueva (1983), señala que las características fundamentales de la política pública son su orientación hacia objetivos de interés o beneficio público y su idoneidad para realizarlos; la participación ciudadana con el gobierno en la definición de los objetivos, instrumentos y acciones de la política; la decisión de la política por el

gobierno legítimo y con respeto a la legalidad; la implementación y evaluación de la política. Pero lo distintivo de la política pública es el hecho de integrar un conjunto de acciones estructuradas, estables, sistemáticas.

Luis F. Aguilar Villanueva, principal investigador de las políticas públicas en América Latina y considerado como el experto que introdujo el estudio del área al mundo académico de lengua española, reflexiona sobre la capacidad institucional y operativa real que tienen las instituciones públicas para dirigir y gobernar a la sociedad. Esto significa que las políticas públicas son un instrumento para mejorar la acción gubernamental a favor de la sociedad, a través de la generación de altos niveles de eficacia, eficiencia administrativa y de legitimidad gubernamental.

Siguiendo con las referencias conceptuales, de acuerdo con Julio Franco Corzo (2013), las políticas públicas son acciones de gobierno con objetivos de interés público que surgen de decisiones sustentadas en un proceso de diagnóstico y análisis de factibilidad, para la atención efectiva de problemas públicos específicos, en donde participa la ciudadanía en la definición de problemas y soluciones.

El autor las define como acciones que permiten un mejor desempeño gubernamental, tanto al interior como al exterior del aparato público, a partir de cuatro supuestos: el interés público, la racionalidad, la efectividad y la inclusión. Tales premisas se logran a través del uso racional de los recursos públicos, la focalización de la gestión gubernamental a problemas públicos acotados y la incorporación de la participación ciudadana.

Por otra parte, Tamayo (1997) en su obra, *El Análisis de las Políticas Públicas*, define como: “el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran como prioritario”. Cabe mencionar que no solo son acciones y soluciones, también intercambian saberes, permiten la construcción de un progreso

social, cultural, educativo, político y económico, transformando las condiciones sociales que generan desigualdad.

En este sentido, Arroyo & Schejtman (2012), adhieren a la conceptualización de políticas públicas de Tamayo (1997) y agregan que estas acciones y decisiones involucran a una multiplicidad de actores, sectores y niveles de gobierno. La política pública no es resultado de un proceso lineal, coherente y necesariamente deliberado de diseño o formulación, sino que es objeto de un proceso social y político que configura un campo en disputa. Las políticas públicas se cristalizan en programas y proyectos a los que se les asignan recursos para su puesta en práctica.

Se entiende que las políticas públicas son diferentes en cada país, los regímenes de gobierno son naturalmente distintos en cada uno, en el caso de los países de América Latina y el Caribe se reconoce: “la importancia de la coherencia de las políticas públicas para fortalecer los procesos e instrumentos de la planificación para el desarrollo y la gestión pública, enunciado por la Comisión Económica América Latina y el Caribe”. (CEPAL, s.f)

En relación con lo abordado, existen diferentes tipos de políticas públicas a nivel federal, de manera común se puede decir que están las políticas públicas de educación, salud, medio ambiente, agricultura, por mencionar algunas y en los ámbitos donde más se implementan, pero hay una clasificación especial mediante categorías funcionales según Lowi (1996), citado por Aguilar Villanueva en su obra *La hechura de las Políticas*. Las clasifica conforme a los impactos de costos y beneficios que los grupos de interés esperan de una política determinada, mediante una serie de criterios específicos, basados en las arenas de políticas, es decir ese lugar donde se enfrentan las diferentes ideologías de los actores de políticas públicas las cuales son: Políticas Regulativas o Reglamentarias, Políticas Redistributivas, Políticas Distributivas, estas tres expuestas por Aguilar Villanueva en su libro mencionado anteriormente.

Es importante considerar que la acción gubernamental es una tarea compleja porque los hacedores de políticas públicas no solo enfrentan a problemas técnicos procedentes de la puesta en práctica de las posibles soluciones diseñadas a partir de la definición de un problema público (desde una visión más clásica), o por la colaboración con la sociedad civil organizada para idear soluciones en conjunto (desde el enfoque de gobernanza), sino que también deben considerar las dificultades políticas y sociales para incluirlas en la agenda pública y los intereses particulares e inercias que pudieran verse afectados por la implementación de la misma.

El desarrollo teórico de las políticas públicas ha generado un número por demás considerable de conceptos o definiciones, todas con un elemento que las unifica: la idea de una actuación del gobierno para solucionar problemas públicos específicos. (Aguilar Villanueva, Luis, 1996)

Entonces, en función de lo desarrollado por los autores y a los fines de este trabajo las políticas públicas serán entendidas como un conjunto de acciones, decisiones y objetivos que los gobiernos implementan para abordar problemas sociales. Este proceso no es neutro; implica la consideración de diversos actores, la disponibilidad de recursos y el marco de reglas institucionales, como Leyes y acuerdos, que influyen en la efectividad de las soluciones propuestas.

En este contexto, el desarrollo de políticas públicas está profundamente arraigado en una lucha de poder. Las decisiones que surgen de este proceso suelen estar influenciadas por los intereses de actores con mayor capacidad de influencia, quienes a menudo obtienen beneficios desproporcionados. La dinámica de poder, junto con el contexto histórico, desempeña un papel fundamental, ya que en distintos momentos se privilegian ciertos enfoques y conceptos sobre otros.

Por lo tanto, es esencial reconocer que las políticas públicas no solo buscan resolver problemas, sino que también son el resultado de un complejo entramado social y político que determina su formulación y ejecución. Así, se convierte en una responsabilidad de los gobiernos garantizar que estas políticas sean inclusivas y representativas de los diversos intereses de la sociedad.

1.2. Ciclo de Políticas Públicas

Elaborar una política pública implica el trabajo conjunto de todos los actores que hacen posible su diseño, implementación y evaluación, donde los actores no solo se reducen al gobierno, sino que se requiere incorporar distintos conocimientos científicos para cumplir los objetivos de estas y la participación de la sociedad civil, para mejorar las condiciones de vida de la población y asegurar el desarrollo del lugar donde se aplican, nación, provincia o municipio en los distintos ámbitos, ello será posible con un buen diseño de su ciclo de vida.

De manera general el ciclo de la política pública es “un dispositivo analítico con el cual se puede comprender a la política pública mediante sus distintos momentos de formación por medio de fase de interdependencia de: agendamiento, formulación, implementación y evaluación”. Para diseñar no solo es necesario el saber que existe una problemática, se requiere de conocimiento en diferentes áreas, desde comunicación, estadística, economía, derecho, psicología, administración pública, de ciencia política, antropología, de participación ciudadana, conocimiento en materia de derechos humanos, de un análisis y diagnóstico crítico y bajo esta lógica la opinión de la ciudadanía en la toma de decisiones serán clave para una política pública de éxito. Además, cabe mencionar que, para poder conocer las dimensiones de tal problema, se necesita de un equipo de trabajo multidisciplinario, es decir de actores capacitados, de un líder, de expertos, de servidores políticos, de los políticos y de relaciones de poder, de participación ciudadana, que participen de manera conjunta para poder lograr los

objetivos que se plantean al inicio de cada política pública, como nos los hace saber Corzo Julio Franco (2013).

Existe gran variedad de autores que analizan las etapas del ciclo de vida de una política pública, uno de ellos es Corzo Julio Franco (2013), quien considera que el ciclo está compuesto por cuatro etapas, desde su gestación hasta el último paso que es la evaluación, haciendo énfasis en la evaluación de impacto.

Figura 1

Ciclo de Vida de las Políticas Públicas

1 GESTIÓN	2 DISEÑO	3 IMPLEMENTACIÓN	4 EVALUACIÓN DE IMPACTO
<ul style="list-style-type: none"> • Surgimiento e identificación de problemas públicos. • Inclusión en la agenda de gobierno. 	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis del problema. • Análisis de soluciones. • Análisis de factibilidad. • Recomendación de política pública. • Plan de acción de política pública 	<ul style="list-style-type: none"> • Decisión. • Legislación. • Presupuestación. • Ejecución en agencias gubernamentales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de los efectos de la política pública.

Fuente: Elaboración propia, en base a la propuesta “Diseño de políticas públicas” de Corzo Julio Franco (2013).

1.2.1 La etapa de gestación

En un gobierno se detecta la existencia de una demanda social que puede convertirse en un asunto de interés público y, al mismo tiempo, funcionarios y políticos asumen su

obligación de intervenir en él. Los gobiernos atienden los problemas públicos con base en la formación de una agenda, la cual demuestra que existen aquellos que despiertan, más que otros, la atención gubernamental. Al respecto, es importante distinguir la existencia de tres tipos de agenda:

La agenda pública se define como el “conjunto de temas que la ciudadanía y los distintos grupos de la sociedad buscan posicionarse para ser considerados como susceptibles de atención por parte de sus representantes” (Kingdon, 1995). La agenda política es el conjunto de temas que alcanzan prioridad en el debate político y la acción de aquellos actores políticos que, por su posición, tienen la capacidad de impulsarlos. La agenda de gobierno es el conjunto de prioridades que un gobierno constituido plantea a manera de proyecto y que busca materializar a lo largo de su mandato (Casar y Maldonado, 2010; citado en Merino y Cejudo, 2010).

En la sociedad existen muchos problemas, pero la posibilidad de que alguno sea atendido por el gobierno requiere que transite, en una primera instancia, por la agenda pública, donde la sociedad le da el carácter de público y, por lo tanto, considera que es el gobierno quien lo debe resolver. Posteriormente, podrá transitar por la agenda política, en el caso de que actores políticos lo incluyan en sus temas de debate.

Por último, puede encontrar cabida en la agenda de gobierno, si el debate político ha tomado suficiente fuerza y eco en los sectores de la sociedad civil, partidos políticos, medios de comunicación; y el gobierno en turno ha decidido atenderlo.

1.2.2 La etapa de diseño o formulación

En la fase de diseño de la política pública, los servidores públicos o consultores analizan con detalle el problema público que les ha sido planteado y buscan soluciones creativas y viables para resolverlo. Su tarea más importante es brindar una recomendación de política pública inteligente, financiera y económicamente viable, legalmente permisible

y administrativa y políticamente posible, a uno o varios decisores que ostentan el poder público para que ésta se pueda llevar a cabo.

Para Thomas R. Dye (2002), la identificación del problema público es la fase más importante de este proceso, ya que de ello dependerán los siguientes pasos a realizar. En esta fase un especialista en políticas públicas debe responder al menos las siguientes preguntas clave: ¿Qué solución genera mayores beneficios a la sociedad? ¿Cuál es el mejor resultado que se puede lograr?

En base a estas preguntas, Corzo Julio Franco (2013) propone una metodología de cinco etapas para diseñar una política pública viable: 1. Análisis del problema; 2. Análisis de soluciones; 3. Análisis de factibilidad; 4. Recomendación de política pública; y 5. Plan de acción de política pública.

1.2.3 La etapa de implementación o ejecución

En la fase de implementación de la política pública inicia la puesta en marcha del plan de acción delineado en la etapa del diseño de política pública. Aquí se realiza el proceso de presupuestación, la creación legal del programa, el entrenamiento del equipo que lo llevará a cabo y la comunicación dentro de la agencia implementadora, así como con la ciudadanía. Esta fase es crucial, ya que el contenido y los posibles efectos de la política pública pueden ser modificados por la forma en que ésta se pone en práctica. (Hill y Hupe, 2002)

En esta etapa, un especialista de política pública debe responder al menos las siguientes preguntas clave: 1) ¿Cuál es la mejor forma de ejecutar una política pública? 2) ¿Cómo planear y administrar los recursos para ejecutarla? 3) ¿Cómo comunicar a la población la nueva política pública?

Existen tres formas de instrumentar una política pública: la primera es directa, se lleva a cabo a través del aparato burocrático con sus recursos y su personal; la segunda es

indirecta y se lleva a cabo a través de una organización no gubernamental o una empresa privada, y la tercera, es cuando hay una intervención público-privada.

1.2.4 La etapa de evaluación de impacto

Si consideramos al ciclo de políticas públicas como una consecución continua de determinadas acciones, la última fase correspondería a la evaluación de impacto, es decir, valorar los efectos para determinar cómo ha cambiado una situación una vez que ha culminado la acción del gobierno. Sin embargo, es muy importante mencionar que el proceso de evaluación de políticas públicas se puede llevar a cabo durante el diseño, la implementación y su maduración.

La evaluación que se realiza en la etapa de diseño se denomina ex-ante, la evaluación en la etapa de implementación se denomina evaluación concomitante y la evaluación de impacto se denomina ex-post.

La evaluación ex-ante tiene como objetivo realizar un análisis previo a la decisión para garantizar mayores niveles de efectividad. La evaluación concomitante permite realizar los ajustes necesarios a la política pública que se está ejecutando para lograr los objetivos previamente establecidos. La evaluación ex-post permite conocer los efectos de la política pública en la población objetivo.

En la fase de evaluación de impacto, un especialista en política pública debe responder al menos dos preguntas:

- 1) ¿La política pública generó los efectos deseados?
- 2) ¿Cuáles son las áreas de oportunidad para mejorar el diseño o los procesos de la política pública?

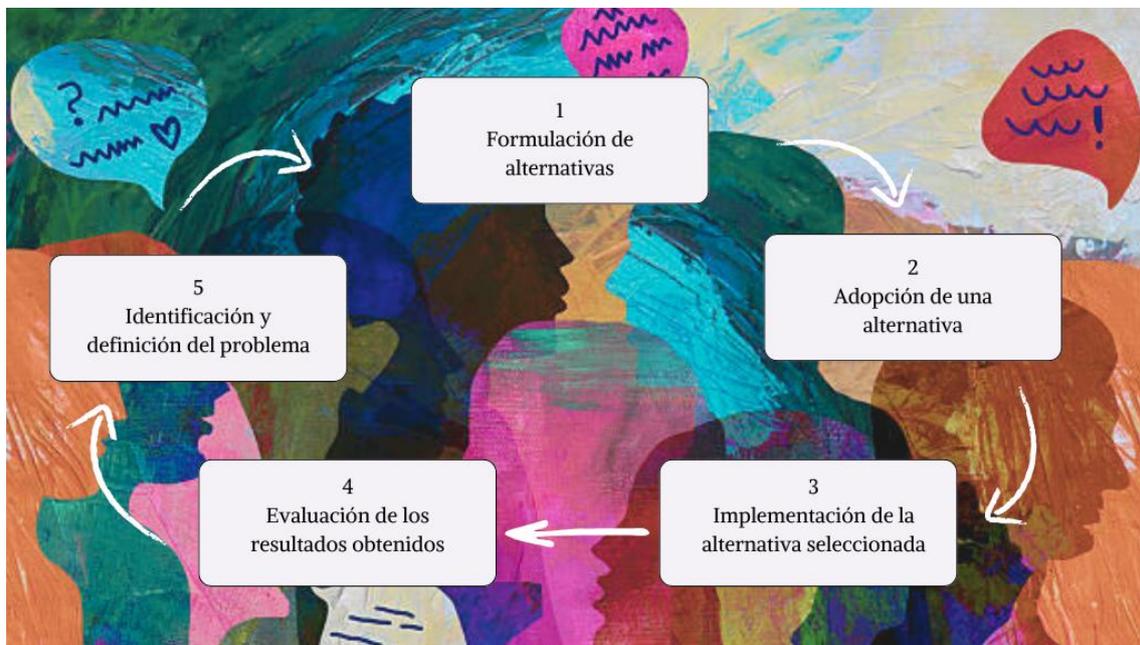
Es de señalar la relevancia que tiene la metodología en las políticas públicas, no solo son todas las acciones que el gobierno realiza o emite, cada etapa de la política lleva un rigor metodológico, un tiempo de planeación y de ejecución. (Corzo, Julio, 2013)

Por otro lado, existen diversas interpretaciones sobre este tema. Por ejemplo, García & Torres (2010) plantean el proceso de construcción de una política pública de la siguiente manera:

1. Identificación y definición del problema.
2. Formulación de las alternativas de solución.
3. Adopción de una alternativa.
4. Implantación de la alternativa seleccionada.
5. Evaluación de los resultados obtenidos

Figura 2

Proceso o ciclo de construcción de las políticas públicas.



Fuente: Elaboración propia, en base a la propuesta “La nueva administración pública” de García & Torres (2010).

Los autores coinciden en que una vez que un gobierno conoce la existencia de un problema, lo define y rechaza la opción de no actuar sobre él, comienza entonces el proceso de elaboración de la política pública para intentar proporcionar soluciones.

La formulación de la política incluye el establecimiento de las metas y los objetivos a alcanzar, la detección y la generación de los posibles caminos para llegar a los objetivos, la valoración y la comparación de los impactos de esas vías alternativas; y, la selección de una opción o combinación de ellas.

Entonces, para los autores abordados hasta el momento, no todos los problemas detectados tienen la misma prioridad para los decisores públicos; sólo algunos de ellos tienen la entidad suficiente para convertirse en problemas públicos. La inclusión de un problema en la agenda institucional es una condición necesaria, pero no suficiente para que el problema dé lugar a una política pública que intente solucionarlo. En muchas ocasiones, los problemas entran en la agenda institucional y poco después desaparecen de ella (disipación de temas o problemas) o no reciben atención hasta que pasa un largo periodo de tiempo (incubación de temas).

La disipación y la incubación de temas se deben a múltiples causas como la desaparición del problema de la agenda sistémica, la pérdida de interés de los directivos por el problema, la búsqueda infructuosa de recursos para afrontarlo, la entrada de nuevos problemas más graves.

Cada problema tiene un tiempo de ser atendido, es decir un tiempo de gestación, que es referente a la primera etapa de la política pública, en ella el gobierno detecta la existencia de una demanda social que puede convertirse en un asunto de interés público y, al mismo tiempo, asume su obligación de intervenir en él. Los gobiernos atienden los problemas públicos con base en la formación de una agenda, la cual demuestra que existen ciertos problemas que despiertan más la atención gubernamental que otros.

(Corzo, Julio, 2013)

En definitiva, es sustancial mencionar que las políticas públicas no solucionaran de lleno un problema social, a lo cual Corzo dice: “en la mayoría de los casos una política pública no puede atender a todos los afectados del problema público (población potencial), debido a restricciones presupuestales, cuestiones geográficas o tiempo, para ello propone seleccionar a una población objetivo, la cual es aquella a la que la política pública estará en condiciones de atender”.

Es necesario que haya una mayor integración de todas las etapas del ciclo de las políticas públicas y ministerios, que son los responsables políticos de los portes del sector a las metas centrales de cada administración y de las agencias ejecutoras para ajustar las prioridades presupuestarias, quienes son los encargados de ejecutarlas, esto para lograr que los programas sociales sean eficientes y eficaces como se plantea en la obra de la formulación de políticas públicas en la OCDE: ideas para América Latina.

Todas las etapas del ciclo de políticas públicas son significativas, en cada una de ellas trabajan diferentes factores y actores para que sea posible alcanzar el objetivo o los objetivos que se plantean al inicio de esta, pero bajo la lógica de Corzo es en la etapa de la evaluación donde se ve reflejado todo el trabajo de una política pública, es en esta etapa donde se sabe si se cumplió con el o los objetivos que se plantearon en la segunda etapa del ciclo de vida de las políticas es decir, en el diseño, es en etapa la última del ciclo que mediante parámetros y lineamientos específicos se decidirá si la política pública debe de seguir, modificarse o en último caso eliminarse y es responsabilidad del gobierno y de las instancias que participan en la evaluación dar a conocer los resultados de forma clara y transparente a la ciudadanía.

A los efectos de este trabajo, el análisis del ciclo de vida de las políticas públicas permite comprender la complejidad de su diseño e implementación, destacando la interdependencia de sus diferentes fases. Como han señalado los autores abordados, la formulación de una política pública no es un proceso lineal ni exento de obstáculos, sino

que implica la participación de múltiples actores, la consideración de diversos enfoques metodológicos y la constante interacción entre factores políticos, sociales y económicos. En el caso de las políticas de salud mental, los desafíos institucionales son aún más evidentes, dado que requieren de una planificación integral que articule distintos niveles de gobierno, garantice la asignación de recursos adecuados y fomente la cooperación entre sectores clave como la salud y la educación.

Si bien la etapa de evaluación, como hace hincapié Corzo, permite valorar el impacto y la efectividad de la política pública, su éxito depende en gran medida de la solidez de las fases previas y sobre todo a los fines de este trabajo, especialmente al diseño y la implementación. En este sentido, es fundamental que las políticas de salud mental se formulen a partir de diagnósticos rigurosos y viables, asegurando que las estrategias adoptadas sean factibles y sostenibles en el tiempo. Asimismo, la implementación requiere de mecanismos de coordinación interinstitucional y estrategias de seguimiento que permitan realizar ajustes oportunos. De lo contrario, el riesgo de fragmentación y discontinuidad puede comprometer la efectividad de las intervenciones.

Por lo tanto, abordar los desafíos institucionales en el diseño e implementación de políticas públicas de salud mental implica no solo fortalecer la capacidad técnica de los actores involucrados, sino también garantizar la existencia de marcos normativos y administrativos que faciliten la operatividad de las políticas. La consolidación de estas estrategias permitirá avanzar hacia modelos de intervención más eficientes y adaptados a las necesidades de la población, promoviendo un enfoque integral y sostenible en la gestión de la salud mental.

Habiendo adoptado un concepto de políticas públicas y desarrollado el ciclo de políticas públicas, resulta necesario avanzar en el análisis de estas orientadas al abordaje de la salud.

1.3. Políticas Públicas de Salud

De acuerdo con García & Torres (2010), las políticas de salud representan una serie de valores (equidad, eficiencia, solidaridad) en base a los cuales se asignan recursos para satisfacer necesidades de salud de la comunidad. En el marco de las políticas de salud, los autores establecen que el sistema de salud constituye la expresión estructural de un conjunto de decisiones y se pueden describir desde tres perspectivas:

1. Macro: la que tiene el responsable político del sistema. Es una perspectiva eminentemente política.
2. Meso: la que tienen los responsables político-administrativos. Es una perspectiva político-técnica.
3. Micro: la que tienen los profesionales asistenciales. Es una perspectiva eminentemente técnica.

La primera perspectiva es la del gobierno del sistema, entendiendo gobernar como decisión de la dirección (hacia donde debemos ir). Dicha decisión está basada en valores como la equidad, la solidaridad, etc.

La segunda y la tercera perspectiva son las de la gestión del sistema entendida como la posibilidad de conseguir el objetivo con los recursos disponibles. Decisión basada en recursos y en valores: uso adecuado de aquellos de modo tal de poder otorgar a la mayoría o a todo el mayor número de servicios en función de sus necesidades.

Por lo tanto, una política de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito.

Al respecto, es importante mencionar que las políticas de salud son de desarrollo reciente. En la mayoría de los países no se detectan verdaderas políticas de salud antes de los años cincuenta. La evidencia de ello se obtiene cuando se examina el peso del gasto

en salud dentro de los presupuestos públicos. Puesto que, si bien "gasto en salud" no significa "política de salud", en la mayoría de los casos la ejecución de los programas requiere de una asignación de recursos.

En principio, las políticas de salud tienen su génesis en la identificación de problemas en el estado de salud, tales como la tasa de crecimiento de la población, su envejecimiento, distribución espacial, enfermedades, nuevas tecnologías, etc., que son el insumo de proposiciones políticas. Especialmente tiene mayor trascendencia política el uso de los medios y recursos para resolver los problemas existentes en el continuo salud-enfermedad (organización, financiamiento, acceso y utilización de servicios). (García & Torres, 2010)

Así, la política de salud es el resultado de una gran variedad de factores. Por un lado, es consecuencia de necesidades y demandas en el campo de la salud. Por otro, del surgimiento de tecnologías. Pero fundamentalmente, del balance de fuerzas sociales cambiantes en valores centrales de la sociedad: la concepción de la solidaridad y la equidad.

El paradigma de las políticas de salud en Argentina

En la Argentina, el debate sobre políticas de salud adquiere importancia creciente desde la década de los cincuenta. La preocupación sobre el tema se debió a variadas situaciones y especialmente, a los impactos que origina la incorporación de nuevas tecnologías en el campo de la medicina y al crecimiento de formas organizacionales comunitarias con financiación solidaria intragrupo laborales (obras sociales).

En el sistema de salud se sedimentan los valores prevalentes en las políticas. El primer paso para la reforma del sistema de salud consiste entonces en plantearse: ¿Qué valores deben regir el sistema? y, ¿cómo se deben reflejar esos valores en las formas de financiar, proveer y distribuir los beneficios y en la organización de sus instituciones? Las

respuestas deben surgir de un debate abierto a toda la sociedad. Las propuestas a las que se arribe estarán inspiradas en los valores adoptados.

Los autores García & Torres (2010) distinguen tres niveles de valores para el análisis de los sistemas de salud respondiendo a las siguientes preguntas: ¿Qué queremos del sistema de salud?, ¿para qué lo queremos? y ¿cómo lo queremos?

En primer lugar, están los propósitos que deberían guiar al sistema y que están relacionados con la misión y sus funciones. En segundo lugar, hay valores sociales y políticos básicos, que expresan el régimen de gobierno y son definiciones acerca de cómo queremos que se establezcan las relaciones entre la sociedad civil y el Estado. Por último, están los principios rectores del sistema, que no nos hablan de la sociedad ni del Estado en su conjunto sino más específicamente de las características propias que deseamos que asuma nuestro sistema de salud.

Las diferencias centrales entre estas tres categorías de valores radican en que mientras los primeros expresan una ideología social más general, y los últimos una ideología sanitaria específica, los principios son los ejes en que se apoyan ambos. Toda propuesta de reforma del sistema de salud deberá articular coherentemente los tres niveles de valores.

Desde la perspectiva de los autores, en el marco de las políticas de salud es donde se verifica una enorme brecha entre la enunciación de las políticas y su implementación. Entre lo que se dice y lo que se hace. Muchas políticas enuncian su compromiso con valores como la equidad y la participación, pero instrumentan acciones que apuntan en el sentido contrario.

Para comprender mejor las políticas de salud, los autores García & Torres (2010) argumentan que un sistema de salud es un modelo de organización social para dar respuesta a los problemas de salud de la población. De esta manera, la dimensión

política del sistema de salud consistiría en definir qué tipo de informaciones deben ser suministradas a la población, qué servicios debe proveer directamente el Estado y cuáles y cómo debe comprar el Estado al sector privado; y, por último, cómo se debe regular a las empresas de salud.

El sistema de salud argentino, particularmente, se caracteriza por una excesiva fragmentación, que se da en primer lugar en tres grandes subsectores: público, de la seguridad social y privado.

Esta fragmentación se expresa en distintas fuentes (y volúmenes) de financiamiento, diferentes coberturas, coseguros y copagos aplicados, regímenes y órganos de control y fiscalización.

Pero, además, continúa la fragmentación hacia dentro de cada uno de los subsectores, el subsector público, fragmentado en niveles: Nacional; provincial; y municipal.

El papel del Estado resulta entonces primordial en la protección de un derecho como la salud, y no sólo por las características sociales sino también por las particulares fallas a las que se encontraría sometido el sistema en caso de estar librado a las leyes habituales del mercado. (García & Torres, 2010)

En la Argentina el papel de rectoría en términos de política sanitaria nacional es ejercido por el Ministerio de Salud, que se interrelaciona con los respectivos ministerios provinciales en el marco del COFESA (Consejo Federal de Salud).

Todos los países tienen una agencia nacional de salud (ministerio, secretaría, etc.), cuya responsabilidad esencial es la rectoría, la cual puede resumirse como el trazado de los grandes lineamientos de la política sanitaria, en términos de: prevención de enfermedades, planeamiento y formación de recursos humanos, condiciones de gestión de los establecimientos de salud, control de enfermedades transmisibles, control de alimentos y productos farmacéuticos.

La regulación y el control los ejercen estos mismos organismos por medio de: habilitación y acreditación del personal de salud, ejercicio profesional, habilitación de establecimientos de salud.

Para enriquecer el estudio, mientras que García & Torres (2010) sostienen que las políticas de salud representan una serie de valores (equidad, eficiencia, solidaridad) en base a los cuales se asignan recursos para satisfacer necesidades de salud de la comunidad, Tobar (2012) argumenta que las políticas de salud “constituyen un capítulo de las políticas sociales y pueden ser definidas como un esfuerzo sistemático para reducir los problemas de salud, problemas que sólo existen cuando se los reconoce, cuando se los nombra, cuando se la asume e incorpora en la agenda de cuestiones públicas que requieren de respuestas colectivas.

En palabras del autor, las políticas públicas orientadas a los problemas de salud se convierten en un problema público cuando el Estado asume un rol activo y explícito, donde solo se considera que un problema de salud es aquello que condiciona o determina la situación de salud o situación epidemiológica de la población, sino también a todo factor involucrado con la producción y manutención de la salud, en particular al sistema de salud.

Entendiendo que las políticas públicas de salud, según García & Torres (2010), representan la concreción de valores fundamentales como la equidad, la eficiencia y la solidaridad en la asignación de recursos para responder a las necesidades sanitarias de la población. En este marco, el sistema de salud se estructura en distintos niveles de decisión que articulan aspectos políticos, administrativos y técnicos. Por su parte, Tobar (2012), enfatiza que las políticas de salud forman parte de las políticas sociales y se configuran a partir del reconocimiento y la incorporación de los problemas sanitarios en la agenda pública, estableciendo así el rol activo del Estado en su abordaje.

Para los propósitos de esta investigación, las políticas públicas de salud pueden definirse como el conjunto de estrategias y decisiones orientadas a garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud y a mejorar las condiciones sanitarias de la población. Estas políticas no solo implican la provisión de atención médica, sino también la regulación, financiamiento y planificación de los sistemas de salud, en función de los valores y principios que una sociedad adopta como guía para su desarrollo.

La salud, como se ha desarrollado, requiere de un abordaje pormenorizado por parte del Estado, fundamentalmente por la especificidad que exigen cada una de las dimensiones de la salud. Es por ello por lo que, resulta primordial ahondar aún más en el análisis de las políticas de salud, y a los fines de este trabajo, se continuará con el desarrollo de la temática con especial foco en las políticas de salud mental.

1.4. Políticas Públicas de Salud Mental

La Organización Mundial de la Salud define a la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". La salud mental es, según esta definición, un componente fundamental de la salud. Una buena salud mental permite a las personas hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar productivamente y realizar su potencial contribuyendo a sus comunidades.

En la Región de las Américas, los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias están entre los principales contribuyentes a la morbilidad, la discapacidad, las lesiones y la mortalidad prematura, aumentan el riesgo de presentar otros problemas de salud; en 2013 entre 18,7% y 24,2% de la población de la región ha tenido una enfermedad mental. Aunque la salud mental es un componente esencial de la salud, existen brechas críticas de tratamiento (es decir, personas con enfermedad mental grave

que no reciben tratamiento) que llegan hasta el 73,5% en los adultos y el 82,2% en los niños y adolescentes. (Carissa F. Etienne, 2018)

En el 2014, la Organización Panamericana de la Salud y sus Estados Miembros adoptaron el Plan de Acción sobre Salud Mental para guiar las intervenciones de salud mental a realizar en la Región de las Américas entre el 2015 y el 2020. El Plan identifica cuatro líneas estratégicas: 1) Formular e implementar políticas, planes y Leyes en el campo de la salud mental para lograr una gobernanza apropiada y eficaz; 2) Mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas y servicios de salud mental, a fin de proporcionar una atención integral y de calidad en el ámbito comunitario; 3) Elaborar e implementar programas de promoción y prevención en el ámbito de los sistemas y servicios de salud mental, con particular atención al ciclo de vida; y 4) Fortalecer los sistemas de información, la evidencia científica y las investigaciones. (Carissa F. Etienne, 2018)

Según Miranda Hiriart (2018), es difícil encontrar un concepto tan difuso y recurrido al mismo tiempo como el de salud mental. Desde hace décadas, se cuenta con organismos del más alto nivel encargados de la salud mental, y con definiciones más o menos oficiales. Sin embargo, estas descripciones, además de no estar exentas de críticas, se ven superadas por el uso que se hace diario de la noción de salud mental. Y es que en realidad: “la salud mental se presenta como un objeto genérico, bajo el cual se cobijan un conjunto disperso de discursos y prácticas sobre los trastornos mentales, los problemas psicosociales y el bienestar”; discursos y prácticas que “obedecen a racionalidades propias de los diferentes enfoques de salud y enfermedad en el ámbito de la salud pública, la filosofía, la psicología, la antropología, la psiquiatría, entre otras, y por tanto, las concepciones de salud mental dependen de estos enfoques y de las ideologías que le subyacen” (Restrepo & Jaramillo, 2012:203).

En el marco de esta investigación, se entiende que las políticas públicas de salud mental no solo buscan promover el bienestar emocional, sino también prevenir y abordar los

problemas y trastornos mentales. Estas políticas deben reconocer la importancia de los determinantes sociales, económicos y culturales, que influyen de manera positiva o negativa en las condiciones y calidad de vida de las personas, familias y comunidades.

En este sentido, es crucial reconocer que la salud mental no es una responsabilidad exclusiva del sector salud. Para promover el bienestar emocional y enfrentar los trastornos mentales, se requiere de un enfoque intersectorial, que implique a diversos actores sociales, debido a que la salud mental no solo se aborda a través de la intervención directa sobre los trastornos, sino también considerando la influencia de factores como el entorno social, económico y cultural. Un enfoque multisectorial y comunitario es fundamental, en el que todos los actores de la sociedad, por acción u omisión, juegan un papel activo en el bienestar psicosocial de la población.

Además, resulta imprescindible analizar una de las problemáticas que inciden de manera significativa en la salud mental: el consumo problemático de sustancias. Esta cuestión no sólo tiene repercusiones directas en el bienestar emocional y físico de las personas, sino que también impacta en sus relaciones interpersonales y en su integración social. Comprender su abordaje desde las políticas públicas permite visibilizar la necesidad de estrategias integrales que articulen distintos sectores y enfoques para garantizar una respuesta efectiva a esta compleja problemática.

1.5. Consumo Problemático una problemática de Salud Mental.

El consumo problemático de sustancias se relaciona de manera directa con la salud mental porque produce consecuencias adversas tanto para la salud física y mental, afectando negativamente a sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos), relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio) y sus relaciones con la Ley.

La Ley Nacional N° 26.934, sobre el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP, 2014) define a estos como “aquellos consumos que,

mediando o sin mediar sustancia alguna, afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas (legales o ilegales) o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud”.

De acuerdo con lo que establece el Plan Provincial de Adicciones, es importante agregar que actualmente se nos presentan diferentes desafíos desde el área de la salud, a partir de entender al “consumo” desde una perspectiva multifactorial: las nuevas tecnologías, las drogas legales (sobre todo por su baja percepción de riesgo, así como por la fácil accesibilidad), el consumo como herramienta de socialización, de lazo social, entre otros. En este sentido, la clave es observar cómo nos vinculamos con aquello que consumimos y el modo en que afecta nuestra vida cotidiana. Es por ello, que se considera que no todos los consumos son iguales, ni cualquier consumo es problemático.

Podemos decir entonces que es tan importante considerar al consumo en sí mismo como a la forma en que nos vinculamos con el objeto o la sustancia de consumo, cuya combinación determina la gravedad de la problemática. Sin embargo, esta perspectiva no ha sido la que se ha utilizado para pensar históricamente los consumos problemáticos, sino que se han originado diversas posturas, las cuales han determinado los estigmas asociados a la temática como así mismo la correlación de cómo abordarlos.

1.5.1 Tipos de consumo

Históricamente, al acercarse a la descripción de los tipos de consumo, se han identificado las siguientes categorías:

- **Uso de sustancias:** consumo episódico, ocasional, sin tolerancia ni dependencia. Claro está, que un único episodio de consumo puede ser fatal, dependiendo de la sustancia de la cual se trate y en caso de intoxicación aguda.
- **Abuso de sustancias:** consumo con cierta periodización y en dosis importantes. Es un uso inadecuado por su cantidad, frecuencia o finalidad. Conlleva un posible deterioro generalizado (psico, social, orgánico) significativo, que da lugar al incumplimiento de las tareas habituales y/o alteraciones en las relaciones interpersonales, sean sociales o familiares. Incluye, por ejemplo, tomar un medicamento no recetado o en dosis superiores a las indicadas, intoxicación etílica, entre otras.
- **Dependencia de sustancias:** se da cuando las personas tienen la necesidad inevitable de consumir y presentan sintomatología de dependencia física y/o psíquica del objeto de consumo. Se desarrolla una necesidad de cantidades marcadamente crecientes del mismo para conseguir el efecto deseado (tolerancia), consumiendo en muchos casos para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- **Consumo episódico excesivo de alcohol y otras sustancias:** se trata de una modalidad de consumo presente principalmente entre los y las adolescentes y jóvenes, que suele ser más frecuente los fines de semana y en espacios vinculados a la nocturnidad. Consiste en el consumo de grandes cantidades de alcohol (u otras sustancias), en una sola ocasión, o en un periodo corto de tiempo (horas), cuya principal motivación es la búsqueda del estado de embriaguez.
- **Consumo perjudicial:** Se trata de un patrón de consumo de sustancias, que, si persiste en el tiempo, hay alta probabilidad de derivar en un consumo problema, sea por el desarrollo de daños en la salud (trastorno por consumo nocivo o perjudicial, enfermedades físicas) o de otro tipo de consecuencias negativas a nivel psicosocial. Es una condición previa al consumo problema. Intervenir en esta etapa en forma adecuada



constituye una meta importante en el sistema integral de salud y es principalmente el de evitar consecuencias negativas y situaciones límites, prevenibles en personas usuarias de sustancias.

En los últimos años, a partir de revisiones teórico-prácticas-clínicas se ha comenzado a precisar el modo de relación que se establece con la sustancia y a partir de ello, se propone una diversa clasificación:

- Experimentales: son los primeros contactos, sin que suponga la continuidad del consumo. Está relacionado con las situaciones donde las personas exploran o prueban para saber de qué se trata.
- Ocasionales: son los consumos que se dan sin continuidad y bajo ciertas circunstancias de tiempo, espacio, compañía u ocasión, donde no hay una búsqueda activa de la sustancia.
- Habituales: cuando el consumo es regular y frecuente, pero la persona puede continuar con sus actividades cotidianas.
- Dependientes: el indicador distintivo es que las actividades de la vida diaria de las personas se organizan alrededor del consumo, siendo este una motivación central en sus vidas. Estos consumos pueden generar situaciones de conflicto a nivel vincular, producir efectos en sus trayectos educativos, laborales, etc. e implican un alto grado de sufrimiento psíquico.

1.5.2 Modelos asistenciales

La visión sobre el consumo de sustancias tiene un derrotero histórico bastante diferenciado según las épocas y los modelos de sociedad. Lo único que no puede ser negado es que las “drogas han estado presentes en todas las culturas y en todos los tiempos” (Camarotti, 2015:21) y que a través de la historia y las culturas se han ido

formando gran cantidad de mitos y creencias que condicionan, e incluso a veces determinan, la forma de concebir al sujeto, a las sustancias psicoactivas, a su consumo y su abordaje. Por ejemplo, antiguamente se consideraba a la droga como un vehículo hacia lo sagrado y su abuso en estos contextos para accidental, mientras que, a mitades del siglo XIX, el uso de algunas drogas comienza a ser percibido como anormal y como potencial alterador del orden sociopolítico establecido.

Figura 3

Modelos Asistenciales

MODELOS	REPRESENTACIONES
ÉTICO- JURÍDICO	DELICUENTE Y VICTIMA
MÉDICO- SANITARIO	ENFERMO
PSICO- SOCIAL	ESCLAVO
SOCIO-CULTURAL	VÍCTIMA
GEOPOLÍTICO- ESTRUCTURAL	PRODUCTO
ÉTICO-SOCIAL	SUJETO- SUSTANCIA-CONTEXTO
MÚLTIDIMENSIONAL	SUSTANCIAS PROCESOS INDIVIDUALES POLÍTICO CULTURAL
PROMOCIÓN DE LA SALUD	APS

Fuente: Elaboración propia, en base a la “GUÍA PRÁCTICA: Prevención y atención de los consumos problemáticos” del Gobierno de Mendoza (2022).

Por lo anteriormente descrito, en esta guía se conduce a repensar la problemática desde una mirada compleja y crítica, en lugar de lineal (causa-efecto). Esto es, considerar que



el vínculo que establece una persona con una sustancia o conducta compulsiva es muy particular, posee una función específica y no deben realizarse generalizaciones, ni aportes subjetivos, éticos ni morales que estimulen los estigmas que históricamente han determinado el acercamiento a espacios de salud integral de las personas usuarias de sustancias.

Desde el Plan Provincial de Adicciones consideran que los consumos son temáticas complejas y para su abordaje, proponen basarse en el enfoque del modelo multidimensional. Este modelo propone tomar en cuenta que en toda situación donde se implique el uso de sustancias psicoactivas, sucede una interrelación entre la persona, su grupo de apoyo primario, el contexto social y las sustancias o conductas compulsivas. De acuerdo a cómo se desarrolla esta interrelación, puede asociarse a los niveles de complejidad y vulnerabilidad ante el desarrollo de una problemática de consumo.

Es decir, que, para abordar una situación de consumo, se necesita ampliar nuestra mirada y acercarnos a la persona que consume y a su entorno. Los efectos de una sustancia no están determinados sólo por las características de la sustancia, sino que también dependen de las características del sujeto que la consume y del contexto en el cual se produce esta relación entre sujeto/sustancia.

Con respecto a la persona, es importante tener en cuenta sus características de personalidad y sintomatología subyacente (ansiedad, depresión, etc.), acontecimientos vividos (incluidos los potencialmente traumáticos), estados psicológicos momentáneos de mayor o menor vulnerabilidad, nivel de marginación y discriminación social, estigmas sobre sus características raciales, de género, etc. De la misma manera, otra de las variables que influyen en el efecto del consumo pueden ser de tipo físico, tales como el peso corporal, la grasa en la masa corporal y la proporción de agua en el organismo. También puede influir el estado de ánimo en el momento de consumo, vivencias pasadas y/o las motivaciones que conducen al consumo.

Por otra parte, cada persona se encuentra rodeada, en mayor o menor medida, de un grupo primario (familia, grupo de amigos/as, referentes afectivos, etc.), que también puede ser un factor de riesgo o de protección para la persona, de acuerdo a cómo es el vínculo de ese grupo con los consumos, el nivel de apoyo social, grado de conexión afectiva, claridad en la comunicación, nivel de confianza entre ellos/as para brindar contención, etc.

A su vez, la persona y los grupos primarios de apoyo se encuentran inmersos en contextos sociales que pueden aumentar o atenuar los estados de vulnerabilidad personal, tales como representaciones sociales estigmatizantes sobre las personas que consumen, dificultad en el acceso a la salud, sesgos en la problematización de ciertos consumos, grado de acceso a ciertas sustancias, etc.

En este sentido, el efecto del consumo de una sustancia podría variar si, por ejemplo, se consume solo o acompañado por un grupo de amigos. Probablemente tampoco será lo mismo si el consumo acontece en el ámbito laboral o en la celebración de una festividad cultural. También se consideran variables relacionadas al macro contexto, como, por ejemplo, las condiciones geográficas, climáticas, la época y la vulneración de derechos.

Y, por último, están las características de las sustancias que en cada persona puede cumplir una función específica con resultados muchas veces paradójales donde la persona encuentra “algo” que satisface una necesidad (calmar un dolor interno, aliviar un malestar, desinhibirse para poder vincularse, alejarse de su realidad etc.), al tiempo pudiendo ocasionar consecuencias a nivel físico, psicológico, relacional, económicos en distintos grados y riesgos. (Plan Provincial de Adicciones, 2003).

Al cerrar este análisis, se entiende que el consumo problemático de sustancias no se refiere únicamente a aquellas situaciones en las que una persona desarrolla una adicción, sino a cualquier tipo de consumo que afecte negativamente su salud física,



psíquica, o sus relaciones sociales, pudiendo incluso incidir en su relación con la Ley. Aunque no todos los consumos problemáticos derivan en adicciones, todas las adicciones pueden considerarse como consumos problemáticos, dado que su impacto en la vida del individuo y su entorno es profundo.

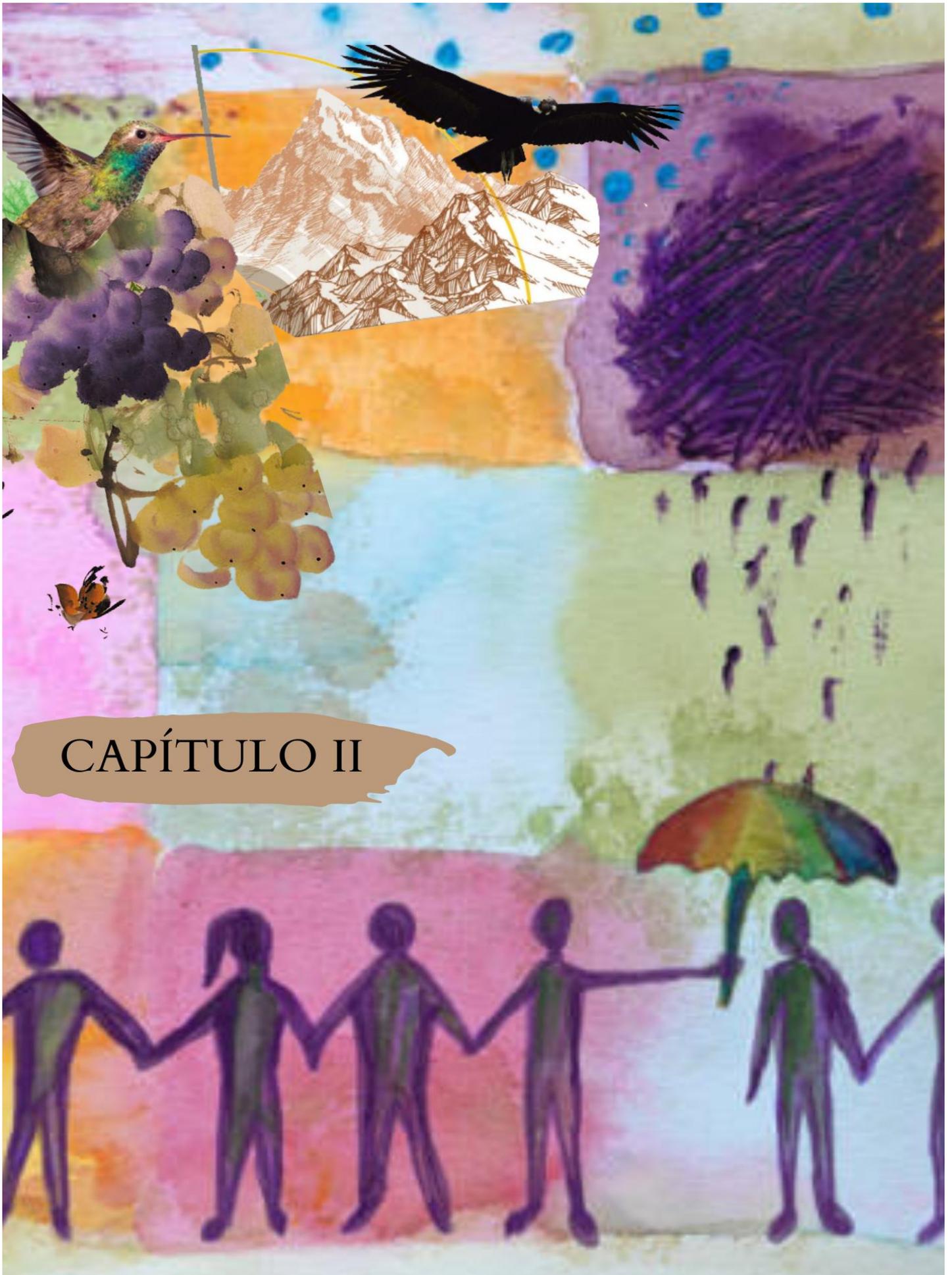
Un ejemplo de esto es el consumo excesivo de alcohol entre los jóvenes, o el juego compulsivo, que, si bien no siempre conllevan una adicción en sentido estricto, sí comienzan a generar consecuencias adversas en la vida cotidiana del individuo, como alteraciones en sus relaciones interpersonales o su desempeño en el ámbito educativo o laboral. En este sentido, es importante reconocer que, para prevenir y tratar el consumo problemático, es fundamental no solo observar el comportamiento en sí mismo, sino también entender la relación que la persona establece con el objeto de consumo y cómo este influye en su bienestar general.



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO



FCPyS
FACULTAD DE CIENCIAS
POLÍTICAS Y SOCIALES



CAPÍTULO II

CAPÍTULO II: MARCO CONTEXTUAL

Tal como se abordó en el capítulo I, la salud mental constituye un componente esencial del bienestar humano y ha adquirido una creciente relevancia en la agenda de salud pública a nivel global. No obstante, históricamente ha sido una de las áreas más relegadas dentro de los sistemas de salud. Mientras que el concepto de salud ha sido tradicionalmente concebido desde una perspectiva predominantemente biológica, la salud mental ha estado asociada a estigmas sociales que han limitado tanto su visibilidad como su adecuada atención.

A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha promovido la importancia de la salud mental dentro de los sistemas de salud, destacando la necesidad de que las políticas públicas no solo se enfoquen en la prevención y tratamiento de enfermedades mentales, sino también en los determinantes sociales, culturales y económicos que afectan a la población.

En el caso de Argentina, las políticas públicas de salud mental han pasado por diversas etapas a lo largo de los años. Durante el siglo XX, el modelo de atención estuvo centrado en el paradigma hospitalario psiquiátrico, un enfoque que más tarde fue criticado por su enfoque institucional y segregador.

Con el tiempo, se comenzó a prestar atención y promover un paradigma con un enfoque comunitario y de atención primaria que busca integrar a las personas con trastornos mentales en la sociedad y reducir la dependencia de las instituciones cerradas.

En el ámbito nacional, diversas leyes han marcado hitos en la atención de la salud mental y el consumo problemático. La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 de 2010 establece un enfoque basado en derechos humanos, promoviendo la desmanicomialización y la inclusión de personas con padecimientos psíquicos.

A los fines de este trabajo, se entiende que las políticas públicas de salud mental requieren de coordinación institucional entre los distintos niveles de gobierno (Nación, Provincia, Municipio), como también de instituciones privadas y organizaciones sociales, en su diseño y fundamentalmente en su implementación; más aún cuando se trata específicamente de consumo problemático, un flagelo que atenta a individuos y a su entorno.

Para conocer el contexto actual vinculado a esta problemática, en este capítulo se trabajará el cambio de paradigma en salud mental, el marco normativo con relación al contexto nacional y provincial, las políticas públicas llevadas a cabo, los organismos intervinientes y actores que intervienen en el abordaje de la problemática.

2.1. Los cambios en el paradigma de salud mental en Argentina

En el marco de la salud mental, es posible analizar que el paradigma de análisis ha ido cambiando con el tiempo, las autoras Gabay & Bruno (2017), explican que los paradigmas de salud mental cambian en función de los registros históricos y ha dado como han resultado distintas concepciones sobre la salud mental, en los tratamientos que las personas afectadas reciben y en su evolución.

En un primer momento, las personas con padecimientos mentales fueron objeto de rechazo y maltrato, bajo la justificación de que poco podía hacerse por ellas. Posteriormente, se comenzó a reconocer su vulnerabilidad, brindándoles protección y ciertos privilegios, principalmente a través de organizaciones caritativas y religiosas. En esta etapa, la línea entre pobreza e incapacidad resultaba difusa. Finalmente, la rehabilitación psiquiátrica propiamente dicha se desarrolló tras las dos guerras mundiales del siglo XX, inicialmente vinculada a la rehabilitación física, con el objetivo de contrarrestar la discapacidad mediante el fortalecimiento de otras capacidades.

A la hora de analizar el paradigma vigente de salud mental, es posible observar que ha ido cambiando en función de los procesos socio históricos del país. Este trabajo se enmarca en un paradigma de salud mental que permite contextualizar y comprender el marco normativo vigente que regula las políticas públicas en el período analizado.

Según Marín de Lellis (2013), dicho paradigma se sustenta en una serie de normativas y estándares internacionales sobre salud mental y derechos humanos. Algunos de estos tratados han sido incorporados a la Constitución Nacional a partir del proceso de ratificación. En el caso de los estándares han sido elaborados y aceptados por la comunidad científica internacional a partir del trabajo de destacadas personalidades del campo de la salud mental y los derechos humanos.

Aunque novedoso en el plano de las políticas públicas nacionales, este paradigma en salud mental tiene raíces históricas que se remontan a la década de 1950, cuando comenzaron los primeros cuestionamientos al modelo manicomial, impulsados por referentes clave del campo. Estas críticas dieron lugar a diversas experiencias impulsadas por colectivos sociales, personas usuarias, familiares y profesionales que, con sus luchas, fueron gestando un nuevo modelo desde los cimientos del propio sistema de salud mental. (Ministerio de Salud de la Nación, 2023)

Es importante señalar que la vigencia plena de este paradigma se vio truncada por la interrupción del orden democrático durante la última dictadura cívico-militar en nuestro país. En ese contexto, el enfoque comunitario y antimanicomial fue desarticulado, y cientos de trabajadores de la salud mental, en especial psicólogos, sufrieron el exilio, desaparición o muerte, afectando profundamente el desarrollo del campo. (Angelini, Silvio, 2011)

Durante los años 80 se produjeron ciertos procesos políticos relevantes para comprender la situación actual de la salud mental en Argentina. Por un lado, se fortalece la crítica al modelo de atención asilar enmarcado en la corriente de reformas impulsadas

en Europa y en Estados Unidos, el cual puso en evidencia la penosa situación de las personas institucionalizadas y la necesidad de adoptar urgentes reformas en la red de servicios asistenciales.

En segundo lugar, los procesos de descentralización, desregulación y privatización de servicios que afectaron la estructura institucional y el desempeño del Estado nacional en su conjunto, tuvieron también impacto sobre el sistema de servicios de salud y, consiguientemente, en el ámbito más restringido de las acciones en Salud Mental.

De la mano de este proceso en el cual la privatización fue el eje orientador de las políticas públicas y la dimisión del Estado fue el denominador común en aquellas áreas en las cuales había adquirido una histórica preeminencia, el campo de la Salud Mental perdió jerarquía institucional y manifestó una escasa o nula capacidad para la ejecución de programas sanitarios.

Tales procesos pusieron en evidencia la debilidad institucional que caracterizaba a las políticas públicas en Salud Mental, pues se carecía de un marco regulatorio, un organismo de aplicación y de las capacidades institucionales necesarias para adoptar las reformas que se requerían. (Lellis, Martin, 2013)

2.2 Recuento histórico hasta la gestación de la Ley.

Según lo analizado por la autora Silvia Faraone (2015), desde el regreso de la democracia se han formulado acciones tendientes a un cambio en el área, poniendo en debate el contenido de las políticas transformadoras como los denominados Programas Participativos Nacionales, que contaron entre sus principales ejes la cuestión de la des/institucionalización.

Esta propuesta de políticas públicas fue acompañada por grupos de profesionales que intentaban poner en el primer plano del escenario político-sanitario la discusión acerca

de la ilegitimidad de la institución manicomial. Esta apertura marcó, además, un periodo con tendencia a la planificación de políticas y acciones nacionales.

La recuperación de la democracia puso en discusión el modelo asilar manicomial con el que se atendían los problemas de salud mental en Argentina. En 1984, por encargo del Ministro de Salud del presidente Raúl Alfonsín, el Dr. Aldo Neri y el psiquiatra Mauricio Goldenberg llevaron adelante un relevamiento de servicios y recursos con el objetivo de formular un diagnóstico de la situación. En las conclusiones del informe Goldenberg se señalaron las gravísimas vulneraciones de derechos a las que estaban sometidas las personas encerradas en los manicomios.

En base a los resultados arrojados por el informe, buscaron formular acciones tendientes a un cambio en el área, comenzaron a implementar políticas participativas en salud mental, con la conformación de equipos interdisciplinarios asentados en las comunidades y, a la vez, sentar las bases para desmontar los hospitales psiquiátricos.

Además, se crearon los denominados Programas Participativos Nacionales, que contaban entre sus principales ejes la cuestión de la des/institucionalización. Estas reformas estaban a cargo de las Direcciones Provinciales de Salud Mental y tuvieron apoyo del Gobierno Nacional a partir de acuerdos coordinados en base a las necesidades de cada jurisdicción. Para este fin se conformó el Consejo Federal de Salud Mental (COFESAM), que incluía dentro de sus responsabilidades la “promoción de una Ley Nacional”. Apuntaba a considerar a la Salud Mental como derecho de las personas y las comunidades y su cuidado como deber del Estado.

En un documento emitido por la DNSM en 1986, firmado por Galli, se estableció esta estrategia de cambio en base diferentes aspectos: a) integración de políticas de Salud Mental con políticas generales de Salud; b) integración intersectorial; c) ampliación de la cobertura, incluyendo promoción y prevención; d) participación de usuarios y prestadores en la definición de necesidades estratégicas y asignación de recursos; e)

desplazamiento del eje hospital-enfermedad al modelo comunidad-salud y el incremento de presupuesto para ello; f) transformación de los grandes hospitales psiquiátricos y desaliento de los institutos privados que funcionan similarmente; g) desarrollo conceptual y práctico de la estrategia de atención primaria de la salud. (Silvia & Soraya, 2015)

Luego de la llegada a la Presidencia de la Nación del justicialista Carlos Menem, en 1989 comienza un proceso de desjerarquización de la Dirección Nacional de Salud Mental. En este proceso, la DNSM perdió relevancia en la generación de acciones políticas en el área, y los programas que habían sido generados desde el nivel central durante la gestión de Galli pasaron a ser, como ya había sucedido con los hospitales monovalentes, responsabilidad de cada provincia. El pasaje a las provincias y algunos municipios y comunas desmembró el sistema de atención que se había logrado consolidar hasta ese momento.

Junto con los cambios estructurales comenzó inmediatamente el proceso de reforma del sistema de salud, bajo los nuevos lineamientos definidos por el Banco Mundial.

La propuesta de reforma de los servicios públicos estatales de atención a la salud impuso la construcción de una nueva lógica, asimilable a una empresa social de atención médica, que tuvo graves consecuencias en el sistema de prestaciones de atención a la salud mental. Sin embargo, el cambio más profundo estuvo en el hecho de que cada establecimiento debió implementar mecanismos de recaudación, para lo cual tuvo que constituir en competidor, no solo del sector privado sino también de otros establecimientos estatales.

Por otro lado, según la perspectiva de Silvia & Soraya (2015) “el presupuesto se debió vincular a la demanda (expresada en el consumo efectivo, no en las necesidades de la

población) y no a la oferta, es decir que dependía de una producción cuantificable que le permitiera mostrar la cantidad y tipo de prácticas realizadas.”

Los hospitales monovalentes fueron particularmente cuestionados por la baja relación costo/efectividad. Por otro lado, la imposibilidad de recaudación extrapresupuestaria de estas instituciones y las reducciones presupuestarias agravó aún más el deterioro que las mismas ya venían sufriendo. En estos establecimientos se observó escasez de recursos, demanda creciente de atención por parte de la población y un discurso oficial que planteaba el achicamiento o cierre de estas instituciones, pero sin ofrecer propuestas alternativas. Las prácticas relacionadas con la población internada o que asistía a una institución psiquiátrica representó, para el modelo neoliberal, un importante gasto social que debía reducirse.

El lento camino de retorno hacia la transformación en Salud Mental, luego de la crisis vivida en el país en 2001 y con el acceso al gobierno en 2003 del Frente para la Victoria, con la presidencia de Néstor Kirchner, se produjeron cambios en las políticas económicas, sociales y de derechos humanos. En salud, lentamente y en forma progresiva se fue recuperando la capacidad de rectoría del Estado Nacional a través de la implementación de programas vinculados a áreas socio-sanitarias problemáticas y que formaron parte de los lineamientos políticos del denominado Plan Federal de Salud. (Silvia & Soraya, 2015)

En abril de 2010, en el gobierno de Cristina Fernández y mediante el Decreto 457/2010, se creó la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMA), entre los considerandos de aquel documento se mencionó la necesidad de fortalecer las políticas públicas de Salud Mental, especialmente dando cumplimiento a los derechos de las personas con padecimientos mentales o adicciones.



El eje de trabajo de esta gestión fue la rápida expansión de programas alternativos y sustitutivos a los modelos hospitalarios céntricos. Según informes de la DNSMA, se originaron acciones en post de fortalecer una red de servicios de salud mental con base en la comunidad, para lo que se implementaron gestiones en la mayoría de las provincias del país.

Una de las tácticas para lograr estos objetivos fue la conformación del Consejo Federal de Salud Mental y Adicciones (COFESAMA), integrado por las autoridades provinciales de las áreas de competencia (Salud Mental y Adicciones). La participación de las provincias en este espacio fue contundente y tuvo cierto grado de continuidad.

La DNSMA, por instrucción directa de la presidente de la Nación y en coordinación con organismos de varios ministerios y de la Jefatura de Gabinete, tuvo también una participación importante en la implementación del proceso de discusión participativo de un proyecto de reglamentación de la Ley 26.657, el cual quedó plasmado en 2013.

Ley Nacional de Salud Mental 26.657 se sancionó con mayoría absoluta el 25 de noviembre de 2010 y el 2 de diciembre fue promulgada por la presidenta Cristina Fernández de Kirchner. A pesar de la amplia aceptación reflejada en su sanción, los discursos expuestos en los debates parlamentarios expresaron un problema público, es decir, un conflicto o controversia en las arenas públicas donde distintos actores sociales confrontaron por una definición. (Silvia & Alejandra, 2020)

En relación con la Ley de Salud Mental 26.657, la autora Cáceres (2017) da cuenta del avance de la Ley de Salud Mental 26.657 ya que incluye dentro de la salud mental a las adicciones, asegurando a las personas con consumo problemático de drogas (legales e ilegales), todos los derechos y garantías establecidos en ella en su relación con los servicios de salud (Art. 4). Esto implica un pasaje de la concepción de las adicciones como un problema legal-penal a considerarlas como un aspecto más dentro de las

problemáticas de salud/ salud mental, un cambio de paradigma desde las estrategias abstencionistas/prohibicionistas (probablemente ineficaces) hacia un abordaje integral de la problemática del consumo, incluyendo la perspectiva de la reducción de daño.

Por otro lado, el artículo N°9 del Decreto Reglamentario de la Ley Nacional de Salud Mental sostiene que 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 deporte, a la vivienda y a todo aquello que fuere necesario para su plena inclusión social.

Se puede dar cuenta que “la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental depende de los gobiernos nacional, provinciales y municipales, quienes a través de sus políticas deben favorecer la inclusión de todas las personas en los ámbitos educacionales, laborales y sociales, y sobre todo deben asegurar la creación de los dispositivos necesarios para el sostén en la vida en comunidad de las personas” (Cáceres, 2017:6).

Desde su sanción en el año 2010, la Ley nacional transformó los modos de vinculación del Estado y el campo de la salud mental en por lo menos dos sentidos: incorpora los principios y declaraciones regionales e internacionales tendientes al mejoramiento de los cuidados en salud mental, y establece responsabilidades políticas y sociales que promueven el efectivo acceso al ejercicio de los derechos de las personas con sufrimiento psíquico.

Bajo estos principios, el Estado debió reformular las políticas públicas con relación a la salud mental e implementarlas en el marco de políticas socio-sanitarias, las que entendemos como un grupo de acciones ejercidas por el Estado que afectan las condiciones u oportunidades de vida y muerte de las personas, grupos o familias. Es decir, que la política en salud expresaría el esfuerzo del Estado por modificar las condiciones adversas que favorecen el riesgo de enfermarse de los individuos, y/o evitar

que esto suceda, así como atenuar el sufrimiento de las personas cuando se enferman. Este esfuerzo involucra al Estado, sus instituciones, el gobierno y el sistema político.

Para comprender y analizar las políticas sociales, y específicamente las políticas de salud, es preciso vincularlas con el modelo de Estado que se concibe en cada período histórico. Las políticas estatales permiten una visión del Estado en acción, desagregado y descongelado como estructura global, y puesto en un proceso social en el que se entrecruzan complejamente las fuerzas sociales.

Más tarde, durante la gestión de Matilde Massa, y ya en el marco del Plan Nacional de Salud Mental, se generaron incipientes modificaciones en la organización de los servicios y los modelos de atención y cuidados que incluían innovaciones en los procesos de implementación, gestión, adaptación y/ o creación de dispositivos alternativos y de su integración en una red de servicios. De esta forma las políticas públicas en salud mental tendieron a abordar diversas líneas, entre ellas, la problemática del suicidio, el alcoholismo y los padecimientos psíquicos severos. Estas acciones se desarrollaron en forma coordinada con los referentes jurisdiccionales.

En la presidencia de Mauricio Macri, en diciembre de 2015 comenzó un proceso de transformación del Ministerio de Salud. Esta transformación operó tanto en el plano simbólico como en el real, ya que implicó entender a la salud como prestaciones individuales de servicios y en el marco de una canasta básica, en contraposición a la concepción derecho, lo cual tuvo un fuerte impacto en el campo de la salud mental.

En la gestión de Andrés Blake, la DNSMyA sus políticas siguieron las mismas líneas, se dieron de baja un importante número de contratos de trabajadores de la propia Dirección y también se descontinuaron programas y líneas de acción estatales significativas para sectores de población vulnerable de diversas provincias. (Faraone & Barcala, 2020)

En este contexto, se abrió un nuevo espacio de debates y disputas entre organizaciones, instituciones, profesionales y sociedad civil, que se manifestaron a través de documentos que circularon por diversas redes y en los cuales quedó en evidencia, que el campo de la salud mental se constituye como un campo en disputa. Los diversos discursos sanitarios y jurídicos que se evidenciaron estaban vehiculizados por actores sociales que poseen diferentes interpretaciones de la subjetividad y de los modelos de abordaje de los problemas de salud mental.

Un modelo biomédico positivista, el discurso psiquiátrico, reproductor de la lógica asilar tutelar, hegemónico durante siglos; y, por el otro, un modelo de salud mental comunitaria, de inclusión social, basado en un paradigma de garantía de derechos, que considera que el conocimiento racional sobre el sufrimiento mental debe construirse en la vida social del sujeto singular, la cultura que habita y los procesos de subjetivación que lo guían.

Faraone & Barcala (2020) explican que “el proyecto del nuevo decreto reglamentario es un claro retroceso de la perspectiva de derechos humanos, pretendió instalar un discurso que había sido dominante y hegemónico durante décadas, el discurso psiquiátrico. Asimismo, evidencia la puja de intereses de orden corporativo, favoreciendo un poder médico representado por organizaciones psiquiátricas”.

Al mismo tiempo, relativiza el valor de la interdisciplinariedad e intersectorialidad en el abordaje de las problemáticas de salud mental. De esta forma, basándose en una concepción biologicista y en una supuesta práctica fundada en evidencia científica, otorgaba una mayor concentración de poder a los médicos en lo que se refiere a las prácticas hegemónicas de la psiquiatría positivista.

Luego, durante el año 2017 en la gestión de Luciano Grasso, el objetivo estuvo enmarcado en la promoción de un modelo de atención basado en la Estrategia de Atención Primaria



de la Salud y en el fortalecimiento de la Red Integrada de Salud Mental con Base en la Comunidad.

El Censo Nacional de Centros de Tratamiento fue realizado en Argentina entre fines de 2017 y el primer trimestre de 2018 y constituyó un importante avance, ya que permitió dimensionar la situación de las internaciones en instituciones monovalentes, y contó con aportes del Órgano de Revisión Nacional y el CCHSMYA.

Asimismo, a través de la Declaración del COFESAMA, a través de la carta acuerdo firmada en julio de 2019 se reafirmó que los hospitales con internación monovalente de salud mental debían ser progresivamente transformados hasta su sustitución definitiva por una red integrada de salud mental con base en la comunidad. También se realizó un compromiso a fin de trabajar en forma conjunta entre Nación y las jurisdicciones, a través del Consejo Federal, para establecer políticas públicas nacionales. La conclusión de este estudio evidenció que el modelo comunitario es menos costoso que el asilar.

El Estado argentino, reconoció las dificultades de articulación institucional para la externación de personas internadas y las violaciones de derechos humanos denunciadas, y que la concentración de las trabajadoras y los trabajadores y el presupuesto se mantenían en los hospitales monovalentes, sin dispositivos intermedios necesarios a efectos de avanzar en procesos de des/institucionalización.

Finalmente, en la gestión de Hugo Barrionuevo en el año 2020, durante los dos primeros meses de la nueva gestión se realizaron diversas instancias de organización y diálogo con un conjunto de instituciones. En tal sentido, se comenzó una articulación con la SEDRONAR a fin de afianzar líneas de abordajes referidas a consumos problemáticos.

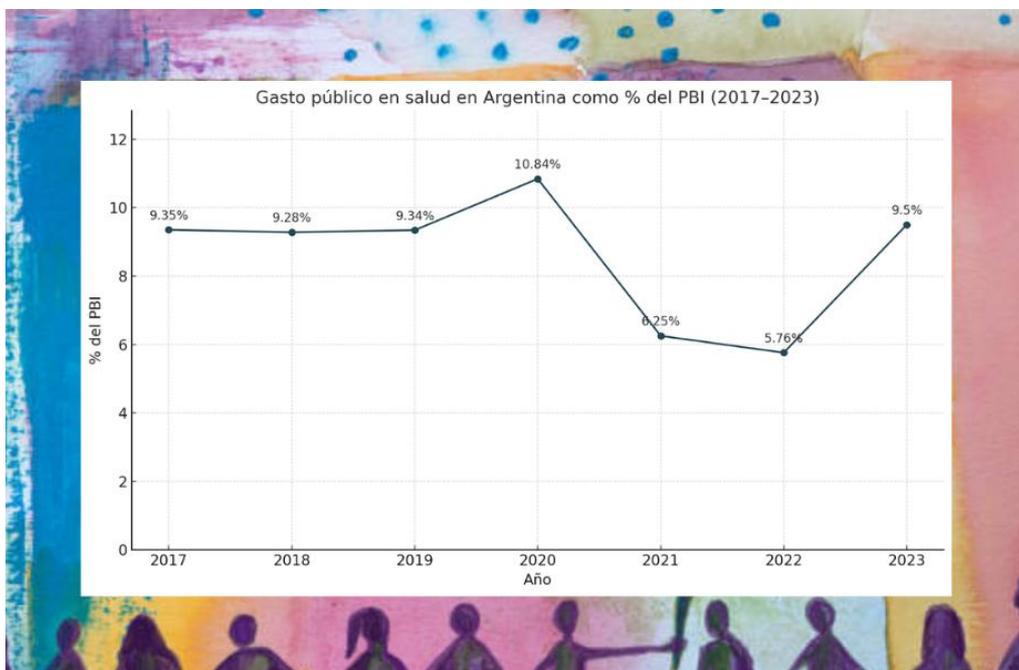
Por otra parte, y en el marco del financiamiento del sistema de salud argentino, tal como señalan García y Torres (2010), una de las formas tradicionales de dimensionar el tamaño del gasto sanitario es relacionarlo con el Producto Bruto Interno (PBI). Este

indicador permite observar el grado de intervención del sector salud en la economía nacional.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el gasto público en salud como porcentaje del PBI en Argentina mostró variaciones significativas entre los años 2017 y 2023. En 2020, durante el primer año de la pandemia de COVID-19, se alcanzó el pico del período, con un 10,84% del PBI. Posteriormente, el indicador disminuyó, llegando al 5,76% en 2022, para luego aumentar nuevamente al 9,5% en 2023. Estos datos evidencian una alta sensibilidad del gasto en salud frente a contextos de emergencia sanitaria, así como una posterior contracción del financiamiento.

Figura 4

Gasto público en salud como porcentaje del PBI desde (2017-2023).



Fuente: Elaboración propia, en base a datos de la Organización Mundial de la Salud. Los datos se recuperaron el 7 de abril de 2023.

<https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.CHEX.GD.ZS>

En definitiva, en los periodos abordados se observan diferentes modelos de gestión del Estado, entendiendo a éste en una relación social conflictiva en el marco de una estructura tensionada por las correlaciones de fuerza. Asimismo, el Estado constituye una instancia de organización del poder y de ejercicio de la dominación política, en este sentido, es relación social y aparato institucional. Supone a la vez la conformación de una instancia política que articula la dominación en la sociedad y la materialización de esa instancia en un conjunto interdependiente de instituciones que permiten su ejercicio.

Así, junto con las funciones de atención de necesidades y cuidados, de asistencia de la enfermedad, de rehabilitación, prevención de riesgos, protección frente a la vulnerabilidad y promoción de la salud mental, las políticas sociales implementadas en un momento histórico son productoras de subjetividad.

De este modo, se considera que la complejidad de los discursos actuales, subyacentes al interior de las políticas sociales, se materializan en prácticas de actores sociales que son en muchos casos contradictorios, de manera que existen quiebres, rupturas y contradicciones aún dentro de las mismas instituciones en las que los diversos actores significan, teorizan e intervienen.

Así, los actores sociales institucionales se apropian de las políticas de Estado, pero asimilan y reinterpretan sus significaciones según sus historias, tradiciones, ideologías y formaciones profesionales. Las representaciones acerca de las personas con sufrimiento psíquico, la producción de subjetividad y la salud mental determinan los diferentes modos de intervención. Es decir que, para comprender esta complejidad, es fundamental considerar la categoría de relaciones de poder. Desde esta perspectiva, se entiende al poder como “el juego que, por medio de luchas y enfrentamientos continuos, transforma y/o refuerza las intervenciones vinculadas al campo de la salud mental” (Silvia & Alejandra, 2020:89).



Por lo tanto, una vez analizado el recuento histórico y detectada la debilidad institucional que caracteriza este nuevo paradigma en relación con las Políticas Públicas de Salud Mental en Argentina, se desarrollará concretamente de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

2.3 Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

En base a este nuevo paradigma y al recuento histórico de la salud mental en Argentina, resulta relevante retomar al autor Silvio Oscar Angelini (2011) que hace énfasis en la importancia de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 como el resultado de un proceso participativo y federal que reconoció la necesidad de promover -en el marco del movimiento internacional de transformación de Salud Mental desde una perspectiva de Derechos Humanos- la instauración de un nuevo paradigma para las políticas públicas de Salud Mental a nivel nacional.

Esta legislación se inscribe en un contexto más amplio de reformas normativas orientadas a la ampliación y restitución de derechos. A su vez, buscó reparar las profundas consecuencias que dejaron el genocidio perpetrado por la última dictadura cívico-militar y por el modelo neoliberal de la década del noventa, culminando en la crisis del 2001, las cuales impactaron en la configuración del tejido social, la subjetividad colectiva y la estructura del Estado.

Entre los antecedentes normativos más relevantes se destacan las reformas impulsadas por distintas provincias antes de la sanción de la Ley Nacional, entre ellas Río Negro (1991), Santa Fe (1991), Entre Ríos (1994), San Juan (1999) y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2000). Estas experiencias fueron hitos clave en el proceso de transformación del sistema de salud mental argentino. (Ministerio de Salud de la Nación, 2023)

El proceso iniciado en el ámbito nacional en 2010 a partir de la sanción y promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 recupera el espíritu, los objetivos y las

formulaciones forjadas durante la segunda mitad del siglo anterior, a la vez que incorpora avances empíricos y conceptuales de las disciplinas y perspectivas que fueron integrándose al campo de la Salud Mental, especialmente los Derechos Humanos.

La lucha contra la segregación y el trato inhumano ejercidos sobre las personas con padecimientos mentales han formado parte de las demandas populares por la resolución de inequidades estructurales. En este sentido, los problemas históricos denunciados desde el campo de la Salud Mental deben, necesariamente, ser entendidos como violaciones a los derechos fundamentales. (Ministerio de Salud de la Nación, 2023)

Por ello, la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 tiene como propósito fundamental garantizar el derecho a la protección integral de la salud mental, entendida como un proceso complejo influido por factores históricos, sociales, económicos, culturales, biológicos y psicológicos. Además, reconoce a las adicciones como parte del campo de intervención de la salud mental. (Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia, s.f.)

2.3. 1 Aspectos centrales de la Ley N.º 26.657 de Salud Mental

A continuación, se detallan los aspectos centrales que establece la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 en relación con el nuevo paradigma según la página *argentina sin manicomios*. (Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia, s.f.):

1. Define la salud mental desde un enfoque de derechos. La Ley reconoce que la salud mental es un proceso complejo, influido por factores históricos, sociales, económicos, culturales, biológicos y psicológicos. Asimismo, establece que ninguna condición social, económica, étnica, religiosa, cultural, de orientación sexual o identidad de género puede ser utilizada como base para un diagnóstico en salud mental.
2. Prohíbe los manicomios. La Ley prohíbe la creación de nuevos hospitales psiquiátricos, tanto públicos como privados. Establece como fecha límite para el cierre definitivo de estas instituciones el año 2020, conforme al Decreto 603/2013.



3. Impulsa un sistema de atención comunitaria. La atención debe realizarse preferentemente en la comunidad, fuera del ámbito hospitalario, promoviendo la inclusión social. El Estado tiene la responsabilidad de garantizar dispositivos alternativos como servicios ambulatorios, casas de convivencia, atención domiciliaria e inclusión laboral.
4. Regula las internaciones. Estas sólo pueden realizarse en situaciones de riesgo cierto o inminente para la persona o terceros, y deben cesar una vez superado ese riesgo. Toda internación debe realizarse en hospitales generales, y rechazar dicha atención constituye un acto de discriminación. Además, debe designarse un abogado/a la persona internada.
5. Reconoce derechos a las personas usuarias. La Ley garantiza el respeto a la dignidad y la plena capacidad jurídica de las personas con padecimientos mentales. Entre otros, se les reconoce el derecho a recibir atención humanizada, vivir en comunidad con los apoyos necesarios, acceder a información y tomar decisiones sobre su tratamiento, mantener vínculos afectivos y recibir acompañamiento.
6. Exige abordajes interdisciplinarios. La atención en salud mental debe ser provista por equipos interdisciplinarios integrados, no limitados únicamente al ámbito médico. Deben incluir profesionales de psicología, trabajo social, terapia ocupacional, entre otras disciplinas, para garantizar una mirada integral de los procesos de atención.
7. Establece el Órgano de Revisión Nacional (ORN). Este organismo tiene como función principal velar por los derechos de las personas usuarias de servicios de salud mental. Se pueden presentar denuncias ante él por cualquier tipo de violación a lo establecido en la Ley.

8. Establece un mínimo presupuestario. La Ley determina que al menos el 10 % del presupuesto total destinado a salud debe ser asignado a salud mental. Este criterio también debe ser adoptado por las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

9. Dispone la realización periódica de censos. El Ministerio de Salud de la Nación debe realizar, cada dos años, un relevamiento en todos los centros públicos y privados de internación en salud mental para conocer la situación de las personas internadas en el país.

10. Consagra estándares mínimos de aplicación obligatoria. La Ley, al ser de orden público, debe ser respetada en todo el territorio nacional por todas las provincias y por cada efector de salud, tanto público como privado. Las normativas locales pueden establecer mayores niveles de protección, pero nunca contradecir la Ley nacional.

Por lo tanto y en el marco de esta investigación, entendiendo este nuevo paradigma de salud mental relacionado a la incorporación de Derechos Humanos, el recuento histórico de la salud mental hasta la promulgación de la Ley y los aspectos centrales que establece la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, resulta relevante adentrarnos en los factores sociales, políticos e institucionales, en los cuales se está llevando a cabo la presente investigación.

2.4 Factores sociales, políticos e institucionales

La presente investigación se sitúa en Argentina en el período comprendido entre el 2020 y 2023 donde el gobierno de Alberto Fernández se desarrolló en un contexto donde los avatares de la economía mundial pandémica (recesión, alta inflación e incertidumbre), agravados luego por las consecuencias de la guerra entre Ucrania y Rusia y una sequía histórica para la Argentina, configuraron el escenario pluricrisis.

Podemos hablar entonces de la triple crisis: la heredada del gobierno anterior, la producida por el contexto (pandemia + guerra + sequía) y la permanente crisis política

causada por la imposibilidad de estabilizar un esquema político de gobierno. Estas tres crisis se amalgamaron y marcaron los alcances y los límites del gobierno de Fernández. (Retamozo & Trujillo Salazar, 2025)

En un contexto de restricción externa, la situación anómala de los dos primeros años de gobierno (governabilidad pandémica) y las políticas contracíclicas que contuvieron la situación social y promovieron una política sanitaria virtuosa en cuanto a vacunación, el gobierno no pudo resolver los problemas de estabilidad económica y su propia estabilidad política. En este sentido, si bien en un primer momento mostró una capacidad hegemónica para posicionarse en la crisis con una narrativa efectiva sobre el COVID-19, el refuerzo de un lugar de enunciación que articuló la figura presidencial como el jefe de una política de estado y un conjunto de políticas, el devenir molecular de los acontecimientos (y la acción de las fuerzas políticas y los actores económicos) pusieron en cuestión esta capacidad de hegemonizar la crisis, la cual se mostró fugaz y endeble. (Retamozo & Trujillo Salazar, 2025)

Los aspectos estructurales y los nudos coyunturales pusieron al gobierno de Alberto Fernández en una situación de “crisis permanente” como galvanización de diferentes situaciones críticas. Al finalizar su mandato, la inflación interanual rondaba el 120%, con fuertes problemas de restricción externa (acceso al crédito) y múltiples tipos de cambio. El deterioro del salario real implicó un indicador significativo de la situación económica, así como el fenómeno de la baja desocupación abierta con incremento de la pobreza, un síntoma de cambios en la estructura social argentina. (Retamozo & Trujillo Salazar, 2025)

A fin de contextualizar la coyuntura política del período analizado, se presentan a continuación diversos indicadores relevantes tomados de la organización no gubernamental “Chequeado”:



- Pobreza e indigencia: Al cierre del mandato de Mauricio Macri, la pobreza alcanzaba el 35,2% y la indigencia el 8%. Durante la gestión de Alberto Fernández, estas cifras no lograron revertirse, y según los últimos datos disponibles, la pobreza aumentó al 40,1% y la indigencia al 9,3%.
- Desocupación y empleo informal: Se registró una reducción del desempleo, que pasó de 8,9% a 6,2%. Sin embargo, esta mejora estuvo acompañada por un incremento en el empleo informal, es decir, aquel que no garantiza derechos ni protección legal a las y los trabajadores.
- Salarios reales: En la administración de Mauricio Macri, los salarios formales sufrieron una pérdida del 20% en términos reales (ajustados por inflación). La caída se mantuvo durante el mandato de Fernández, con una nueva reducción del 6,2% respecto de 2019. La situación fue más crítica para el empleo público.
- Seguridad: En 2022, la tasa de homicidios dolosos fue de 4,2 cada 100.000 habitantes, la más baja desde que existen registros (1991), lo que representa una mejora en términos de seguridad pública.
- Inversión en salud y educación: Durante el mandato de Fernández se incrementó la inversión en educación, aunque la inversión en salud registró una leve disminución.
- Inflación: El gobierno de Alberto Fernández culminó con la tasa de inflación más alta desde la hiperinflación de 1991. Para octubre de 2023, la inflación acumulada en el año alcanzaba el 120%, y la interanual era del 142,7%. (Chequeado, s.f.)

En cuanto a la estructura institucional del sector salud durante este período, el Ministerio de Salud estuvo a cargo de Carla Vizzotti, bajo la coordinación de la Jefatura de Gabinete de Ministros encabezada por Juan Luis Manzur.

El Ministerio de Salud, puntualmente, está conformado de la siguiente forma:

1. MINISTERIO DE SALUD,

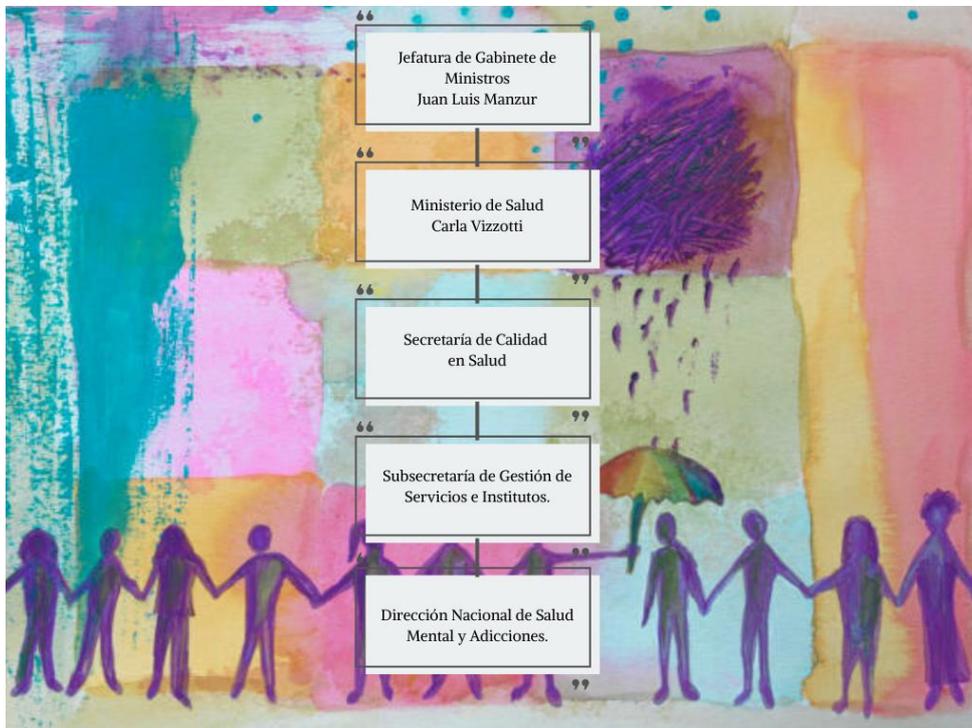
1.1 SECRETARÍA DE CALIDAD EN SALUD,

1.1.1 SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN DE SERVICIOS E INSTITUTOS,

1.1.1.1 DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y
ADICCIONES.

Figura 5

Organigrama del Ministerio de Salud 2020- 2023: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.



Fuente: Elaboración propia, en base a la propuesta del Ministerio de Salud- Boletín Oficial (2020).

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227457/20200405>

2.5 Políticas públicas de salud mental y consumo problemático en Argentina con sus respectivos actores.

2.5.1 El impacto de la Ley Nacional en la estructura orgánica del gobierno nacional

En consonancia con el propósito de esta investigación, el paradigma consolidado como política pública a partir de 2010 implicó una transformación en la concepción de la salud mental, considerándola una responsabilidad conjunta de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial.

En este marco se creó la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, como órgano rector del nuevo modelo institucional. Todo ello no habría sido posible sin la decisión política oficial, la activa participación y el compromiso de organismos de Derechos Humanos, asociaciones de personas usuarias y familiares, asociaciones de profesionales, trabajadoras y trabajadores, organizaciones sociales y comunitarias, organizaciones no gubernamentales. (Ministerio de Salud de la Nación, 2023)

Tres años más tarde, el 28 de mayo de 2013, se reglamentó la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 mediante el Decreto N.º 603/2013. Este decreto fue producto de un proceso de consulta y redacción conjunta entre la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones y las distintas jurisdicciones, y permitió especificar y operativizar los contenidos de la Ley, dotándolos de mayor visibilidad y fuerza ejecutiva. (Ministerio de Salud de la Nación, 2023)

A partir del decreto reglamentario 603/2013, se elaboró el Plan Nacional de Salud Mental 2013–2018, aprobado por la Resolución 2177/13 del Ministerio de Salud de la Nación. Este plan identificó problemáticas estructurales para el desarrollo de sus objetivos y acciones. Entre los mismos, se señalaba a la estigmatización y discriminación de la población con padecimiento mental, la insuficiencia de servicios específicos para infancias, adolescencias y personas mayores, la falta de integración de los consumos

problemáticos y la necesidad de una formación profesional acorde al nuevo paradigma. (Ministerio de Salud de la Nación, 2023)

Hasta su suspensión en diciembre de 2015, la autoridad de aplicación avanzó en la construcción de la institucionalidad y en el arribo a los consensos necesarios para garantizar la viabilidad en términos de consecución de los objetivos; a la vez que se ponían en marcha experiencias y herramientas de gestión de base territorial en coordinación interjurisdiccional.

Durante los años 2013 y 2014 se consolidaron organismos claves como el Órgano de Revisión Nacional (dependiente del Ministerio Público de la Defensa), la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CONISMA), y el Consejo Consultivo de carácter honorario en Salud Mental y Adicciones conformado por diferentes organizaciones y actores del campo de la salud mental y adicciones: sindicatos, asociaciones y colegios de profesionales, organizaciones de personas usuarias y familiares, organismos de Derechos Humanos y espacios académicos. Estas instancias representaron hitos en la articulación entre Nación y jurisdicciones para el desarrollo de políticas públicas en salud mental. (Ministerio de Salud de la Nación, 2023)

La ejecución del Plan Nacional coincidió con el contexto de la pandemia por COVID-19, que evidenció de forma contundente la necesidad de priorizar los cuidados individuales y colectivos, el bienestar psicosocial y la articulación de respuestas en red ante emergencias, consolidando así el rol estratégico de la salud mental en las políticas públicas.

Asimismo, en septiembre de 2021, la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013–2030, reafirmando la necesidad de un enfoque de curso de vida, la promoción del bienestar y la prevención, con cobertura universal y atención centrada en las personas. (Ministerio de Salud de la Nación, 2023)



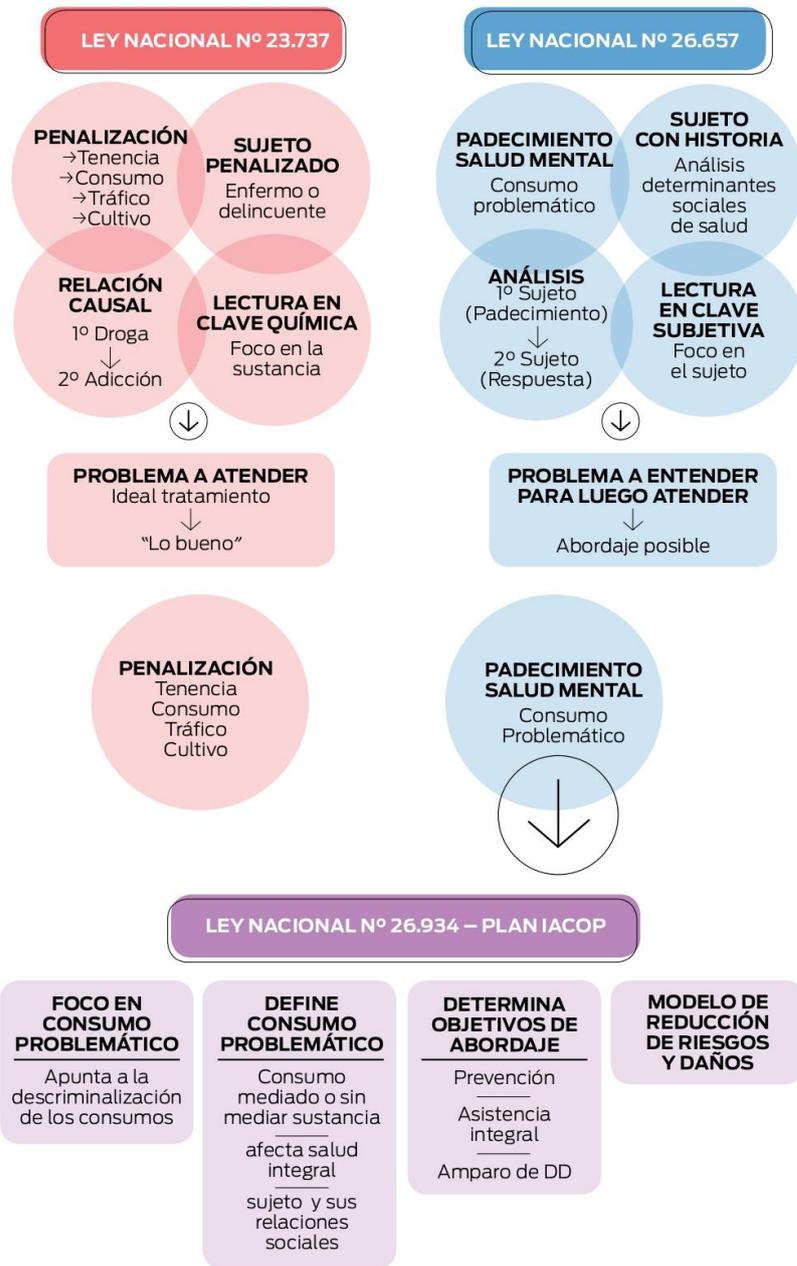
Posteriormente se presentó el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP), el cual aborda y define los consumos problemáticos como aquellos consumos —con o sin sustancias— que afectan de manera crónica la salud o los vínculos sociales. Los objetivos del Plan IACOP son prevenir los consumos problemáticos desde un abordaje intersectorial mediante la actuación directa del Estado; asegurar la asistencia sanitaria integral gratuita a los sujetos afectados por algún consumo problemático e integrar y amparar socialmente a los sujetos de algún consumo problemático. (Congreso de la Nación Argentina, 2014).

Además, establece la creación de Centros Comunitarios de Prevención de Consumos Problemáticos, que serán distribuidos en el territorio nacional por disposición de la autoridad de aplicación, tomando como puntos prioritarios los de mayor vulnerabilidad social.

Luego del lanzamiento del Plan IACOP, el 25 de abril del 2022, el Gobierno Nacional presentó la Estrategia Federal de Abordaje Integral de la Salud Mental con el objetivo de implementar y articular políticas públicas destinadas al cuidado y atención de la Salud Mental de la población para todos los cursos de vida, con rectoría del Ministerio de Salud de la Nación y en conjunto con otros organismos del Estado, cuyas acciones potencian y ayudan a la implementación del presente Plan Nacional. Además, busca ampliar el sistema de la red asistencial por telemedicina, favorecer el acceso a la consulta especializada y fortalecer la respuesta desde el primer nivel de atención. (Casa Rosada, 2022)

Figura 6

Marco Normativo Nacional - Consumos Problemáticos 2019.



Fuente: SEDRONAR "Modelo de abordaje integral territorial de los consumos problemáticos" (2019).



2.5.2 La articulación interinstitucional en la gestión de la salud mental

El Ministerio de Salud de la Nación tiene la responsabilidad de crear las condiciones institucionales y normativas para la garantía de la accesibilidad, la equidad y la calidad en los servicios de salud. La implementación de las políticas que concretan dicho objetivo, en virtud del carácter federal del sistema de gobierno argentino, se basa en los criterios de participación y coordinación entre los niveles nacional y jurisdiccional en vistas a lograr un mayor grado de eficacia y eficiencia en las acciones y recursos de la mutua colaboración entre las provincias, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires dependientes del sistema formal de salud. Por ende, la relación de participación implica la Nación para el desarrollo de políticas sanitarias específicas, coordinando las facultades exclusivas de cada jurisdicción.

En este sentido, una instancia fundamental de construcción colaborativa de las políticas públicas en la materia es el Consejo Federal de Salud Mental y Adicciones (COFESAMA), en tanto mesa de trabajo permanente con los responsables jurisdiccionales en Salud Mental de todo el país, donde se consensúan, evalúan y/o modifican estrategias, programas, actividades e intervenciones y, además, se promueve la cooperación técnica y la participación intersectorial e interdisciplinaria. A través de sus referentes jurisdiccionales, las diferentes cuestiones locales en materia de Salud Mental participan en la construcción de la agenda de trabajo nacional, a la vez que se fortalecen las autonomías provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con la interacción y la elaboración conjunta de políticas y planes de acción, promoviendo sinergia entre ellas.

Una política clave en el periodo estudiado es el Plan Nacional de Salud Mental 2023-2027, busca reconocer los problemas de salud mental en clave histórica y crítica, diseñar líneas de acción para superar las dificultades actuales, construir un sistema de abordaje integral.



Este plan se constituye con el objetivo central de ser herramienta clave en el cumplimiento del carácter comunitario que promueve la Ley Nacional de Salud Mental. Se basa en valores, preceptos y objetivos históricos del campo de la salud mental, que en nuestro país poseen fuerza de Ley a instancias de la Ley Nacional 26.657 y su Decreto Reglamentario 603/2013.

La Dirección Nacional de Abordaje Integral de la Salud Mental y Consumos Problemáticos (DNAISMYCP) será el área ejecutora y responsable de su instrumentación y conducción.

Cabe destacar que las transformaciones que plantea la Ley Nacional de Salud Mental son profundas, impostergables, involucran a todos los sectores, actores e instituciones y deben sustentarse en prácticas inclusivas de base comunitaria. Uno de los objetivos centrales del plan es la creación y fortalecimiento de los cimientos para la transformación estructural del sistema de atención de la salud mental hacia el paradigma comunitario, oficiando de guía rectora para todos los actores y sectores involucrados en dicho proceso.

De igual manera lo es, en este sentido, desarrollar y difundir instrumentos técnicos para impulsar la externación sustentable y la inclusión social de las personas con padecimientos mentales.

A continuación, se describen las normativas, actores responsables y fuentes de financiamiento del Plan Nacional de Salud Mental 2023–2027, clave para entender la manera en la que se lleva a cabo.

Normativas del Plan Nacional de Salud Mental

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010 establece que la autoridad de aplicación es el Ministerio de Salud de la Nación, debe establecer las bases para un Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios establecidos. Por otro lado, el Decreto N°

457/2010 establece la creación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. El Decreto Reglamentario N° 603/2013 refiere a que el área a designar por la autoridad de aplicación a través de la cual desarrollará las políticas establecidas en la Ley no podrá ser inferior a la Dirección Nacional. La Decisión Administrativa 891/2022 de Jefatura de Gabinete de Ministros habla sobre la estructura organizativa y establece una modificación respecto al cambio de denominación a Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos.

Responsables de la aplicación, monitoreo y evaluación son el Ministerio de Salud de la Nación, la Secretaría de Calidad en Salud, la Subsecretaría de Gestión de Servicios e Institutos y la Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos.

Financiamiento, fuentes y presupuestos del Plan Nacional de Salud Mental

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, en su Artículo 32 establece que: “En forma progresiva y en un plazo no mayor a TRES (3) años a partir de la sanción de la presente Ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a Salud Mental hasta alcanzar un mínimo del diez por ciento (10%) del presupuesto total de salud. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio”. En función de una concepción transversal de las políticas públicas en materia de Salud Mental, la ejecución del presente Plan Nacional implica la afectación de partidas presupuestarias de distintas carteras y organismos nacionales, a instancias de una perspectiva integral e integrada del modelo comunitario de atención en Salud Mental.

El ámbito institucional para la coordinación de la planificación interministerial de las políticas de Salud Mental creado por el decreto reglamentario 603/2013 de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 en la Jefatura de Gabinete de Ministros es la Comisión Nacional Interministerial de Salud Mental y Adicciones (CONISMA).



A través del decreto 426/2021, la CONISMA fue restituida a la Jefatura de Gabinete de Ministros –luego de haber funcionado al interior del Ministerio de Salud en el período 2016-2019–, a la vez que se agregaron nuevos organismos participantes. Participan en la Comisión los ministerios de Salud; Justicia y Derechos Humanos; Educación, Trabajo, Empleo y Seguridad Social; Mujeres, Géneros y Diversidad; Defensa; Desarrollo Social; Desarrollo Territorial y Hábitat; Economía; Obras Públicas; Seguridad; Transporte. También intervienen la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (SEDRONAR), la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF), la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDis) y el Órgano de Revisión Nacional de la Ley 26.657. Depende de esta Comisión el Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental y Adicciones.

Todos estos organismos implementan políticas públicas de salud mental con afectación de partidas presupuestarias propias, las cuales también conforman el presupuesto nacional en la materia, además del correspondiente a los organismos específicos: Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos del Ministerio de Salud de la Nación, la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (SEDRONAR) y los servicios de salud mental de los hospitales nacionales. (Ministerio de Salud de la Nación, 2023)

En base al nuevo paradigma de salud mental, al contexto que prevalece y a la normativa nacional, a los fines de este trabajo, analizaremos las políticas públicas de salud mental en la provincia de Mendoza.

2.6 Salud Mental y Consumo Problemático- Provincia de Mendoza

De acuerdo con el Plan Provincial de Adicciones (2010), la Salud Mental y el Consumo Problemático tienen una alta prevalencia en todo el mundo y contribuyen de manera importante a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura. Sin embargo, los recursos disponibles para afrontar la enorme carga que representan las



enfermedades mentales son insuficientes, están distribuidos desigualmente y en ocasiones son utilizados de modo ineficaz.

En la provincia de Mendoza, se ha trabajado muy fuertemente en lo que respecta a la descentralización de los servicios de salud, logrando un acercamiento a la población.

La problemática de las adicciones se ha ido complejizando en el tiempo y las acciones preventivas y terapéuticas han debido ir acorde a estas demandas. Se ha avanzado en lo que respecta a la descentralización de servicios creándose redes asistenciales acordes a la problemática. El objetivo de las políticas públicas se centra en establecer circuitos de abordaje en todos sus niveles. Para ello es importante formar a los agentes involucrados.

El documento de Atención Primaria en Salud del 2003 de la Provincia de Mendoza intenta sumar al abordaje de las adicciones preparando y formalizando la complejidad de la problemática a los diferentes efectores de salud de la provincia, miembros vitales en la promoción, prevención y abordaje de las adicciones.

En este documento se hace hincapié a que todos los actores en salud que tengan un rol protagónico deberían asumir su compromiso con las adicciones y con la salud mental, delimitando el rol del agente sanitario desde los diferentes niveles, destacando que en cada nivel de atención en salud hay diferentes roles y responsabilidades.

Este capítulo pretende aportar y enriquecer estos aspectos de la salud mental y el consumo problemático, y ser de insumo para nuevas investigaciones.

2.7. Marco Normativo de la Provincia de Mendoza en relación con la Salud Mental.

En Mendoza, la normativa principal en salud mental es la Ley Provincial 7.088/03 que tiene como objetivo la creación del Plan Provincial de Adicciones. Este plan se enfoca en

fortalecer y articular los esfuerzos de los organismos estatales con las organizaciones de la sociedad civil para abordar la problemática de las adicciones de forma integral.

En línea con la Ley mencionada, en 2003 se ha creado la Red Asistencial de Consumos Problemáticos, que busca articular diferentes centros especializados y organismos que abordan la problemática de forma integral, tanto en el ámbito público como privado, esta red servirá como recurso para detectar los actores que intervienen en la temática.

En 2003 se crea en Mendoza el Plan Provincial de Adicciones y luego en 2005 la Dirección de Salud Mental reemplaza lo que hasta entonces había sido Departamento. Esto facilitó la articulación interinstitucional entre lo público y los grupos privados que ya estaban constituidos como Alcohólicos Anónimos, Viaje de Vuelta, Cable a Tierra, Conexión, AEA, Hallar, Narcóticos Anónimos, Accionar y otros que se fueron formando después. (Plan Provincial de Adicciones, 2010)

Además, en relación a la Ley Nacional de Salud Mental, la provincia ha implementado la Resolución 3587/2009 conformando un Comité Provincial de Docencia e Investigación en Salud Mental, esto se debe a la necesidad de contar con recursos humanos capaces de desenvolverse en esta realidad, aptos científica y técnicamente, con una formación humanista e integral en las Áreas y/o efectores de salud mental, debido que la complejidad y magnitud de los problemas exceden la visión y misión de los hospitales, quienes hasta la fecha asumen esta responsabilidad; y considerando que se requiere un punto de vista más amplio, que lo incluya y que tenga en cuenta a los demás estamentos sociales involucrados, es decir instituciones, programas, organizaciones y efectores, públicos y privados, que en su conjunto tienen que ver en distinta medida y oportunidad con el estudio, tratamiento y prevención de los trastornos mentales. (LEGISALUD ARGENTINA, s.f.)



Teniendo en cuenta el marco normativo vigente hasta el periodo de investigación, se procederá a contextualizar el ámbito en el cual se desenvuelve dicha investigación.

2.8. Contexto Social

La provincia elegida para investigar la problemática es la de Mendoza. Se localiza en la llanura al este de la cordillera de los Andes. Es una de las principales provincias del país, y con su aglomerado urbano, denominado Gran Mendoza, alcanza una población total que supera el millón de habitantes. Además, se divide en 18 departamentos y se caracteriza por su producción agrícola y la industrialización de materias primas como vid, frutas y hortalizas.

En relación con el periodo de estudio comprendido, Rodolfo Suarez asumió como gobernador el 9 de diciembre de 2019. Su gestión estuvo marcada por desafíos significativos, particularmente durante la pandemia de COVID-19, que puso a prueba las capacidades del sistema de salud provincial. A esto se sumaron problemáticas estructurales como la inflación, la escasa inversión nacional y un contexto macroeconómico desfavorable, a los que les tocó gestionar una situación sin precedentes.

2.9 Contexto Político e Institucional

En relación con el contexto político e institucional en el sector de salud, Ana María Nadal fue la profesional elegida por el gobernador Rodolfo Suarez para estar al frente del Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes en el periodo estudiado. Nadal tenía como objetivo fortalecer la atención primaria de salud, trabajar y gestionar el primer nivel de atención para tener la salud con una lógica de cercanía y de territorialidad. Otro gran desafío para la ministra era modernizar el Estado, incorporar herramientas de gestión moderna, como las historias clínicas electrónicas, padrones de usuarios, sistema de turnos, información a los ciudadanos, etc. El sistema de salud para la

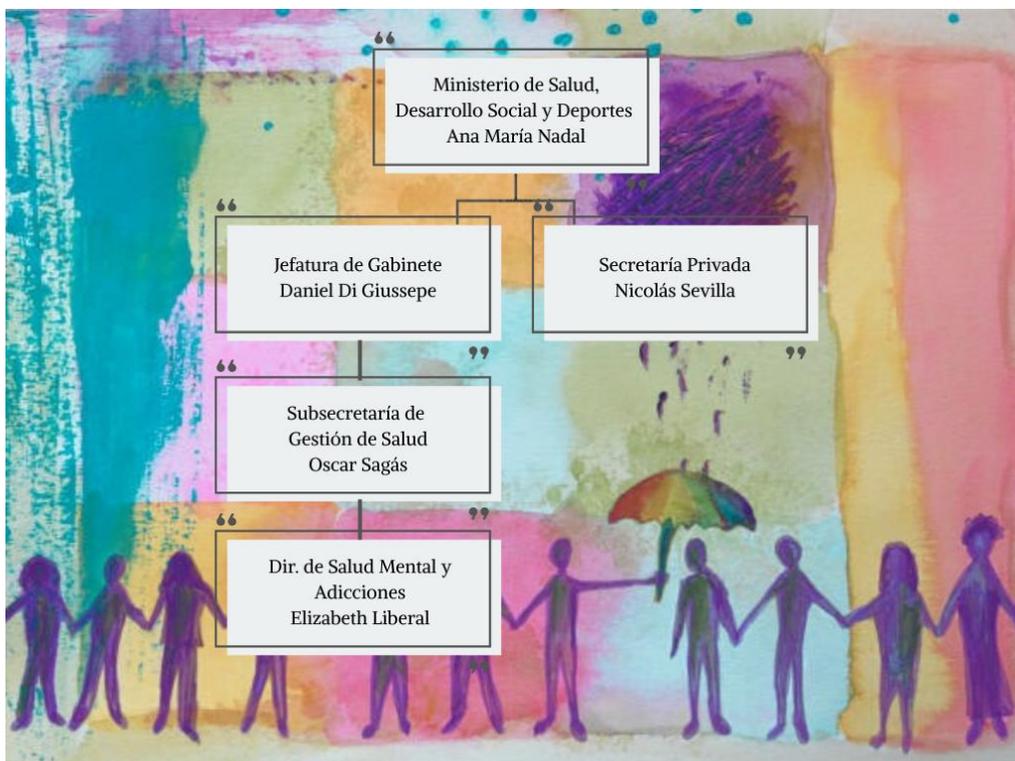
ministra de salud debe estar enfocado en la persona, en su familia y en el entorno en el que vive. (Mendoza Post, 2019)

En cuanto a la estructura institucional, durante el período 2020–2023, el Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes, liderado por Ana María Nadal, fue el principal órgano encargado de la gestión sanitaria. Bajo su estructura operaron:

1. La Jefatura de Gabinete (Daniel Di Giuseppe)
 - 1.1. La Subsecretaría de Gestión de Salud (Oscar Sagás)
 - 1.1.1. La Dirección de Salud Mental y Adicciones (Elizabeth Liberal)

Figura 7

Organigrama de Gobierno Mendoza 2020- 2023: Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes.



Fuente: Elaboración propia, en base al Gobierno de Mendoza – Organigrama (2020-2023). <https://www.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/19/2021/08/organigrama-de-gobierno-Mendoza-2020-2023-A2.pdf>

El análisis del contexto social, político e institucional resulta fundamental para comprender, posteriormente, cómo se coordinan, diseñan e implementan las políticas públicas de salud mental y consumo problemático en el período abordado. En el siguiente apartado, se presentarán datos estadísticos relevantes de la provincia de Mendoza vinculados a estas problemáticas, los cuales constituirán un insumo clave para interpretar las estrategias de intervención estatal y, más adelante, contrastarlas con las políticas efectivamente desarrolladas durante el período analizado.

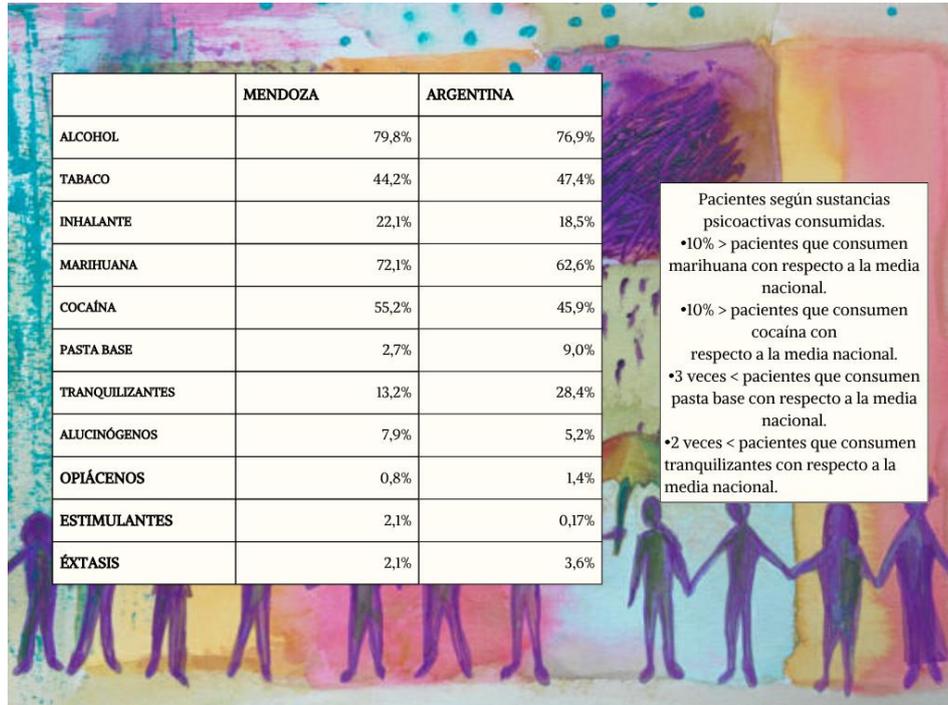
2.10. Diagnóstico Epidemiológico Nacional y Provincial utilizando como fuente el Plan Provincial de Adicciones.

Para el logro de un cuadro de situación nacional y provincial en referencia a la problemática de las adicciones, se estudian indicadores indirectos que permiten inferir el estado situacional llevado a cabo por diferentes organismos públicos provinciales, nacionales e internacionales. Esto permitirá tener un diagnóstico de nuestra provincia y servirá de disparador para que aquellos interesados en profundizar los mismos, recurran a estudios epidemiológicos y/o investigaciones citadas.

En el registro que se muestra a continuación, se analizan los pacientes que ingresan a tratamiento en todos los centros preventivos asistenciales en adicciones públicos de la provincia y en algunas instituciones privadas desde el 2007. Esta investigación se llevó a cabo en todo el país por el Observatorio Argentino de Drogas de SEDRONAR, y en conjunto en la provincia de Mendoza con el Plan Provincial de Adicciones.

Figura 8

Registro Continuo de Pacientes en Centros de Tratamiento- Mendoza 2008, 2009 y 2010.



Fuente: Elaboración propia, en base a la propuesta de “Atención primaria en salud ante el consumo problemático de drogas de la Dirección General de Salud Mental & Plan Provincial de Adicciones, Gobierno de Mendoza” (s.f).

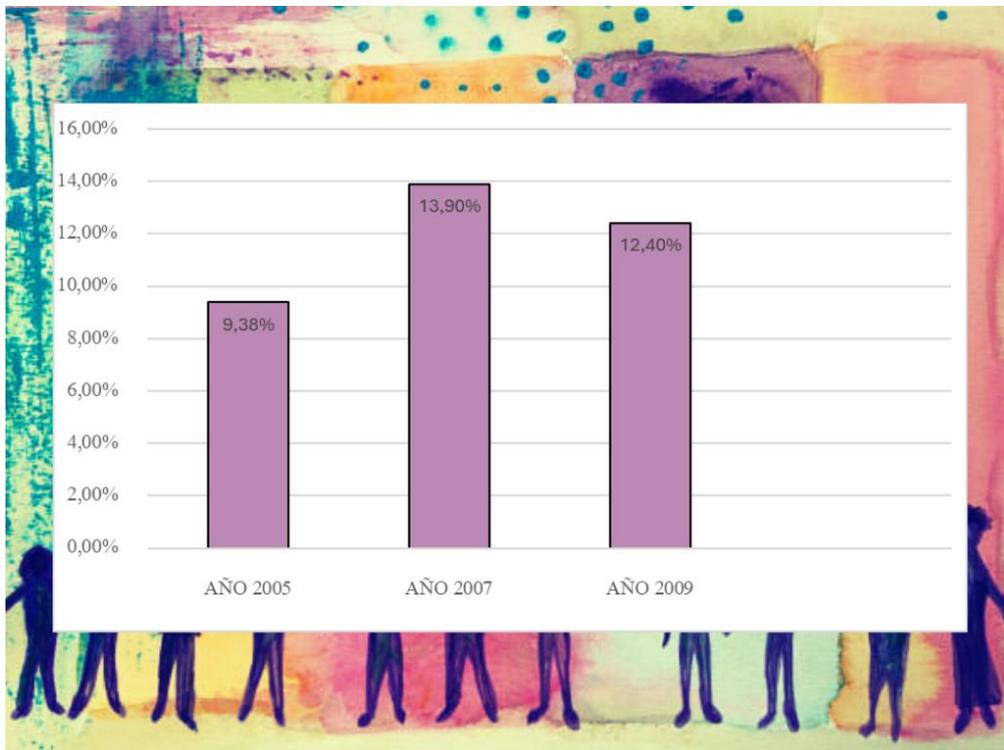
<https://fcm.uncuyo.edu.ar/upload/atencion-primaria-en-salud1.pdf>

En términos generales, este registro evidencia que los pacientes que llegaron a los centros de tratamientos públicos y privados son jóvenes, predominantemente masculinos, solteros, sin hijos a cargo, con un bajo nivel educativo y con una baja inclusión laboral. Con respecto a la edad de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas se dio antes de los 16 años y las drogas de inicio en primer término alcohol, seguida de tabaco y por último marihuana y cocaína.

Además, se observó que los pacientes acudieron a tratamiento predominantemente de manera voluntaria, seguido de aquellos que lo hicieron por presión de familiares o amigos, y por último los que llegaron por una indicación legal. Sólo un pequeño porcentaje lo hizo por indicación médica, académica o laboral.

Figura 9

Ingresos a Sala de Guardia Relacionados con el Consumo de Sustancias Psicoactivas-
Mendoza 2005, 2007 y 2009.



Fuente: Elaboración propia, en base a la propuesta de “Atención primaria en salud ante el consumo problemático de drogas de la Dirección General de Salud Mental & Plan Provincial de Adicciones, Gobierno de Mendoza” (s.f).

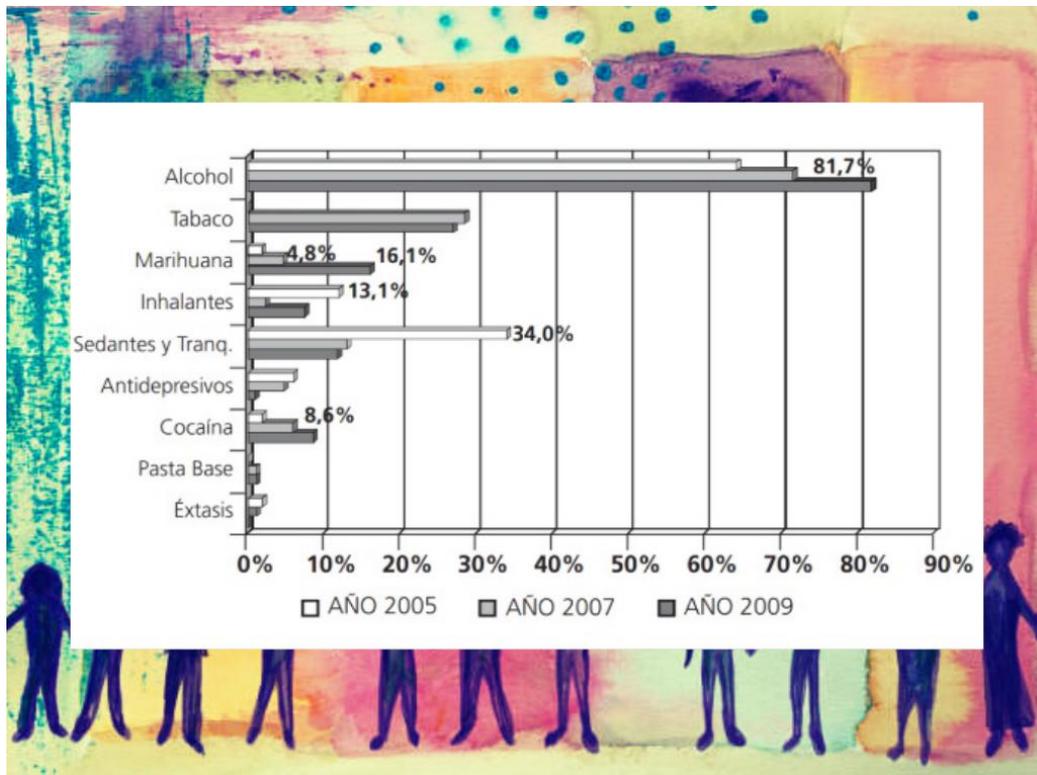
<https://fcm.uncuyo.edu.ar/upload/atencion-primaria-en-salud1.pdf>

Luego, se analizaron los ingresos a sala de guardia del Hospital Central, tomando como muestra una ventana epidemiológica de una semana típica, durante 2005, 2007 y 2009

se observó que sobre el total de los pacientes que acuden a la sala de emergencia en 2005 el 9,38% sus ingresos están relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (1 de cada 10); este valor asciende al 13,9% en 2007 y durante 2009 los ingresos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas representan el 12,4% del total de pacientes que acuden a la sala de guardia del Hospital Central.

Figura 10

Ingreso por Tipo de Sustancia- Mendoza 2005, 2007, 2009.



Fuente: Elaboración propia, en base a la propuesta de “Atención primaria en salud ante el consumo problemático de drogas de la Dirección General de Salud Mental & Plan Provincial de Adicciones, Gobierno de Mendoza” (s.f).

<https://fcm.uncuyo.edu.ar/upload/atencion-primaria-en-salud1.pdf>

Por último, pero no menos relevante para la investigación, las principales sustancias que se presentan en los ingresos relacionados con consumo son alcohol, de manera

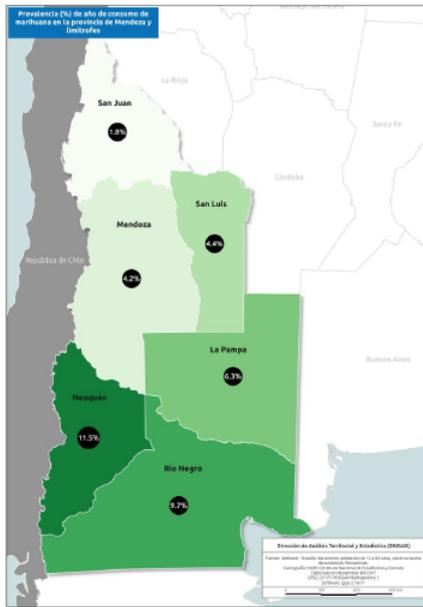
sobresaliente, luego siguen drogas que acompañan la intoxicación como tabaco y marihuana; sedantes, tranquilizantes, cocaína e inhalantes también muestran valores significativos.

Los datos recolectados del Plan Provincial de Adicciones se tendrán en cuenta en la investigación para contrastarlos posteriormente con el Diagnóstico Epidemiológico Provincial del 2017 y con el periodo analizado 2020-2023.

2.11 Diagnóstico Epidemiológico Provincial

En el presente informe realizado por el DNOAD se comunican los principales resultados a través de mapas temáticos de la provincia de Mendoza y de aquellas que limitan con ella (Neuquén, Río Negro, La Pampa, San Luis y San Juan) respecto a la magnitud del consumo en base a las prevalencias de vida, año y mes de alcohol, tabaco, marihuana y cocaína. En este sentido los datos presentados, posibilitaron analizar la distribución territorial de las prevalencias y de esta manera establecer una comparación entre la provincia bajo análisis y sus colindantes, permitiendo construir un escenario provincial en sus trazos más generales en lo que respecta a los consumos de sustancias psicoactivas en población general.

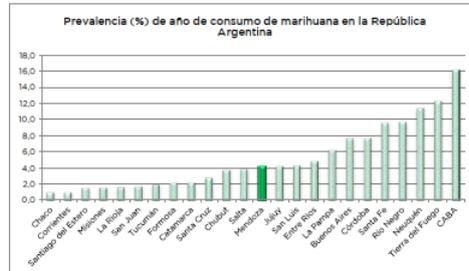
Cabe aclarar que el “Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas (2017)” encuestó en la provincia de Mendoza a 824 personas en ese rango de edad. El diseño muestral de tipo representativo que enmarca este estudio habilita a expandir dicha población a 834.995 personas. De esta manera, esta investigación del Observatorio Argentino de Drogas de la SEDRONAR permite dar cuenta del estado de situación sobre el consumo de sustancias psicoactivas en la población entre 12 a 65 años, residentes en aglomerados de 80 mil o más habitantes de la provincia de Mendoza, para el año 2017. Se encuestaron a personas residentes en las siguientes localidades: Ciudad de Mendoza, Godoy Cruz, Guaymallén, Las Heras, Luján



c. Prevalencia de año de consumo de marihuana

La prevalencia (%) de año de consumo de marihuana en la provincia de Mendoza se registra en un 4.2 %.

Gráfico N°7

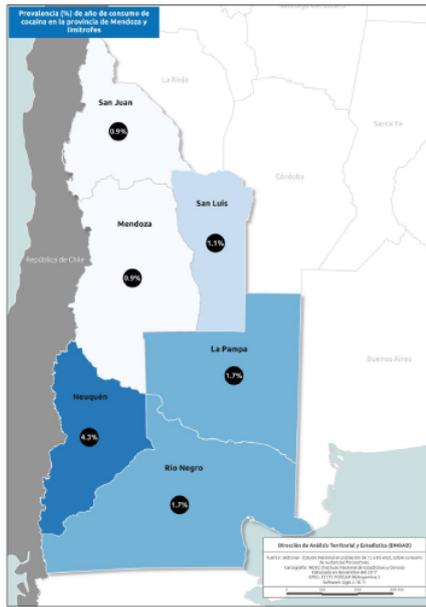


Fuente: Sexto Estudio Nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas (2017)

Fuente: Tomado de DNOAD-SEDRONAR (2017). Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años, sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas. Argentina 2017. Informe de resultados N°1: Magnitud de consumo de sustancias a nivel nacional. Disponible en: <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/2017-10-05ZEncuestaZHogaresZconZcuestionario.pdf>

Figura 14

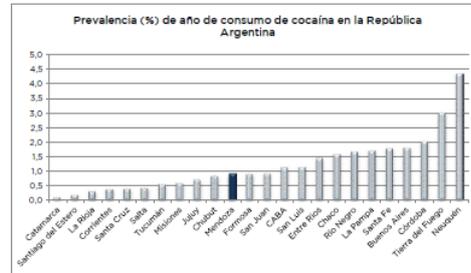
Prevalencia de año de consumo de cocaína. Mendoza 2017.



d. Prevalencia de año de consumo de cocaína

La prevalencia (%) de año de consumo de cocaína en la provincia de Mendoza se registra en un 0.9 %.

Gráfico N°8



Fuente: Sexto Estudio Nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas (2017)

Fuente: Tomado de DNOAD-SEDRONAR (2017). Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años, sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas. Argentina 2017. Informe de resultados N°1: Magnitud de consumo de sustancias a nivel nacional. Disponible en: <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/2017-10-05ZEncuestaZHogaresZconZcuestionario.pdf>

El desafío en el análisis de campo será contrastar esos datos oficiales recabados en 2017 con el periodo analizado 2020-2023.

2.12. Políticas Públicas de Salud Mental en Mendoza.

2.12.1 Implementación de Políticas Públicas según el Plan Provincial de Adicciones (2003).

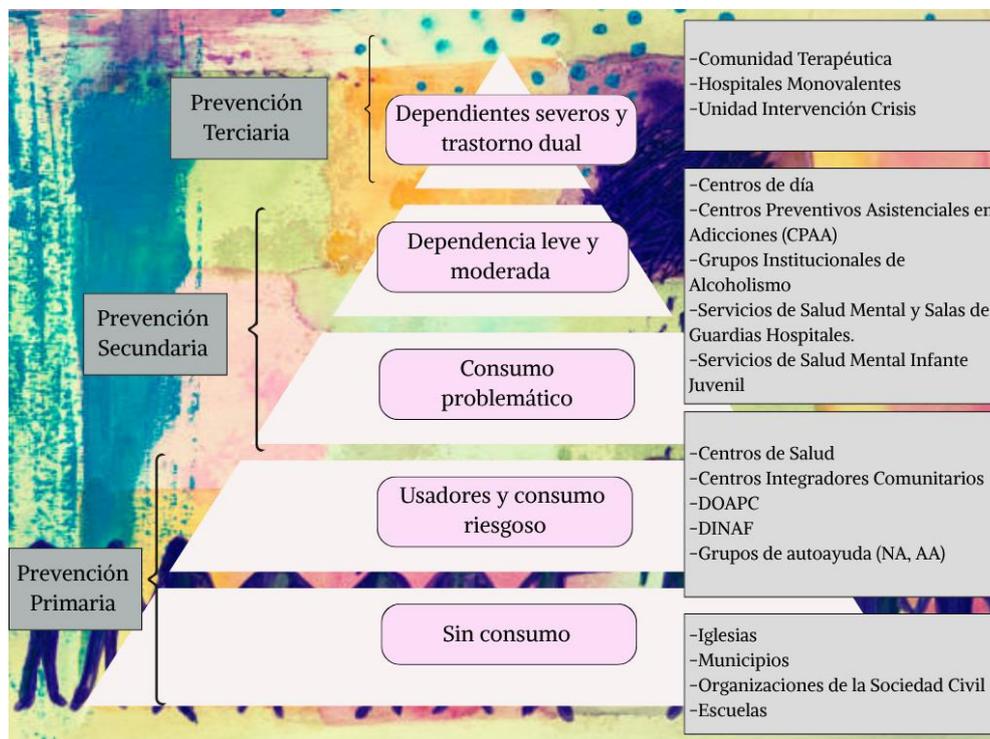
Según el Plan Provincial de Adicciones (2010), el Gobierno de Mendoza tiene como lineamiento general de su política de Estado “la integración orgánica, a nivel conceptual y práctico de aportes, de las distintas áreas ministeriales y municipales para implementar y operativizar territorialmente acciones para el ejercicio de los derechos y deberes ciudadanos”.

Dentro de las temáticas sociales que la provincia jerarquiza como prioritaria están “las adicciones”, que deben abordarse integralmente desde la “prevención”, “capacitación” y “asistencia” de distintos sectores sociales, poblacionales y de acuerdo con el perfil del usuario delineado en los últimos años.

El gráfico siguiente muestra los diferentes niveles de atención en salud de acuerdo con que se trate de un uso sin riesgo, consumo riesgoso, problemático o dependiente, y ayuda a delimitar acerca de lo que se puede y debe hacer desde el ámbito de trabajo vinculado al consumo de drogas y los problemas asociados al mismo.

Figura 15

Niveles de atención en salud de acuerdo a que se trate de un uso sin riesgo, consumo riesgoso, problemático o dependiente.



Fuente: Elaboración propia, en base a la propuesta de “Atención primaria en salud ante el consumo problemático de drogas de la Dirección General de Salud Mental & Plan



Provincial de Adicciones, Gobierno de Mendoza” (s.f).

<https://fcm.uncuyo.edu.ar/upload/atencion-primaria-en-salud1.pdf>

2.12.2 Implementación de Políticas Públicas en Mendoza según el Informe estadístico y geográfico realizado en 2016 sobre los dispositivos de prevención y asistencia de la SEDRONAR.

En el marco de las políticas públicas de salud mental y consumo problemático, el Informe estadístico y geográfico realizado por la SEDRONAR en 2016 sobre los dispositivos de prevención, asistencia y otros organismos públicos y privados documenta que desde el año 2001 y con diferentes niveles de periodicidad, la SEDRONAR viene trabajando con las provincias la problemática del consumo y abuso de sustancias psicoactivas. En el encuentro llevado a cabo en 2016 con los delegados provinciales del Consejo Federal para la Prevención y Asistencia de las Adicciones y la Lucha contra el Narcotráfico (COFEDRO), la Dirección Nacional del Observatorio Argentino de Drogas (DNOAD) presentó un estado de situación de los principales Dispositivos de atención vinculados al Área de Prevención, Asistencia y Capacitación que desarrollan actividades en las provincias.

El estudio informa cuáles dispositivos funcionan en la provincia según las tres áreas de referencia: Prevención, Asistencia y Capacitación.

El Área de Prevención trabaja desde tres ejes específicos de intervención que interactúan entre sí y que buscan cubrir las necesidades concretas en materia de prevención de las adicciones del país:

- Estrategias Preventivas en el Ámbito Educativo: A través de programas se busca fortalecer a las instituciones educativas.



- Redes Preventivas Comunitarias: Se construyen los CEPLA como dispositivos preventivos barriales. En la provincia de Mendoza se encuentra ubicado un CEPLA, localizado en la localidad de Guaymallén, en el Barrio Alameda.
- Unidades de Prevención: Se generan Proyectos Preventivos Municipales para acompañar y fortalecer el trabajo municipal en materia de prevención de adicciones.
- Dispositivo territorial barrial: PEC - Puntos de Encuentro Comunitarios: En la Provincia de Mendoza se localizan cuatro PEC (Punto de Encuentro Comunitario), todos ubicados en la localidad de Godoy Cruz, en los barrios Campo Papa, La Gloria y Jorge Contreras.

En el Área de Asistencia se localizan los dispositivos de la SEDRONAR en la provincia que brindan servicio de asistencia al consumo problemático de drogas y/o alcohol, y de aquellas instituciones de asistencia que prestan servicio o tienen relación con la Secretaría, con el fin de estudiar la relación espacial que se establece entre éstas y la vulnerabilidad social, determinando si la población más vulnerable cuenta con acceso a servicios asistenciales.

- Dispositivo dependiente de la SEDRONAR: CEDECOR - Centro de Evaluación y Derivación. En la provincia de Mendoza no se encuentra funcionando un CEDECOR LOCAL al momento de la investigación.
- Dispositivo dependiente de la SEDRONAR: CET - Casas Educativas Terapéuticas. En la Provincia de Mendoza se localizan tres CET ubicadas en las localidades de Godoy Cruz, Guaymallén y San Rafael.
- Servicio de atención telefónica: LÍNEA 141. En la Provincia de Mendoza se efectuaron 532 consultas vinculadas a diferentes sustancias al momento de la investigación. Las comunicaciones pueden incluir consulta por más de una sustancia.



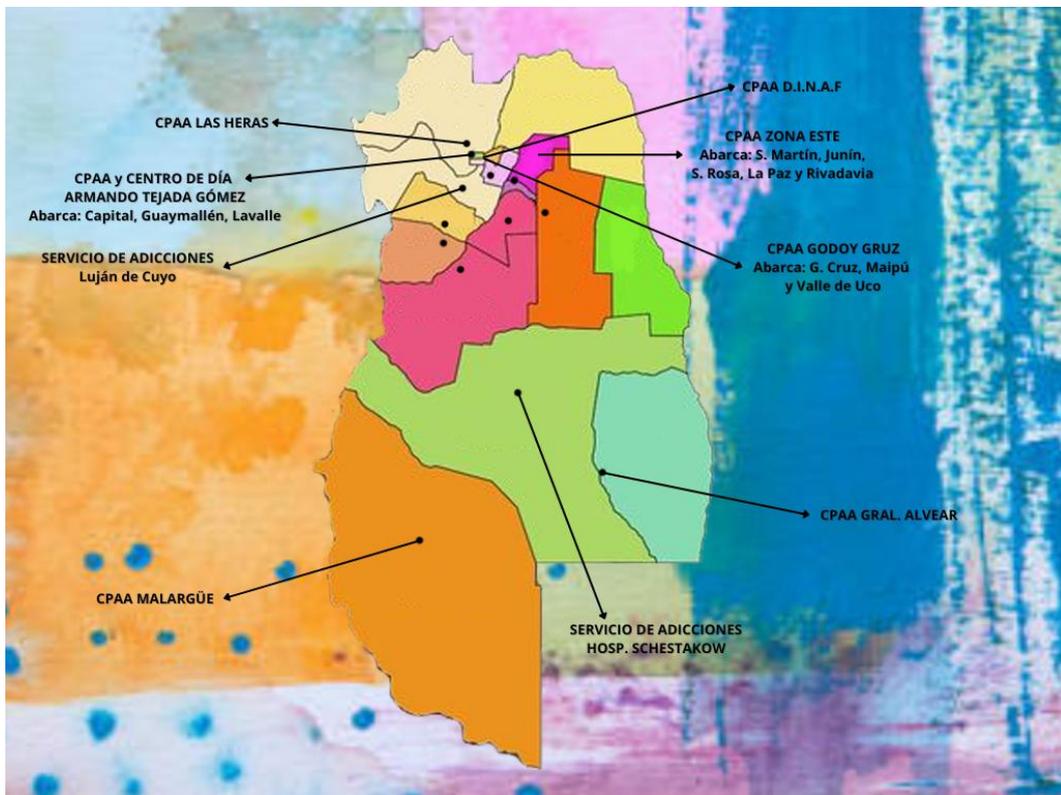
- Dispositivo subsidiado por la SEDRONAR: CAAC – Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario. Hasta el momento de la investigación en la provincia de Mendoza no se habían implementado.
- Instituciones Prestadoras vinculadas a la SEDRONAR: Hospitales públicos y privados, Instituciones de Salud Mental pública y privada y Centros de Tratamientos.
- Pacientes subsidiados por la SEDRONAR. Los pacientes que se encuentran vigentes hasta el momento de la investigación en la provincia eran 4. Los pacientes dados de baja en la provincia son 9.

En el periodo en el cual se lleva a cabo la investigación (2020- 2023) estaban al servicio de la comunidad los siguientes Centros Preventivos y Asistenciales en Adicciones, donde los tipos de abordajes prevención y promoción de la Salud que se llevaban a cabo era la rehabilitación, la inclusión social, actividades comunitarias y reducción de daños.

- COORDINACIÓN CENTRAL ubicada en Morón 332, Ciudad de Mendoza.
- CPAA Capital Tejada Gómez ubicado en Pasaje P. Vargas 598, Ciudad.
- CPAA Godoy Cruz ubicado en Salvador Arias 1072, Godoy Cruz.
- CPAA Las Heras ubicado en Dorrego 63, Las Heras.
- CPAA Luján de Cuyo ubicado en Calle Quintana y Acceso Sur – Perdriel.
Consultorios Externos del Hospital, Luján de Cuyo.
- CPAA Zona Este ubicado en Gutiérrez 42, San Martín.
- CPAA Valle de Uco ubicado en Reginato 1330 – Barrio los Cóndores, Tunuyán.
- CPAA San Rafael ubicado en Comandante Salas 567, San Rafael.
- CPAA General Alvear ubicado en Emilio Civit. Área de Salud Mental, consultorio
7. Hospital Enfermeros Argentinos, General Alvear.
- CPAA Malargüe ubicado en Pampa Palauco 827. Barrio El Payen, Malargüe.

Figura 16

Centros Preventivos y Asistenciales en Adicciones (CPAA).



Fuente: Elaboración propia, en base a la propuesta de “Atención primaria en salud ante el consumo problemático de drogas de la Dirección General de Salud Mental & Plan Provincial de Adicciones, Gobierno de Mendoza” (s.f).

<https://fcm.uncuyo.edu.ar/upload/atencion-primaria-en-salud1.pdf>

El Área de Capacitación sobre adicciones tiene como objetivos sensibilizar y dotar de herramientas teóricas y prácticas sobre estrategias de prevención en consumo de drogas a personas pertenecientes a organismos públicos y no gubernamentales, como así también a quienes residen en barrios de mayor riesgo.

Se trabaja sobre las siguientes líneas de acción:

- Formador de Formadores, es un espacio de aprendizaje e intercambio dirigido a capacitar a personas en prevención de consumo de sustancias psicoactivas, las cuales serán encargadas de replicar conocimientos, trabajar y coordinar grupos de formación. Hasta el momento de la investigación en la provincia de Mendoza no se habían realizado actividades.
- Foros Comunitarios, son espacios de formación e intercambio de experiencias en el trabajo. Hasta el momento de la investigación en la provincia de Mendoza no se habían realizado actividades.
- Diplomatura en Operador Socio-Terapéutico con el consumo problemático de sustancias psicoactivas. Hasta el momento de la investigación en la provincia de Mendoza no se habían realizado actividades.
- Campus Virtual de Capacitación. Hasta el momento de la investigación en la provincia de Mendoza no se habían realizado actividades.
- Publicaciones del Área de Capacitación. Hasta el momento de la investigación en la provincia de Mendoza no se habían realizado actividades.
- Contexto de Encierro. Hasta el momento de la investigación en la provincia de Mendoza no se han realizado actividades.

Luego, en 2016 se llevó a cabo una experiencia, donde el equipo de DTC del barrio “La Gloria”, Mendoza, se propuso generar un espacio de presencia permanente durante el verano, cuando la gran mayoría de las instituciones del barrio se encuentran cerradas. (OAD, 2019)

Estas actividades de verano se presentaron en dos líneas estratégicas: talleres recreativos y artísticos dirigidos a jóvenes, y espacios de escucha. Estas líneas de acción se ubican en distintos puntos del barrio para garantizar el acceso de todos los y las jóvenes, sorteando la conflictividad territorial.



En busca de que la perspectiva de redes esté presente en estos espacios, el equipo técnico se capacitó en Análisis de Redes Sociales (ARS), a partir de la organización y participación de un curso de posgrado en articulación con la Universidad Nacional de Cuyo.

Posteriormente, en 2019 se comenzó a utilizar el software Egonet para graficar, diagnosticar y evaluar estas redes. Dicho programa facilita que el sujeto pueda visualizar su red al finalizar la entrevista y, por lo tanto, forme parte de su análisis, junto con el equipo interdisciplinario que la realiza. El trabajo con este método y la utilización de este software en particular permite poder trabajar a partir del consentimiento informado, establecido en la Ley N° 26.657 Nacional de Salud Mental.

Esta nueva metodología para la reconstrucción y diagramación de las redes personales se utiliza en los espacios de escucha con sujetos que atraviesan una o más situaciones como sujetos con consumos problemáticos; sujetos con los que se ha tornado repetitivo el abordaje y cuyas intervenciones no han dado resultados positivos; sujetos con los que ya se tiene un vínculo de confianza suficiente como para realizar la entrevista con Egonet en el marco de los espacios de escucha; sujetos cuyas vulnerabilidades o demandas requieren un abordaje longitudinal.

Entre los resultados más importantes obtenidos desde la construcción del dispositivo se pueden mencionar que:

- El dispositivo espacio de escucha permitió incorporar al usuario o al sujeto en situación de vulneración de derechos, de forma activa en el proceso del diagnóstico y diseño de la estrategia de acompañamiento e intervención;
- El análisis utilizando el software Egonet contribuyó en el proceso de identificación de los nodos según los ambientes de vinculación. De este modo, se



puede orientar la diversificación de la red hacia los espacios con escasa participación;

- El sujeto logra una mayor comprensión de sus recursos relacionales, ya que puede distinguir los tipos de apoyo que recibe de su red personal y, de esta forma, potenciarlos estratégicamente para alcanzar sus metas.

Todo esto implicó una mayor eficiencia en los manejos de los recursos que ya posee el sujeto, el sistema comunitario y los equipos técnicos a la hora de pensar diferentes estrategias de intervención. (SEDRONAR, 2016)

En la gestión de Rodolfo Suarez en 2020, el sistema de salud fue uno de los sectores a los cuales se les dio mayor prioridad por el contexto en el cual se encontraba inmerso, según la Prensa Gobierno de Mendoza (2020) se realizaron las siguientes acciones:

- Se invirtieron más de \$6.500 millones de pesos en medicamentos y productos médicos para la atención de la salud, de los cuales un 30% fue destinado a insumos específicos para diagnóstico de Covid-19 y equipos de protección personal del recurso humano.
- Aumentaron los equipos de protección personal (EPP), como lo son las ambulancias, aspiradores, camas eléctricas, camillas, camas ortopédicas, equipos rayos, termómetros infrarrojos, cabinas de bioseguridad e insumos para laboratorio.
- Fortalecieron la cobertura universal y territorial orientada a la atención primaria. (Los Andes, 2022)
- Desarrollaron políticas de salud digital, como la implementación de la historia clínica única digital y los sistemas de información para la gestión.



Por su parte y con relación a la salud mental, ampliaron servicios, con especial foco en las líneas de cuidado priorizadas, como la salud materno-infantil, niñez y adolescencia, enfermedades crónicas no transmisibles y el cuidado de la salud mental.

Por otro lado, y en relación con el Plan Provincial de Adicciones el cual establece la necesidad de diseñar estrategias de comunicación que tengan como fin hacer conocer los recursos institucionales contemplando las necesidades de información de la población acerca de la temática. Se realizaron diversos encuentros de Salud Mental, donde participaron la Dirección Provincial de Juventudes, la Dirección Provincial de Salud Mental, la Coordinación de Educación Rural y la Dirección General de Escuelas. En estos encuentros se hacía foco en la escucha y el diálogo, donde las personas podían compartir aquellas situaciones que los atraviesan a diario, y en los distintos espacios en los que transitan. (Dirección General de Escuelas, 2023)

Además, en estos encuentros de salud mental se hizo énfasis en las líneas telefónicas de orientación y contención como son:

- 148 opción 0 (todos los días de 8.00 a 20.00 horas).
- 102 para niños, niñas y adolescentes (todos los días durante las 24 horas).
- 144 violencia de género (todos los días durante las 24 horas).
- 911 urgencias y emergencias.

A partir de la descripción de las políticas públicas de salud mental y consumo problemático puestas en marcha en Mendoza, es posible introducir el estudio de los actores porque son ellos quienes llevan a cabo diariamente el abordaje de la problemática.



2.13. Actores clave en el abordaje de la salud mental y el consumo problemático

En este apartado se expondrán los actores que intervienen en la problemática utilizando como fuente la red asistencial de consumos problemáticos.

En primer lugar, se ubica a las instituciones que intervienen en casos de urgencia. Si se tratara de una intoxicación, deben comunicarse al 911 y/o dirigirse al Hospital General, donde se evaluará la necesidad de una derivación hacia Hospitales de Salud Mental.

En segundo lugar, los dispositivos con atención ambulatoria. Se trata de centros especializados, así como también organismos que abordan las problemáticas con un anclaje comunitario ofreciendo diversa variedad de talleres de acceso gratuito, e instituciones que abordan las problemáticas de consumo en el ámbito privado. En todos los casos podrán visualizar la oferta de servicios que brinda cada uno.

En otro de los apartados están los dispositivos residenciales que cuentan con internación; aquellos que existen en contexto de encierro para personas privadas de la libertad, los organismos municipales y en último lugar hemos realizado una clasificación en función de las sustancias con las respectivas instituciones que abordan dichas problemáticas.

2.13.1 Organismos públicos provinciales

- DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL Y CONSUMOS PROBLEMÁTICOS
- OSEP – Programa de Abordaje de Consumo Problemático y Casos Complejos.
- SERVICIO COORDINADO DE EMERGENCIAS. CIAT - Centro de Información Toxicológica. Departamento de Toxicología.



2.13.2 Servicios de salud mental en hospitales generales

- HOSPITAL CENTRAL
- HOSPITAL LUIS LAGOMAGGIORE.
- HOSPITAL N. J LENCINAS
- HOSPITAL HUMBERTO NOTTI
- HOSPITAL REGIONAL DIEGO PAROISSIEN
- HOSPITAL A METRAUX
- HOSPITAL HÉCTOR ELÍAS GAILHAC
- HOSPITAL DR. RAMÓN CARRILLO
- HOSPITAL PERRUPATO
- HOSPITAL CARLOS SAPORITI
- HOSPITAL ARENAS RAFFO
- HOSPITAL REGIONAL ANTONIO J. SCARAVELLI
- HOSPITAL GENERAL LAS HERAS
- HOSPITAL TEODORO J. SCHESTAKOW
- HOSPITAL ENFERMEROS ARGENTINOS
- HOSPITAL MALARGÜE
- HOSPITAL VICTORINO TAGARELLI SAN CARLOS

Dispositivos de internación en instituciones de salud mental.

Centros preventivos asistenciales en adicciones y centros asistenciales y preventivos de salud mental infante juvenil.

Dispositivos de abordaje para adolescentes, dispositivo territorial comunitario (DTC)

Casas de atención y acompañamiento comunitario (CAAC)

Instituciones privadas de tratamiento ambulatorio.

Dispositivos residenciales.

Servicio penitenciario de Mendoza.

2.13.3 Organismos municipales

Abordaje de las problemáticas vinculadas al consumo de alcohol como alcohólicos anónimos y abordaje de las problemáticas vinculadas al consumo de otras sustancias: grupos de narcóticos anónimos (N.A.)

Abordaje de las problemáticas vinculadas al consumo de tabaco, a los juegos de azar, al consumo de alimentos.

2.13.4 Otros actores

Espacios religiosos de acompañamiento.

Centros Comunitarios de Prevención de Consumos.

Obras sociales/ particulares.

Familiares, usuarios y ex-usuarios de servicios de salud mental.

Los actores aquí descritos, instituidos por la LNSM, consolidan el enfoque de derechos y entraron en tensión con saberes y prácticas históricas basadas en paradigmas positivistas dominantes en el campo de la salud mental. Su presencia, además de visibilizar y dimensionar diversas problemáticas tanto en las políticas como en las

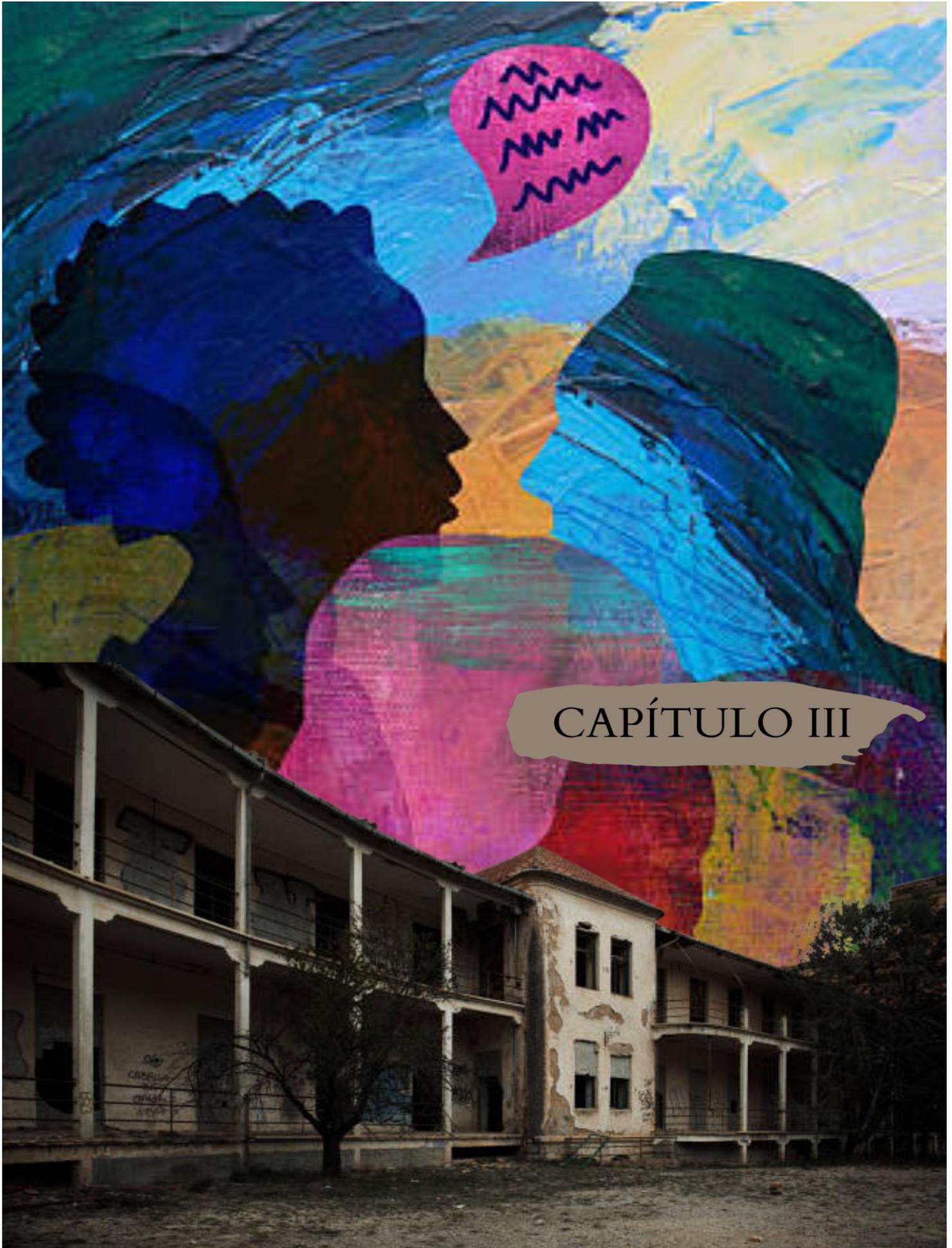
prácticas, implicó profundas modificaciones en un escenario en el que concepciones, no sólo formales, sino también ideológicas y culturales, habían permanecido hondamente enraizadas y casi inalteradas en distintos actores sociales durante muchas décadas.



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO



FCPyS
FACULTAD DE CIENCIAS
POLÍTICAS Y SOCIALES



CAPÍTULO III



CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Problema

Considerando que las preguntas orientan hacia las respuestas que se buscan con la investigación (HERNÁNDEZ SAMPIERI, 2014), este trabajo tendrá el objetivo de responder el siguiente interrogante:

¿Cuáles son los desafíos institucionales que se presentan en el diseño e implementación de políticas públicas de salud mental en relación al abordaje del consumo problemático en la provincia de Mendoza durante el período 2020-2023?

3.2 Supuesto

La importancia institucional en el diseño e implementación de políticas públicas de salud mental respecto al consumo problemático radica en su efectiva implementación a través de la correspondiente asignación de recursos, la disponibilidad de profesionales especializados y la coordinación entre los distintos niveles de gobierno y actores intervinientes.

3.3 Objetivos

3.3.1 Objetivo General:

Analizar los desafíos institucionales presentes en el diseño e implementación de políticas públicas de salud mental vinculadas al consumo problemático en la provincia de Mendoza durante el período 2020-2023.

3.3.2 Objetivos Específicos:

Objetivo Específico 1:



Explorar el cambio de paradigma en el abordaje del consumo problemático y su resultado en el diseño de las políticas públicas de salud mental.

Objetivo Específico 2:

Analizar conceptualmente los principales desafíos institucionales y los mecanismos de coordinación intergubernamental presentes en el diseño e implementación de políticas públicas de salud mental.

Objetivo Específico 3:

Describir las principales dificultades institucionales identificadas en la gestión de políticas de salud mental frente al consumo problemático en la provincia de Mendoza entre 2020 y 2023.

3.4 Tipo de Investigación

La presente investigación es de tipo **descriptiva**, ya que, según Hernández Sampieri (2014), “Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos, cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”

A su vez, este es un estudio de tipo **exploratorio**, ya que se ha tomado como objeto de estudio un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes. Se recurrirá a la búsqueda de Leyes, normativas, decretos y programas a nivel nacional y local.

3.5 Enfoque de la Investigación

La presente Investigación es de tipo **cualitativa**, debido a que se utilizarán técnicas de recolección de datos que, sin medición numérica, como las descripciones y las

observaciones que se pueden obtener en las entrevistas, permitirán complementar los métodos cuantitativos seleccionados. (HERNÁNDEZ SAMPIERI, 2014)

3. 6 Técnica de Recolección de Datos

Los datos de esta investigación se obtendrán de fuentes primarias.

Las **fuentes primarias** por utilizar serán:

-**Entrevistas semi estructuradas** -según HERNANDEZ SAMPIERI (2014)- se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener más información- a *informantes claves* de la Gestión Nacional, Provincial, del Sector Privado y demás actores vinculados a la salud mental y al consumo problemático.

Selección de informantes claves

La muestra por utilizar será la *de caso tipo* definida por HERNANDEZ SAMPIERI (2014) como aquella que son utilizadas cuando el objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información. Por ello, se caracteriza por ser un muestreo intencional; es decir, los informantes son seleccionados a partir de una razón específica y no al azar.

Asimismo, en palabras del autor, será una *muestra homogénea*, debido a que las unidades que se van a seleccionar poseen un mismo perfil o características, o bien comparten rasgos similares. (HERNÁNDEZ SAMPIERI, 2014)

Por esa razón, se han establecido criterios de inclusión y exclusión en función de la identificación de autores propuesta en el marco teórico la investigación que deben cumplir los informantes para poder participar y ser parte de este trabajo, los que se podrán observar en la siguiente tabla:

SECTOR SEGÚN LÓGICA DE ACCIÓN	ÁMBITO	INSTITUCIÓN
SECTOR POLÍTICO Y ADMINISTRATIVO NACIONAL	Poder Ejecutivo Nacional	Dispositivo Territorial Comunitario (DTC) de San Rafael.
SECTOR POLÍTICO Y ADMINISTRATIVO PROVINCIAL	Poder Ejecutivo Provincial	Dirección de Salud Mental y Consumos Problemáticos.
		Departamento de Toxicología.
		Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra.
		OSEP- Programa de Abordaje de Consumo Problemático y Casos Complejos.
		Centros Preventivo y Asistencial en Adicciones (CPAA) ZONA ESTE.
SECTOR POLÍTICO Y ADMINISTRATIVO MUNICIPAL	Poder Ejecutivo Municipal	Coordinación de Prevención y Abordajes de Adicciones del Municipio de General Alvear.
SECTOR PRIVADO	Organizaciones sociales	Espacio religioso y espiritual de acompañamiento.
		Grupo de Narcóticos Anónimos.
		Jóvenes interesados en la problemática, creadores de la plataforma QAIZEN.
		Familiar de personas con padecimientos de Salud Mental y Consumos Problemáticos.

Asimismo, se establecen los siguientes criterios de Inclusión y Exclusión para la realización de las entrevistas:

Participantes	Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Informantes claves del sector político administrativo	<ul style="list-style-type: none"> -Personas que ocupen cargo provincial con poder de decisión respecto de la temática abordada. -Personas que estén dispuestas a ser entrevistadas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Personas que trabajen en la gestión del Gobierno de Mendoza y no ocupen cargos de primera o segunda jerarquía. -Personas que no estén dispuestas a ser entrevistadas.
Informantes claves del sector privado	<ul style="list-style-type: none"> -Personas que tengan vinculación respecto de la temática abordada. -Personas que estén dispuestas a ser entrevistadas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Personas no tengan vinculación respecto de la temática abordada. -Personas que no estén dispuestas a ser entrevistadas.

En función de lo establecido por el marco teórico y la metodología propuesta, las personas que serán entrevistadas son:

Personas por Entrevistar			
SECTOR POLÍTICO Y ADMINISTRATIVO NACIONAL	Poder Ejecutivo Nacional	Referente Institucional del Dispositivo Territorial Comunitario (DTC) de San Rafael.	Lic. Trabajo Social Arturo Ratto.
		Coordinador de la Dirección de Salud Mental y Consumos Problemáticos	Dr. Psicología Facundo Cócola
SECTOR POLÍTICO Y ADMINISTRATIVO PROVINCIAL	Poder Ejecutivo Provincial	Jefe del Departamento Toxicología, Ministerio de Salud Mendoza	Mg. Aldo Sergio Saracco
		Directora Ejecutiva del Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra	Dr. Sandra Kassis Barcudi
		Psicóloga del Centro Preventivo y Asistencial en Adicciones (CPAA) ZONA ESTE.	Lic. Claudia Serrano
		Responsable del Grupo Coordinadores del Programa de Abordaje de	Psicólogo Iván Olivero y

Personas por Entrevistar			
		Consumo Problemático y Casos Complejos de OSEP.	Trabajadora Social Andrea Ciancone.
SECTOR POLÍTICO Y ADMINISTRATIVO MUNICIPAL	Poder Ejecutivo Municipal	Responsable de la Coordinación Prevención y Abordajes de Adicciones del Municipio de General Alvear	Rogelio Guerrero
SECTOR PRIVADO	Organizaciones Sociales	Responsable del Grupo Esperanza Viva de San Martín-Espacio religioso y espiritual de acompañamiento.	Matías Ganam
		Miembro de la confraternidad- Grupo de Narcóticos Anónimos. Iglesia Santiago Apóstol.	Anónimo 1
		Joven interesado en la problemática, creador de la plataforma QAIZEN.	Valentín De Antonio.
		Familiar de personas con padecimientos de Salud Mental y Consumos Problemáticos.	Anónimo 2.

-Otras fuentes secundarias a utilizar: documentos oficiales, trabajos presentados en conferencias o seminarios, artículos periodísticos y páginas en internet que tengan relación directa con el tema a investigar.

A partir de ello, se indagan cuáles son las instituciones y actores relevantes en la definición de políticas públicas, sistematizando acciones y actividades realizadas por institución; el marco normativo e institucional del municipio y los programas de gestión vinculados a la salud mental y el consumo problemático.



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO



FCPys
FACULTAD DE CIENCIAS
POLÍTICAS Y SOCIALES

CAPÍTULO IV





CAPÍTULO IV- TRABAJO DE CAMPO

El presente capítulo tiene como finalidad detallar el enfoque metodológico adoptado para abordar el objeto de estudio: los desafíos institucionales en el diseño e implementación de políticas públicas de salud mental, con foco en el abordaje del consumo problemático en la provincia de Mendoza durante el período 2020-2023. Dado el carácter complejo y multifactorial del problema analizado, se optó por una estrategia metodológica utilizando técnicas cualitativas con el fin de obtener una comprensión amplia y profunda del fenómeno.

La investigación en base a metodologías cualitativas prioriza el abordaje cualitativo en el trabajo de campo. Se parte de la recopilación y análisis de datos secundarios, incluyendo normativas, documentos oficiales, programas públicos, artículos periodísticos y registros institucionales, lo que permite contextualizar el problema desde diversas fuentes. Para el relevamiento empírico se utilizaron instrumentos mixtos: entrevistas en profundidad, encuestas semiestructuradas, cuestionarios con preguntas abiertas y cerradas, y observación indirecta.

El trabajo de campo se llevó a cabo en instituciones y organizaciones clave vinculadas a la toma de decisiones y a la implementación de políticas públicas de salud mental en la Provincia. Entre ellas se destacan: la Dirección de Salud Mental y Adicciones de Mendoza, el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra, el Departamento de Toxicología del Ministerio de Salud de Mendoza, el Dispositivo Territorial Comunitario (DTC) de San Rafael, la Coordinación de Prevención y Abordajes de Adicciones del Municipio de General Alvear, el Centro Preventivo y Asistencial en Adicciones (CPAA) de zona este, la Obra Social de Empleados Públicos (OSEP) en Mendoza, así como actores sociales involucrados, tales como el Espacio Religioso y Espiritual de Acompañamiento, el grupo de Narcóticos Anónimos, jóvenes comprometidos con la temática, como el creador de la plataforma Qaizen y familiares de personas con consumo problemático .



Este abordaje metodológico permite triangular fuentes y perspectivas, favoreciendo una mirada integral sobre las condiciones, obstáculos y capacidades institucionales involucradas en el tratamiento del consumo problemático desde las políticas públicas de salud mental en la provincia de Mendoza.

4.1 Desarrollo metodológico

4.1.1 Análisis de datos primarios

La investigación en el campo se realizó de manera cualitativa, a funcionarios y miembros de instituciones y organizaciones adecuadas con relación a la temática abordada en el presente trabajo; es decir, en aquellas donde se toman las principales decisiones a la hora de llevar a cabo una política pública de salud mental y abordar el consumo problemático y resultan estratégicos de acuerdo con la temática tocada.

Las personas entrevistadas fueron:

Dirección de Salud Mental y Adicciones de Mendoza

Coordinador del Plan Provincial de Adicciones: Facundo CÓCOLA

Departamento Toxicología, Ministerio de Salud Mendoza

Presidente del Departamento de Toxicología: Aldo Sergio SARACCO.

Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra de la provincia de Mendoza

Ex Directora del Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra: Sandra KASSIS BARCUDI

Dispositivos territoriales comunitarios (DTC)- DTC DE SAN RAFAEL

Referente Institucional de equipos interdisciplinarios: Arturo RATTO



Coordinación de Prevención y Abordajes de Adicciones del Municipio de General Alvear

Referente del Programa de Prevención de Adicciones de la Municipalidad de General Alvear: Rogelio GUERRERA

Centros Preventivos y Asistenciales en Adicciones (CPAA) ZONA ESTE

Psicóloga del equipo del CPAA Zona Este: Claudia SERRANO

Obra Social de Empleados Públicos (OSEP) en Mendoza

Coordinador y Coordinadora del Programa de Abordaje de Casos Complejos: Iván OLIVERO y Andrea CIANCONE

Espacio Espiritual de Acompañamiento

Responsable del Grupo Esperanza Viva de San Martín: Matías GANAM

Narcóticos Anónimos

Miembro de la confraternidad: Anónimo 1

Jóvenes interesados en la problemática

Creador de la plataforma QAIZEN: Valentín DE ANTONIO

Familiares de personas con padecimiento de consumo problemáticos.

Madre de persona con padecimiento de consumo problemáticos: Anónimo 2

Tanto las entrevistas como el cuestionario en el cual se basó figuran en los Anexos IV de la página 152 a 167.

4.1.2 Encuestas

En este punto de la investigación, para recolectar los datos se utiliza un cuestionario, el que es de carácter confidencial. Las preguntas que componen la encuesta -que más



adelante se analizan al describir los resultados-, tuvieron por objeto conocer datos de los encuestados con relación a:

1. Nuevo Paradigma de Salud Mental.
2. Tipos de abordajes o acompañamientos.
3. Ley de Salud Mental.
4. Políticas Públicas de Salud Mental, Plan, Programas y Proyectos.
5. Tratamientos e Internaciones
6. Abordaje en Pandemia- COVID 19.
7. Coordinación y articulación entre actores.
8. Medición y evaluación de resultados.
9. Recursos: Económicos y Humanos.
10. Capacitaciones y Formación.
11. Opiniones de actores estatales y no estatales respecto al entramado institucional de salud mental.
12. Desafíos, Dificultades y Obstáculos respecto a la problemática.
13. Propuesta de parte de los actores.

4.1.3 Estructura del trabajo de campo

Nuevo Paradigma de Salud Mental

En base a este nuevo paradigma de salud mental, en Mendoza Ratto desde su lugar como referente institucional del Dispositivo Territorial Comunitario nos habla de que a partir de la década del 90 en el cual se da este cambio de paradigma, demoró en llegar el abordaje de salud mental y adicciones a la provincia, explica que se pasó de un paradigma de situación irregular a uno de protección integral, esto quiere decir que el paciente se le reconocen más derechos y tiene más participación respecto a decidir el tipo de tratamiento. Antes, con el paradigma anterior, las instituciones eran mucho más

cerradas y autoritarias al igual que los tratamientos, ya que había una concepción de que el consumo afectaba la capacidad de razonar y a la persona no se la consideraba válida. Esto tenía que ver con otra Ley con relación a la seguridad donde se criminaliza a los sectores más populares y a otros sectores más bien clase media- alta se los trataba de incapacitados y se los encerraba en hospitales psiquiátricos (Ratto Arturo, comunicación personal, 27 de mayo de 2025).

A partir de la Ley de Salud Mental se empieza a trabajar más en la persona, en la familia, en el trabajo, en la educación desde una perspectiva interdisciplinaria y con tratamientos más abarcativos (Ratto Arturo, comunicación personal, 27 de mayo de 2025).

Tipos de abordajes o acompañamientos.

A partir de este cambio de paradigma, en la provincia se implementaron diversos tipos de abordajes respecto a la problemática. Por ejemplo, los Dispositivos Territoriales Comunitarios (DTC) tienen una función de prevención y asistencia en el primer y segundo nivel de salud mental, con una perspectiva en derechos humano y territorial, desde el contexto más cercano donde habitan los usuarios (Ratto Arturo, comunicación personal, 27 de mayo de 2025). Los Centros Preventivos y Asistenciales en Adicciones (CPAA) trabajan de manera ambulatoria con turnos programados de manera interdisciplinaria e interinstitucional con psicólogos, trabajadores sociales y psiquiatras (Serrano Claudia, comunicación personal, 30 de mayo de 2025).

Teniendo en cuenta este paradigma en el cual está inmersa la salud mental y consumo problemático, los tratamientos y prevención según tipo de atención del dispositivo que se dan en Mendoza son derivación, referencia y coordinación con otros efectores u equipos de salud y articulación intersectorial, psicoterapia individual, acciones promocionales preventivas y de educación para la salud, entrevistas interdisciplinarias, intervención socio comunitaria, diagnóstico y evaluación, actividades recreativas,



lúdicas, artísticas, físicas y/o educativas, interconsulta, atención clínica, acompañamiento terapéutico, tratamiento psicofarmacológico y rehabilitación psicosocial (Cócola Facundo, comunicación personal, 26 de mayo de 2025).

Si bien a partir del paradigma vigente de salud mental se realizaron muchos cambios en el país y en la provincia de Mendoza, hay grupos como los espacios espirituales o religiosos de acompañamiento y narcóticos anónimos que viene abordando desde hace muchos años la problemática desde un enfoque integral. El Grupo Esperanza Viva está conformado por familiares y personas que han transitado y superado procesos de adicción. Acompañan en el camino de la recuperación tanto a personas con consumo problemático como a sus familias y también a quienes atraviesan situaciones de depresión, promoviendo una recuperación integral y saludable, sin el uso de medicación (Ganam Matías, comunicación personal, 27 de mayo de 2025).

El proceso de recuperación se realiza en Fazenda de la Esperanza, una comunidad terapéutica con una duración de un año. Se trata de una granja donde se promueve una recuperación integral desde la raíz del consumo, abordando las heridas emocionales que suelen estar en el origen de las adicciones. El objetivo es alcanzar un cambio profundo en las actitudes y en el estilo de vida, adoptando hábitos saludables que permitan vivir de forma plena y consciente (Ganam Matías, comunicación personal, 27 de mayo de 2025).

Por otro lado, el grupo Narcóticos Anónimos cuenta con un enfoque de tratamiento para la adicción que se basa en los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos (AA). Se utiliza para tratar diversas adicciones, incluyendo el alcoholismo y el abuso de sustancias, y enfatiza la abstinencia y el apoyo mutuo. El anonimato es uno de sus principales principios, al igual que escuchar y no juzgar a los miembros de la confraternidad. Llegan a Narcóticos Anónimos por diferentes razones, pero sean cuales sean, reciben el mensaje de la recuperación en las reuniones. Comparten su experiencia, fortaleza y esperanza de vivir



una vida mejor sin drogas. Al recibir el apoyo de los adictos en recuperación, la actitud empieza a cambiar (Anónimo 1, comunicación personal, 20 de mayo de 2025).

Cócola como coordinador del Área de Prevención del Plan de Adicciones de la Provincia, respecto a estos tipos de abordajes cree que en mayor y menor medida hacen bien y son necesarios, aclara que “no hay un lugar de atención que se adecue a todas las personas, es una problemática que requiere distintas perspectivas”. Hay personas que les es suficiente un centro de adicción público, otras necesitarán de una comunidad terapéutica e internación, otras de alcohólicos o narcóticos anónimos, algunos otros de casas de acompañamiento del SEDRONAR, otros de acompañamientos religiosos, es de acuerdo a la estructura de su personalidad, a los vínculos y a su red, el tipo de tratamiento que se necesita (Cócola Facundo, comunicación personal, 26 de mayo de 2025).

Ley de Salud Mental N° 26.657

En cuanto a la Ley de Salud Mental 26.657 la cual su espíritu se basa en el nuevo paradigma de salud mental, hace foco en los derechos del paciente, a proteger el paciente, a la rehabilitación, al tipo de abordaje según el equipo interdisciplinario. Kassis Barcudi como directora del Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra advierte que hay que tener en cuenta no solo los signos del paciente sino también las causas y los motivos que generaron la enfermedad, el padecimiento, el trastorno.

Explica que antes de la Ley, el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra ya era pionero en el abordaje interdisciplinario de los pacientes en guardia “la Ley vino a poner el marco legal a las tareas que nosotros veníamos haciendo desde hace mucho tiempo”. Promueven que las internaciones fueran lo más cortas posibles, se terminaron las internaciones donde el paciente quedaba crónico (Kassis Barcudi Sandra, comunicación personal, 28 de mayo del 2025).

La Ley necesita algunas modificaciones, una revisión nuevamente para que vea y revea situaciones, adecuarlas a la problemática actual, no debería ser tan así que el paciente decida, hay muchas veces que hay peligro cierto inminente para sí y para terceros y el paciente no tiene conciencia de enfermedad, por ende, no se va a querer internar, debería haber un organismo que evalúe la situación como había antes (Kassis Barcudi Sandra, comunicación personal, 28 de mayo del 2025).

Por otro lado, Cócola aclara que “se diseñó una Ley donde no había plata para ejecutarla, no había disposición política, el presupuesto que se destinó del presupuesto de salud era el 10% y se terminó destinando el 2% además de que se dejó de lado la opinión de los psiquiatras, los cuales se recurre siempre, por eso la Ley tiene tantos obstáculos”. (Cócola Facundo, comunicación personal, 26 de mayo de 2025)

El espíritu de la Ley pone el eje en la persona, estuvo hecha fundamentalmente por psicólogos, psicoanalistas con el sesgo que ellos mismos tienen, dejando de lado aspectos de las relaciones centrales de las personas y los cambios no se pueden hacer solo por Ley, los cambios hay que acompañarlos con otras acciones. Era una Ley de país desarrollado que no se adecuaba a nuestro país. A parte entra en tensión con otra Ley de Estupefacientes N° 23.737 que establece que si la persona está consumiendo una sustancia psicoactiva hay que detenerlo y encarcelar, considera a la persona un delincuente, mientras que la Ley de Salud Mental dice que las personas que tienen problemas de consumo es un problema de salud, entonces considera a una persona de dos formas distintas (Cócola Facundo, comunicación personal, 26 de mayo de 2025).

Al respecto, Saracco en su rol como jefe del departamento de toxicología comenta que no se consulta entre especialista de medicina, la Ley es buena pero no va con las falencias de nuestro país, los hospitales no están preparados, los enfermeros no están especializados. A su entender, no ha observado cambios respecto al cambio de paradigma, siente que el paradigma se da vuelta todo el tiempo, como pasa con la Ley de



bajar la edad de imputabilidad, cree que hay artículos que trata la Ley que no se cumplen debido a la complejidad del tema, pero otros artículos de la Ley fueron buenos, como fue el tema de la discapacidad (Saracco Aldo Sergio, comunicación personal, 20 de mayo de 2025).

Por su parte, Ratto desde la perspectiva de alguien que ocupa el rol de referente del (DTC) en San Rafael aclara que lo ideal sería que se implemente la Ley Nacional de Salud Mental con todos sus componentes y dispositivos de atención y prevención. Actualmente existe una mesa de acuerdos no vinculantes, ya que la misma debe ser coordinada con acuerdos políticos, descentralización de recursos, participación de OSC y privados con diferentes gestiones, tanto nacional, provincial como municipal (Ratto Arturo, comunicación personal, 27 de mayo de 2025).

Políticas Públicas de Salud Mental, Plan, Programas y Proyectos.

Acerca de las políticas públicas, planes, programas y proyectos respecto a la salud mental que se llevan a cabo en Mendoza teniendo en cuenta este cambio de paradigma Cocola menciona que en la provincia “hay políticas públicas de salud pero no específicamente de salud mental como tal”, con la Ley de Salud Mental cambiaron algunas cosas, no se abrieron más hospitales monovalentes, no hay internaciones forzadas, el cambio se ve más en las cosas que no se han hecho respecto de las que sí se han hecho (Cocola Facundo, comunicación personal, 26 de mayo de 2025).

En términos de políticas públicas asistencias es donde más se ha podido avanzar a pesar de las limitaciones, de recursos y de logísticas médicas. Los espacios públicos en los cuales las personas tienen que ser atendidos se encuentran funcionando, con sus respectivas falencias (Cocola Facundo, comunicación personal, 26 de mayo de 2025).

Por su parte, Saracco menciona que en 2009 cuando participó del Plan Provincial de Adicciones como el Ministro de Salud, aumentaron todos los Centros Preventivos y

Asistenciales en Adicciones en la provincia y se puso en marcha campañas en bares, boliches para abordar la problemática. Además, se implementó el programa “quiero ser” donde se formó a toda la DGE, luego se volcó a los estudiantes de 4to, 5to y 6to de escuelas primarias donde los resultados fueron muy positivos y se adelantó la edad de ingreso de consumo.

También creó un Observatorio de Problemáticas de Consumo en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo (Problemática de Consumo hace referencia a reducir el riesgo). Luego creó y formó parte del Observatorio de Salud Pública y Problemáticas de Consumo, realizando trabajos de investigación con otras universidades y colegios secundarios donde recolectaron datos y realizaron estadísticas, con esto se dieron cuenta que los indicadores post pandemia aumentaron (Saracco Aldo Sergio, comunicación personal, 20 de mayo de 2025).

En este sentido, Guerrero día a día lleva a cabo el programa de Prevención de Adicciones en la Municipalidad de General Alvear, donde acompañan al adicto en su proceso en conjunto a psicólogos y psiquiatras. Para él, el rol de la coordinación es muy importante y está muy subestimado en cuanto a la importancia de la prevención para llegar a las personas e instruirse y sumarlas. Además, la coordinación llegó a ser reconocida a nivel nacional, pudieron realizar un congreso internacional de salud mental, sumado a que realizaron un modelo preventivo muy contundente gracias a todo el trabajo en conjunto con las iglesias, hospitales y comercios. También realizan actividades en el mes de las adicciones y cuentan con 130 operadores psicoterapeutas que fueron formados durante 6 años (Guerrero Rogelio, comunicación personal, 20 de mayo de 2025).

No obstante, Saracco observa que “las políticas públicas no se están planificando de forma pertinente y son a la vez confusas, porque en vez de implementar actividades que generen dopamina y distraigan a las personas de los espacios que no se sienten

contenidos, realizan eventos los cuales la temática es el alcohol, son políticas públicas proconsumo”.

En el periodo estudiado, no vio implementación de políticas públicas de salud mental a pesar de que los indicadores aumentaron, observa que no se hizo ninguna campaña de prevención ni con los médicos ni con los ciudadanos, además noto que no hubo contención de parte del Estado (Saracco Aldo Sergio, comunicación personal, 20 de mayo de 2025).

Tratamientos e Internaciones

En cuanto al avance respecto a los tratamientos e internaciones en los hospitales de Mendoza, Kassis Barcudi y Cócola coinciden con que los hospitales todo el tiempo se están equipando con camas, y con los servicios específicos de salud mental, incluso hay guardias de salud mental, al respecto Kassis Barcudi menciona que “es un trabajo muy arduo, hay cosas que antes eran impensables”.

Si bien, hay escasez de recurso humano, lo ideal sería que cada centro de salud tuviera la conformación del equipo de salud mental con todos sus integrantes, se van construyendo de a poco. Con respecto a los dispositivos de rehabilitación el hospital ha sido pionero, cuenta con un departamento de rehabilitación para pacientes con diferentes motivos que no puedan ir a buscar la medicación, las personas que forman parte del departamento van a los hogares y les acercan la medicación a los pacientes. Además, con respecto a las casas de medio camino el hospital fue pionero, hoy en día es uno de los dispositivos de rehabilitación más eficientes para que los pacientes que no cuentan con un hogar puedan reubicarse en la sociedad (Kassis Barcudi Sandra, comunicación personal, 28 de mayo del 2025).

Abordaje en Pandemia- COVID 19

Respecto a las estrategias de atención y asistencia a partir del contexto de COVID-19, desde su experiencia como directora desde el 2015, para Kassis Barcudi “la pandemia fue un antes y después, fue uno de los momentos más estresantes y duros”, tuvieron que sectorizar el hospital según los sectores más críticos y menos críticos, a causa de que tienen una población altamente vulnerable desde muchos aspectos.

En la pandemia extremaron las medidas de internación, sólo se internaba a lo más grave, dividieron la guardia en sectores críticos y en sectores agudos, se priorizaron pacientes de alto riesgo, añosos, con enfermedades clínicas que tenían cierto grado de inmunodepresión y pacientes mayores (Kassis Barcudi Sandra, comunicación personal, 28 de mayo del 2025).

Tenían pautas de alarmas, trataron de cumplir con todas las normas y procedimientos, contaban con todos los recursos para hacerle frente a la pandemia. Fabricaban sus propios barbijos en el taller de costura que contaba el hospital. Fue una época muy dura porque los hospitales respecto a los cupos de la cama porque estaban saturados y desbordados por internan pacientes que requieren oxígeno, recuerda que “fue muy estresante, me atraviesa una angustia tremenda”. (Kassis Barcudi Sandra, comunicación personal, 28 de mayo del 2025)

Después que pasó la pandemia se tuvieron que contener entre ellos y tuvieron que tomar decisiones antipáticas, las personas quedaron afectadas desde muchos aspectos después de la pandemia, incrementaron los trastornos de ansiedad, trastorno del sueño, del ánimo, donde a pesar de ello “Afortunadamente en el hospital no falleció ningún paciente, si, familiares nuestros”. (Kassis Barcudi Sandra, comunicación personal, 28 de mayo del 2025)

Por su parte, Ratto menciona que “la pandemia de Covid-19 impactó fuertemente en el funcionamiento del dispositivo, dado que la ubicación de este, en territorio barrial,

acosado por problemáticas de consumo y de tejido social desgastado en general, ha sido siempre referenciado y buscado de forma directa, por presentación espontánea. El encuentro personal y la sensación de ser alojado en un lugar cálido de abordaje se encontró sustituido por la virtualidad, impersonal, incómoda, fría y no siempre accesible a todas las personas”. (Ratto Arturo, comunicación personal, 27 de mayo de 2025)

En tal contexto, las estrategias de intervención debieron ser modificadas para priorizar el cuidado de la salud física como mental en las condiciones imperantes, para dejar relegado a un segundo plano los abordajes de problemáticas puntualmente de consumo de sustancias (Ratto Arturo, comunicación personal, 27 de mayo de 2025). La pandemia trajo consigo mismo un montón de problemáticas de salud mental que hoy están abordando (Guerrera Rogelio, comunicación personal, 20 de mayo de 2025).

Acerca de esta problemática, Olivero Iván & Ciancone Andrea comentan que en 2002 el programa con el que contaba OSEP se configura como programa específico de consumo problemático, luego en la pandemia se complejiza todo y se abre a configurarse como un Programa de Abordaje de Casos Complejos el cual abarca consumo problemático, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de personalidad, maltratos de abuso sexual, sumado a esto, se ampliaron los convenios de 2 a 25 instituciones convenidas, no todas específicas de consumo problemático, pero si, de salud mental, de las específicas de consumo problemáticas son Conexión, CESASIN- Institución Vilapriño, Fundación a Partir de Ahora y AEA. Después tienen comunidades terapéuticas en el cual manejan otro tipo de abordaje en los cuales están Los Campamentos, Asociación Civil Día 1 en San Luis y con Casa Habra que están más bien relacionadas a la salud mental en general (Olivero Iván & Ciancone Andrea, comunicación personal, 22 de mayo de 2025).

En base al cambio de paradigma en el abordaje del consumo problemático y la forma en la cual se aborda en Mendoza la problemática, pasaremos a analizar los principales

desafíos institucionales y los mecanismos de coordinación intergubernamental presentes en el diseño e implementación de políticas públicas de salud mental que advierten los actores entrevistados.

Coordinación y articulación entre actores.

Como resultado de la coordinación o articulación entre los actores para llevar a cabo las políticas públicas se da cuenta que la Dirección de Salud Mental y Adicciones, particularmente del área de prevención, es fundamental porque de ella dependen muchos espacios de salud y de cuidado y a su vez, es transversal a todo a los espacios de salud mental (Cócola Facundo, comunicación personal, 26 de mayo de 2025).

En relación al Ministerio de salud, la dirección trabaja de múltiples maneras porque es el ámbito el cual más vinculación tiene, se trabaja a través de niveles de atención el cual está: tercer nivel de atención con hospitales generales y monovalentes, segundo nivel de atención con los centros especializados como los CPAA y primer nivel de atención con los APS que son los centros de salud, con este es el que más trabajan porque se enfocan en la prevención, incluso lograron realizar una guía de consumos problemáticos para detectar de forma temprana los posibles casos (Cócola Facundo, comunicación personal, 26 de mayo de 2025).

Con relación a la educación, trabajan con la DGE, aunque cuesta trabajar por su estructura jerárquica y rígida que es impermeable y sumado a que no permite que otros agentes ingresen. La DGE tiene su propia área y equipos específicos de salud y de consumos problemáticos que atienden problemáticas individuales y hacen evaluaciones. Además, la DGE cuenta con la DAE (Dirección de Acompañamiento Estudiantil) en el cual trabajan ESI y Consumos Problemáticos, el Área de Prevención de la dirección coordina con la DAE para lograr acciones en conjunto como son el UPD, y el UUD entre otros (Cócola Facundo, comunicación personal, 26 de mayo de 2025).

Además, la dirección trabaja en conjunto con el Ministerio de Deportes, puntualmente con la subsecretaría de deportes y con el ámbito comunitario que incluye ONG, espacios territoriales y vecinos (Cócola Facundo, comunicación personal, 26 de mayo de 2025).

Por su parte, el Departamento de Toxicología (que actualmente está desarticulado) brinda información toxicológica, los posibles riesgos a los hospitales, e intervienen en las intoxicaciones agudas. El jefe del Departamento menciona que la coordinación es importante, pero que es más efectivo el trabajo transversal, con el personal especializado y la medicación adecuada (Saracco Aldo Sergio, comunicación personal, 20 de mayo de 2025).

En cuanto a la coordinación y articulación entre actores respecto al Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra, su directora menciona que siempre hubo buena relación y comunicación con otras instituciones relacionadas a la salud mental, es fundamental para la derivación de pacientes y el abordaje interhospitalario e interinstitucional, con los juzgados, discapacidad y minoridad. Para ella no queda otra que trabajar en conjunto y en equipo, “el motivo de nuestro trabajo es la persona que sufre”. (Kassis Barcudi Sandra, comunicación personal, 28 de mayo del 2025)

No obstante, menciona que con los CPAA es muy difícil articular y conseguir turnos (Kassis Barcudi Sandra, comunicación personal, 28 de mayo del 2025).

Por otro lado, el Dispositivo Territorial Comunitario (DTC) de San Rafael coordina con la Municipalidad de San Rafael a través de la Dirección de Familia, Comunidad y DDHH, y también con Dirección de Comunidad y Dirección de Salud. Además del Ministerio de Salud de la Provincia se articula con Servicio de Salud Mental del Hospital Schestakow, también con el CPAA local y SIAPS. Sumado a que existen articulaciones con OSC que trabajan en la temática, como así también con instituciones religiosas de diferentes credos (Ratto Arturo, comunicación personal, 27 de mayo de 2025).

De igual forma, el Municipio de General Alvear articula el espacio de prevención y abordaje, donde Rogelio es el único miembro de esta coordinación, con otras áreas como el Hospital que contiene el Centro de Prevención de Asistencia al Adicto (CPAA) que está conformado por un equipo de psicólogo, psiquiatra y asistente social, en el cual Rogelio deriva los casos que necesitan ayuda. Se coordina constantemente con policías y con el hospital, para poder llegar a lugares donde es más difícil. Guerrero menciona que “hay veces, que a través de la generación de la red se articula y se acompaña más allá de los límites establecidos dependiendo de la problemática”. (Guerrero Rogelio, comunicación personal, 20 de mayo de 2025)

A su vez, el CPAA de zona este, trabaja de manera interdisciplinaria dependiendo el caso, realizando reuniones de equipo y supervisiones (Serrano Claudia, comunicación personal, 30 de mayo de 2025).

Desde OSEP, si bien realizan articulaciones con el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra y el Hospital del Sauce, tienen su propia institución que es el Hospital del Carmen. Olivero & Ciancone, agregan que se está trabajando ahora para seguir logrando convenios y no solamente abordar casos tan complejos entre la provincia y la obra social. Si ingresa un caso complejo, dependiendo del grado de urgencia, se deriva al Hospital del Carmen para que lo evalúe la guardia del hospital, en caso de que cumpla con los criterios de internación queda internado, si es otro tipo de internación que no sea agudo se trabaja con las clínicas con las que tienen convenio, Casa Habra, Di Ferro y Clínica de Prado y están en contacto permanente.

Por lo tanto, desde OSEP se realizan admisiones y de ahí derivan a instituciones privadas específicas con las que tienen convenios. Se atiende como efector propio y se deriva a otras instituciones privadas. OSEP tiene convenios con estas clínicas privadas y cubre una parte del tratamiento (Olivero Iván & Ciancone Andrea, comunicación personal, 22 de mayo de 2025).



Por otro lado, y en relación a charlas preventivas a problemáticas de salud mental, si bien no está dentro de los objetivos del programa, en el 2019 articulaban con los municipios para dar charlas, ahora intentan comunicarse con seguridad vial y con escuelas de la provincia (Olivero Iván & Ciancone Andrea, comunicación personal, 22 de mayo de 2025).

Con respecto a los espacios religiosos o espirituales de acompañamiento, la coordinación con el sistema de salud público es escasa. Si bien en algunas ocasiones derivan personas, no existe un trabajo articulado ni fluido. Ganam expresa que “en general, sentimos que cada espacio opera de manera aislada y no hay una estrategia común para abordar los consumos problemáticos ni las situaciones de salud mental”. Sin embargo, ha notado que muchos profesionales del sistema de salud pública que los conocen, en varias oportunidades los recomiendan de manera informal como una alternativa de recuperación. Al igual que los maestros y directivos de algunas escuelas están reconociendo esta problemática y les solicitan participar, invitándolos a compartir sus testimonios y experiencias para ayudar a prevenir y sensibilizar sobre el consumo problemático desde una perspectiva cercana y vivencial (Ganam Matías, comunicación personal, 27 de mayo de 2025).

Aunque desde el área de salud mental pública no han recibido apoyo o articulación, sino que, lamentablemente, en varias ocasiones han enfrentado trabas y malos tratos. Ellos creen que esto, en gran parte, se debe a que su enfoque se basa en una recuperación sin el uso de medicación psiquiátrica, algo que suele ser cuestionado por los esquemas tradicionales de tratamientos (Ganam Matías, comunicación personal, 27 de mayo de 2025).

No obstante, el grupo de Narcóticos Anónimos no trabaja en conjuntos con otras instituciones, las personas no llegan por una derivación, sino más bien por voluntad propia. Aseguran no tener vínculos con ninguna otra institución. Aclaran además no

recibir recursos del Estado ni de alguna otra institución o agrupación (Anónimo 1, comunicación personal, 20 de mayo de 2025).

Medición y evaluación de resultados.

Por su parte y respecto a la medición y evaluación de resultados de las acciones que llevan a cabo por parte de las instituciones y organizaciones, es un tema complejo debido a que es un gran desafío pendiente (Cócola Facundo, comunicación personal, 26 de mayo de 2025).

Respecto a la medición de resultados, la SEDRONAR en todos los dispositivos territoriales comunitarios (DTC) cuenta con un registro online “hoja de primer contacto o hoja de abordaje” es donde anotan un legajo de cada persona la cual cuenta con información en tanto personal, familiar, educativa, socioeconómica. Esta información la se carga online y forma parte de la base de datos nacional para luego hacer las encuestas nacionales o hacer informes a través del observatorio junto con los ministerios de salud provinciales y los municipios, la intención con ello es construir nuevos programas y nuevas políticas (Ratto Arturo, comunicación personal, 27 de mayo de 2025). Por el contrario, desde el Departamento de Toxicología, notan que la SEDRONAR está desfigurada, no están brindando instrumentos, cambian los indicadores y es muy difícil realizar comparaciones año a año (Saracco Aldo Sergio, comunicación personal, 20 de mayo de 2025).

Con relación a la evaluación de resultados de las acciones que se llevan a cabo, Saracco insiste en que no hay campañas de promoción que hagan foco en prevenir el riesgo de consumo antes de los 18 años para no ocasionar dependencia. Las campañas más efectivas fueron en 2009, menciona una campaña que se llama “esta noche manejo yo” que se realizaba en la Arístides y se trabajaba respecto al conductor designado. Por otra parte, las campañas en escuelas para prevenir accidentes viales, fue una política integral, que en su momento arrojó muy buenos resultados, “las campañas más exitosas



son las campañas sostenidas en el tiempo”. (Saracco Aldo Sergio, comunicación personal, 20 de mayo del 2025)

Por su parte, Ratto considera que “las estrategias más efectivas han sido las presenciales en espacios públicos apropiados por la comunidad, plazas, esquinas”. Dichas actividades han sido ferias culturales y con puestos de venta local con sonido, espacios de juego y reacción para las infancias y adolescencias (Ratto Arturo, comunicación personal, 27 de mayo de 2025).

Teniendo en cuenta los mecanismos de coordinación intergubernamental presentes en el diseño e implementación de políticas públicas de salud mental pasaremos a describir las principales dificultades y desafíos institucionales identificadas en las entrevistas.

En cuanto a las principales dificultades institucionales identificadas en la gestión de políticas de salud mental frente al consumo problemático en la provincia de Mendoza, la falta de recursos es una de ellas.

Recursos: Económicos y Humanos.

Respecto a los recursos económicos, la Dirección de Salud Mental y Consumos Problemáticos cuenta con los recursos que le provee el Ministerio de Salud, no cuenta con caja, todo lo solicitan al Ministerio (Cócola Facundo, comunicación personal, 26 de mayo de 2025).

Por su parte y a pesar de que la demanda es infinita y los recursos son finitos, el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra con los recursos que contaban, tuvieron que optimizarlos y lo hicieron tomando decisiones antipáticas como redistribuir personal para reubicarlo en distintas áreas y no todos estuvieron de acuerdo, lo cual ocasionó tensión entre el personal del hospital, “cada gobierno y que cada gestión hace lo posible por hacer una distribución igualitaria y equitativa en los distintos ministerios, pero la demanda en salud es enorme”. (Kassis Barcudi Sandra, comunicación personal, 28 de mayo del 2025)



El Dispositivo Territorial Comunitario de San Rafael es una institución plenamente pública sostenida por la Municipalidad de San Rafael, como así también por la SEDRONAR tanto en los materiales e impuestos como en los salarios (Ratto Arturo, comunicación personal, 27 de mayo de 2025).

En la Coordinación de Prevención y Abordajes de Adicciones del Municipio de General Alvear, los recursos económicos alcanzaban porque no realizaban muchas actividades debido al alcance y tamaño de la coordinación. Pero, Rogelio cree que habría que ampliar el alcance y tamaño del programa, incorporar más profesionales especializados y por lo tanto incrementar la partida presupuestaría así se puede llegar a más lugares (Guerrera Rogelio, comunicación personal, 20 de mayo de 2025).

Cabe añadir que los espacios religiosos o espirituales no reciben ningún tipo de ayuda institucional, material ni económica por parte del Estado. El sostenimiento se basa en el compromiso solidario de la comunidad, organizan rifas y actividades que les permiten cubrir los costos de personas que se encuentran atravesando su proceso de recuperación en Fazenda de la Esperanza (Ganam Matías, comunicación personal, 27 de mayo de 2025).

Fazenda no tiene fines de lucro y, por lo tanto, se establece una cuota mínima de \$225.000 mensuales que permita cubrir los gastos esenciales de alimentación, servicios y necesidades básicas (Ganam Matías, comunicación personal, 27 de mayo de 2025).

Capacitaciones y Formación.

Conviene subrayar respecto al recurso humano que históricamente la capacitación de los profesionales en la parte asistencial tiene que ver con la formación de uno (Cócola Facundo, comunicación personal, 26 de mayo de 2025). Si bien, Kassis Barcudi menciona que recibieron capacitaciones siempre, en el transcurso de la pandemia de infectología del Hospital Central y del Hospital Lagomaggiore, hacían capacitaciones

para estar actualizados, todo era online y era de parte del Ministerio de la Provincia de Mendoza, “siempre estuvieron presentes, cuando pedía ayuda ellos estuvieron”. (Kassis Barcudi Sandra, comunicación personal, 28 de mayo del 2025)

El resto de los actores como Guerrero comenta que se especializó en adicciones a través de cursos y conferencias porque no contaban con espacios para formarse y casi todo lo hizo de forma autodidacta. Además, considera que es muy difícil encontrar profesionales especializados en este campo, hace énfasis en que no todo el personal entiende el problema de las adicciones y aborda de la forma adecuada. Observa que hay una concepción más bien negativa de los efectores de salud mental, no tienen esperanza de que los adictos se puedan recuperar, hay muchas desilusiones respecto a cómo funciona el sistema y se dan por vencidos (Guerrero Rogelio, comunicación personal, 20 de mayo de 2025). Desde esta perspectiva, Serrano siente que el recurso que más le hace falta para fortalecer la tarea de los CPAA son profesionales capacitados para atender la gran demanda existente y que sigue creciendo.

Por otro lado, se observa que el tema de falta de formación al personal de salud mental respecto a las capacitaciones no solo es del Estado, los coordinadores de la obra social OSEP tampoco no reciben capacitaciones ni de la obra social ni de la provincia, todas las capacitaciones las realizan de forma particular (Olivero Iván & Ciancone Andrea, comunicación personal, 22 de mayo de 2025).

Por el contrario, Fazenda no cuenta con profesionales de la salud mental con formación académica en adicciones, está integrada por personas que han atravesado en carne propia procesos de consumo y recuperación. Esto, según los integrantes, les otorga una comprensión profunda del sufrimiento y los desafíos que implica este camino, y les permite acompañar desde la experiencia personal, con empatía y compromiso (Ganam Matías, comunicación personal, 27 de mayo de 2025).

Opiniones de actores estatales y no estatales respecto al entramado institucional de salud mental

De manera complementaria, se consultó si se sienten integrados al entramado institucional de salud mental, Cocola menciona que, de la SEDRONAR, realizaban COFREDOS (reuniones federales) para evaluar las políticas públicas entre todas las provincias y ver cómo se sigue adelante, él insiste que los COFREDOS se cumplen, pero no saben si al final tienen en cuenta la opinión de las provincias o no “depende mucho del color político de las provincias”. (Cocola Facundo, comunicación personal, 26 de mayo de 2025)

Igualmente, Saracco comentó que tampoco se siente integrado debido a que no se le consulta, ni se tiene en cuenta la opinión del departamento (Saracco Aldo Sergio, comunicación personal, 20 de mayo de 2025). Sumado al Grupo Esperanza Viva (GEV) que tampoco se sienten integrados por parte del Estado.

Desafíos, Dificultades y Obstáculos respecto a la problemática.

A continuación, se abordarán las principales dificultades institucionales identificadas en la gestión de políticas de salud mental frente al consumo problemático en la provincia de Mendoza desde la perspectiva de los actores.

Desde esta perspectiva, SEDRONAR informa que a nivel nacional las principales dificultades institucionales identificadas respecto a las prestaciones de tratamiento y prevención son varias, entre ellas, Cocola menciona que en Mendoza no se está dando orientación a familiares y a la comunidad sobre consumo de sustancias y o problemáticas de salud mental, no hay acciones de apoyo para la inclusión psicosocial, no hay intervenciones grupales socio comunitarias, no hay psicoterapia grupal (con supervisión/coordinación profesional), ni tampoco, orientación o consejería en salud mental vincular (presencial o teleasistencia), ni capacitación o formadores de actores de

la comunidad, tampoco supervisión individual, institucional, entre otras (presencial o teleasistencia), ni surgimiento de los tratamientos post alta (presencial o teleasistencia), tampoco seguimiento domiciliario, ni capacitación y supervisión para equipos de salud y profesionales en formación, tampoco continuidad de ciudadanos domiciliaria o comunitaria (presencial o teleasistencia), ni grupos de apoyo mutuo (grupos de autoayuda coordinados sin profesionales (Cócola Facundo, comunicación personal, 26 de mayo de 2025).

Además SEDRONAR informa que las principales dificultades en la implementación de estrategias de atención y asistencia a partir del contexto de COVID-19, Cócola menciona las principales dificultades que se dieron en Mendoza fue la falta de recursos informáticos y/o telefónicos para recepción de atención remota y seguimiento de casos, la falta de conectividad en el dispositivo, el incremento de la demanda de atención presencial de personas con consumo problemático, el costo del acceso a internet (en barrios vulnerables, personas en situación de calle, etc.) para efectivizar la demanda, la dificultad en realizar/readaptar las principales prestaciones, el incremento de la demanda para la atención en guardias (Cócola Facundo, comunicación personal, 26 de mayo de 2025)

Desde la Dirección de Salud Mental y Consumo Problemáticos entienden que las principales dificultades a la hora de realizar cambios o implementar políticas públicas de salud mental son por un lado económicas, porque es importante poder brindar respuestas estatales, por otro lado, fortalecer los vínculos cercanos a las personas, a las familias y a las parejas con padecimientos de consumo problemático. Además, incorporar la salud mental de forma transversal a los espacios de inclusión, salud, educación (Cócola Facundo, comunicación personal, 26 de mayo de 2025).

Otras de las dificultades para el coordinador de la Dirección es depender tanto de políticas de turno que quieran avanzar o no con la problemática. Además, detectan

desde la dirección es que muchos psiquiatras estaban emigrando hacia el ámbito privado debido a los sueldos bajos en el ámbito público. Sumado a que se necesita que los CPAA se adecuen más a la gente, que se amplíen más porque están con tiempos de esperas muy dilatados, trabajan solo de mañana (Cócola Facundo, comunicación personal, 26 de mayo de 2025).

Para el jefe del Departamento de Toxicología, los principales desafíos son empezar a trabajar de forma temprana en las escuelas primarias ya que la edad de ingreso de consumo es muy baja, generando la percepción del riesgo para evitar lo que pueda ocasionar daños y generar elementos de protección, hace énfasis en “buscar los problemas de raíz, buscar por qué surgen los programas, no tapar los problemas”. (Saracco Aldo Sergio, comunicación personal, 20 de mayo de 2025)

Otro desafío para el actor es que no hay un Estado y una sociedad civil presente para contener, acompañar y finalmente buscar la forma de evaluar o medir a las personas que sufren estas problemáticas. Sumado a que, para este, el tratamiento médico actúa en lo que es el sitio de recompensa y compensar el daño físico que ha tenido, lo que fracasa es el contexto de reinserción, porque vuelve a la realidad intolerable que hacen que vuelva a consumir (Saracco Aldo Sergio, comunicación personal, 20 de mayo del 2025).

Por su parte, para Kassis Barcudi el principal desafío es continuar con las tareas que se han venido haciendo, sobre todo la promoción de la prevención y tomar en cuenta que la salud mental es fundamental para que haya salud integral. Hay que visibilizar con más difusión las campañas de prevención ir a las escuelas, mostrar el tipo de peligro que cada vez es más temprano, precoz y demostrar los daños que provoca.

Además, hay que apuntar a que la familia fomente el diálogo, la comunicación, el afecto, la puesta de límites, hay que enfocarse en los pilares fundamentales que son las familias. Asimismo, otro inconveniente es la falta de involucramiento de las familias porque muchas son disfuncionales y no acompañaban al paciente, están saturados y

desbordados y no saben qué hacer, y, por otro lado, hay familias que quedan muy desprotegidas (Kassis Barcudi Sandra, comunicación personal, 28 de mayo del 2025).

Desde el Dispositivo Territorial Comunitario de San Rafael se cree que unos de los principales desafíos afrontados entre el año 2020 y 2023 ha sido la falta de respuesta a nivel provincial en cuanto a las problemáticas de salud mental en general, no solo puntualmente en cuanto al consumo. La sumatoria causada por la falta de respuesta de instituciones provinciales y la falta de asignación presupuestaria al sector de salud mental se acabó por plasmar en un resultado altamente desfavorable para la prestación del servicio y del abordaje interdisciplinario (Ratto Arturo, comunicación personal, 27 de mayo de 2025).

Rogelio como coordinador del Municipio de General Alvear, resalta que la principal dificultad es que no hay prevención y que por eso aumentan los casos de consumo, para este la prevención es lo más importante Sumado a que las personas que se encuentran alejadas de las ciudades no tienen las mismas oportunidades respecto al acceso a la formación (Guerrera Rogelio, comunicación personal, 20 de mayo de 2025).

Asimismo, otro problema que observan es la falta de incorporación del tema en la agenda del gobierno, él cree que no se le da la importancia que tiene que darse, propone que el consumo problemático está creciendo y no se están tomando las medidas pertinentes, detecta la distancia de las direcciones provinciales respecto al abordaje de la problemática, cree conveniente de que debe abordarse principalmente desde el Municipio porque es donde principalmente llegan los problemas y se evita la burocracia existente (Guerrera Rogelio, comunicación personal, 20 de mayo de 2025).

Además, menciona que la dificultad de la coordinación radica en que la Dirección de Salud Mental y Adicciones no trabaja de forma conjunta con el Municipio y las ONG, se encuentra bastante alejada. Menciona que la Dirección más bien trabaja con las otras

instituciones pertenecientes a la provincia y no tanto con los Municipios y el sector privado, además da cuenta, que la ayuda se brinda a centros e instituciones más bien concentradas en la Ciudad de Mendoza que en los lugares más alejados de la provincia. Hay diversas miradas frente a la problemática, frente a eso, cuesta mucho trabajar en conjunto. Además, menciona que el SEDRONAR durante años los obligaba a trabajar en lo que se denomina “Reducción de Daños” lo cual ellos no están de acuerdo debido a que no creen que sea la forma adecuada de abordar la problemática. La falta de coordinación o toma de decisión de provincia y nación hace que impacte en su trabajo y todo lo que realizan no alcanza (Guerrera Rogelio, comunicación personal, 20 de mayo de 2025).

Por otro lado, el CPAA de zona este es un centro especializado en problemáticas de consumo, es decir, cuando el consumo ya está instalado y existe una dependencia o compulsión al consumo. El inconveniente es que hay instituciones que derivan sin constatar que haya un consumo problemático. Sumado a que no salen al territorio, debido a que no cuentan con profesionales ni con movilidad para hacer trabajos comunitarios, la psicóloga del CPAA menciona que “faltan políticas públicas que puedan dar respuesta a la complejidad de la problemática”. (Serrano Claudia, comunicación personal, 30 de mayo de 2025)

En OSEP entienden que las principales dificultades con las que se encuentran las personas con padecimientos de salud mental son más bien económicas, porque no todos pueden acceder a los tratamientos, medicamentos y traslados. Otro problema que perciben es el desgaste de las redes de contención y de las líneas de cuidado, las problemáticas cada vez aumentan más y la edad de ingreso al consumo ha bajado (Olivero Iván & Ciancone Andrea, comunicación personal, 22 de mayo de 2025).

Desde el espacio religioso de acompañamiento observan que el consumo de drogas se ha vuelto cada vez más visible en las escuelas, afectando a niños y adolescentes a edades cada vez más tempranas. Esto genera una creciente problemática social que muchas

veces no se aborda con la seriedad que requiere. Las personas que llegan a sus espacios suelen venir totalmente destruidas, perdidas y solas. Muchas veces han tocado fondo y acuden a ellos como último recurso, luego de pasar por múltiples tratamientos ambulatorios que no dieron resultados. En muchos casos, sus propias familias ya no creen posible la recuperación, están agotadas emocional y económicamente tras años de intentos fallidos (Ganam Matías, comunicación personal, 27 de mayo de 2025).

En cuanto al grupo de narcóticos anónimos, si bien el integrante de la confraternidad se encontraba reticente a dar información, comentó que hay algo en la sociedad que no está funcionando bien por eso buscan ayuda en Narcóticos Anónimos (Anónimo 1, comunicación personal, 20 de mayo de 2025).

¿Cuál es la perspectiva de los familiares?

A continuación, se abordará el testimonio de la madre de una persona que padece consumo problemático, donde describe que el primer contacto con los servicios de salud fue a los 14 años de la edad de su hijo, el cual, a raíz de ser medicado con ritalina, llegó un momento en el cual no le fue suficiente la dosis y necesito sustituir el medicamento a cambio de drogas, esto la llevó a judicializarlo. Si bien su mamá logró detectar alarmas porque estuvo rodeada de médicos todo el tiempo, no pudo evitarlo debido a la carencia afectiva la cual estaba transcurriendo su hijo, “es una situación familiar que hasta el día de hoy lo atormenta”. Ella siente que el Estado la ha acompañado cuando tuvo que hacer una intervención judicial, en especial las trabajadoras sociales, eso hizo que pudiera tener a cargo su hijo hasta la actualidad, pero esto le llevo 5 años, porque es un proceso burocrático muy extenso, opina que “que los derechos humanos sirven para algunas cosas, pero para otras no, sumado a que las Leyes en este ámbito son limitadas”. Por otro lado, su mamá destaca que las maestras no están capacitadas para afrontar situaciones como trastornos de conducta, al igual que el sector de salud, hay algunos efectores de salud que sí están especializados y son más empáticos con los familiares y otros que no.



Si bien su hijo estuvo internado, sintió que el trabajo que hacían allí funcionaba porque pudo acompañar el proceso continuamente, el problema era cuando el hijo volvía a su casa, porque volvía a caer en las adicciones. Ella siente que deberían mejorar los acompañamientos una vez que el paciente sale de las internaciones, su hijo hoy en día está preso debido a robos que cometió para conseguir drogas “llegó un momento que no le quedó más nada que vender, llegaba a mi casa y me faltaba la cocina, la heladera, la tele”. Ella cree que una forma de ayudar desde el Estado a su hijo es que en la prisión cuenten con una escuela de oficio o una escuela estilo militar que ayude a las personas que están ahí con adicciones a adquirir disciplina, no que los castiguen y “miren para otro lado” en ciertas situaciones. (Anónimo 2, comunicación personal, 30 de mayo de 2025)

A pesar de todo el proceso que atravesó y atraviesa la mamá, ella tiene esperanza que las cosas se puedan mejorar con amor y ganas (Anónimo 2, comunicación personal, 30 de mayo de 2025).

Propuesta de parte de los actores.

A causa de los desafíos, dificultades y obstáculos que describieron los autores, se le preguntó qué propuestas recomendarían para abordar la problemática desde sus lugar y tiempo de abordaje en el tema.

Desde la Dirección de Salud Mental y Consumo Problemático, Cócola propone facilitar la accesibilidad al sistema de salud mental discriminado por zonas, que se acerque a las necesidades reales de la gente, que se incorporen elementos de retroalimentación de las personas que asisten a estos lugares como los CPAA para saber si le estas sirviendo si no, para ver qué cambios realizar. Además, Co-construir junto con la comunidad, dispositivos adecuados a sus propias necesidades y con una perspectiva fortalecida en los aspectos relacionales de las personas, más abiertos, comunitario, grupal, con una propuesta abierta porque sirve lo grupal y porque la red no da más a abasto, más

interdisciplina incluyendo nutricionistas, odontólogos y profesores de educación física (Cócola Facundo, comunicación personal, 26 de mayo de 2025).

Ratto desde el DTC destaca que para hablar de consumo problemático de sustancias es necesario ver el contexto actual, social, económico, educacional y cultural en un aspecto macro. Los proyectos de vida o bien, la ausencia de ellos, ocasionan desgarró en todo tejido social y el consumo termina siendo una sintomatología de anestesia ante padecimientos mucho más profundos, y de índole tanto física como mental. Uno de los caminos probables hacia un estado de salud integral, quizá se encuentra en estas reparaciones (Ratto Arturo, comunicación personal, 27 de mayo de 2025).

Por otro lado, el CPAA de zona este como proyectos o iniciativas que les gustaría poder implementar en el futuro destacan la importancia de que se implemente prevención en el primer nivel de salud, que se abran espacios de medio camino y centros de día (Serrano Claudia, comunicación personal, 30 de mayo de 2025).

Igualmente, desde OSEP, aconsejan hacer foco en la prevención de problemáticas de salud mental para disminuir los problemas, aumentar el acceso a la información, hacer hincapié en la escasa red de contención porque las familias están muy desoladas. Trabajar con el área parental, con quienes van a ser padres y quienes ya son padres para disminuir una posible problemática (Olivero Iván & Ciancone Andrea, comunicación personal, 22 de mayo de 2025).

Desde el espacio religioso y espiritual de acompañamiento se muestran siempre abiertos a seguir compartiendo y dialogando para aportar y enriquecer este espacio, consideran que la recuperación es un proceso dinámico que requiere constante escucha y aprendizaje (Ganam Matías, comunicación personal, 27 de mayo de 2025).

Para finalizar, como propuesta innovadora del abordaje de la salud mental, se entrevistó a Valentín De Antonio que junto a Matías Cúneo crearon una plataforma denominada



“QAIZEN” a través de la cual abordan el bienestar en las organizaciones, la plataforma busca conectar a las personas con la institución la cual forman parte, además, brinda un espacio a la persona y su vez informa a la empresa, la cual recibe los reportes clasificados en 3 niveles de casos de más complejo a más leve.

Luego del intento de suicidio de la chica que asistía a su colegio, la escuela organizó algunos talleres, pero nunca volvieron a trabajar sobre el tema. El suceso no cambió nada la forma de abordar las problemáticas en la escuela, por eso entraron en juego ellos, “para ofrecer una respuesta a esos reclamos desde la tecnología”. La falla para ellos está en que la mayoría de las veces el o la alumno/a recurre al gabinete cuando el tema ya explotó. Por eso es importante detectar los casos a tiempo y hacer prevención. Y eso es lo que, de la mano de Qaizen, sueña con ayudar a resolver (De Antonio Valentín, comunicación personal, 27 de mayo de 2025).

Lo que sucede día a día es que muchas organizaciones no generan la cercanía y la confianza suficiente para que las personas se animen a contar sus problemas, entonces se agravan y terminan en situaciones que van desde algunas más pequeñas como el ausentismo hasta otras más grandes, como lo es un intento de suicidio (De Antonio Valentín, comunicación personal, 27 de mayo de 2025).

Actualmente han logrado establecer vínculos con algunas escuelas de la provincia y han obtenido resultados muy positivos, muchos y muchas estudiantes han logrado reportar la situación por la cual estaban transcurriendo y no se animaban a hablar (De Antonio Valentín, comunicación personal, 27 de mayo de 2025).

Para Valentín es muy importante que las organizaciones y la sociedad tomen iniciativa respecto a estos casos y puedan brindar soluciones (De Antonio Valentín, comunicación personal, 27 de mayo de 2025).

4.1.4 Análisis de datos secundarios

Se realizó la recolección de datos secundarios a partir de publicaciones periódicas relacionadas a la salud mental.

Estos datos se muestran en el Anexo IV de la página 150 y 151.

Lozano, Lucía. "No se está cumpliendo la Ley de salud mental." *La Gaceta*, 22 mayo 2023, <https://www.lagaceta.com.ar/nota/992140/sociedad/no-se-esta-cumpliendo-Ley-salud-mental.html>.

Alberto Trímboli señala que, a pesar de que la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657) es considerada una de las más avanzadas a nivel mundial, su implementación en Argentina ha sido deficiente. A trece años de su promulgación, persisten prácticas contrarias a la normativa, como la existencia de hospitales psiquiátricos y la falta de integración de servicios de salud mental en hospitales generales.

La Ley estipulaba que para 2020 no deberían existir manicomios y que las internaciones debían ser breves y complementadas con dispositivos de reinserción social. Sin embargo, Trímboli destaca que muchas personas continúan internadas por razones sociales, como la falta de vivienda o apoyo familiar, a pesar de haber recibido el alta médica.

En cuanto a las adicciones, el psicólogo observa un aumento en el consumo de alcohol y psicofármacos, especialmente tras la pandemia. Critica que muchos centros de rehabilitación no ofrecen tratamientos adecuados, enfocándose en actividades como la jardinería o la cocina, en lugar de prácticas terapéuticas efectivas.

Además, Trímboli expresa preocupación por las adicciones comportamentales, como la ludopatía y el uso excesivo de tecnología. Señala que la proliferación de bingos y la



publicidad de apuestas en medios deportivos dificultan la prevención, y aboga por una mayor regulación estatal en este ámbito.

Burijovich, Jaschele. "Lo que está en juego en salud mental: el padecimiento librado a su suerte." *Cuadernos de Coyuntura*, no. 8, 2023, pp. 1–6.

<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/CuadernosConyuntura/article/view/42591>

El estado de situación del campo de la salud mental en Argentina arrastra una historia particular, hecha de avances y retrocesos, de disputas y debates propios, que en los últimos tiempos había registrado importantes logros, pero también deudas pendientes. Todo ello está puntualizado, de manera breve y precisa, en este artículo de Jaschele Burijovich. Pero además se presentan los desafíos urgentes que están en discusión en la coyuntura electoral. Y, ante ella, la autora plantea dos ejes para interpretar lo que está en juego en este campo. En primer lugar, “no es posible separar al individuo del contexto en el que vive, negar su entorno impide entender las causas de su sufrimiento psíquico” y, además, “que la retirada del Estado, tal como aparece en algunas propuestas electorales, generará que la mayoría de las personas afectadas estén a la intemperie, en extrema vulnerabilidad, tengan que arreglárselas como puedan con sus malestares; en muchos casos, en situación de calle; en otros, en la cárcel o de vuelta al manicomio”.

Resultados de la Tesina

El análisis del marco normativo y los resultados obtenidos en el trabajo de campo permiten observar un claro cambio de paradigma en el abordaje del consumo problemático en el contexto de la salud mental, reflejado tanto en la evolución de las políticas públicas como en la práctica asistencial en la provincia de Mendoza.

Históricamente, el paradigma de salud mental ha ido modificándose conforme a los registros sociales y culturales, generando diferentes concepciones sobre los tratamientos y la atención a las personas que padecen trastornos mentales y problemáticas vinculadas al consumo. Este cambio, iniciado en la década del 90, tardó

en llegar a Mendoza, donde se transitó desde un paradigma que consideraba al paciente en situación irregular, hacia uno basado en la protección integral de derechos. Esto implica un reconocimiento explícito de la persona usuaria como sujeto de derechos, con mayor participación en la elección y el tipo de tratamiento que recibe.

La sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 marcó un hito fundamental en este proceso, al instaurar un nuevo paradigma basado en los Derechos Humanos y en una perspectiva interdisciplinaria, integral y comunitaria. La Ley reconoce la salud mental como un proceso complejo, influido por factores sociales, culturales, económicos, biológicos y psicológicos, e incorpora a las adicciones como parte del campo de intervención de la salud mental. En consonancia con esto, se prohíbe la existencia de manicomios y se impulsa la atención preferentemente en la comunidad, promoviendo dispositivos alternativos y rechazando la hospitalización prolongada como norma.

En Mendoza, este cambio paradigmático se refleja en la implementación de políticas públicas específicas. Por ejemplo, el Plan Provincial de Adicciones adopta un modelo multidimensional, considerando la interrelación entre la persona, su grupo de apoyo primario, el contexto social y las sustancias o conductas compulsivas. Este enfoque reconoce la complejidad del fenómeno y la necesidad de abordajes que contemplen factores de riesgo y protección en el entorno afectivo y social del individuo.

Asimismo, se desarrollaron dispositivos territoriales comunitarios (DTC) y Centros Preventivos y Asistenciales en Adicciones (CPAA) que operan con un enfoque interdisciplinario e interinstitucional, con equipos integrados por psicólogos, trabajadores sociales y psiquiatras, y con perspectiva en derechos humanos y territorialidad. Al mismo tiempo, coexisten grupos como los espacios espirituales o religiosos de acompañamiento y narcóticos anónimos que vienen abordando desde hace muchos años la problemática desde un enfoque integral. Ejemplo de ello es el Grupo

Esperanza Viva que está conformado por familiares y personas que han transitado y superado procesos de adicción, así como también el grupo Narcóticos Anónimos que cuenta con un enfoque de tratamiento para la adicción que se basa en los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos (AA).

Sin embargo, la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental ha enfrentado desafíos importantes. A pesar de ser una de las Leyes más avanzadas en relación con otros países, su aplicación en Argentina ha sido parcial y con limitaciones. Persiste la existencia de hospitales psiquiátricos y una integración insuficiente de los servicios de salud mental en hospitales generales. Además, las internaciones prolongadas continúan siendo una realidad, muchas veces por razones sociales como la falta de vivienda o apoyo familiar, a pesar del alta médica. Esto evidencia las dificultades para poner en práctica la atención comunitaria y la reinserción social, pilares de la Ley.

El personal de salud entrevistado reconoce avances significativos, especialmente en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra de Mendoza, que han ido equipando sus servicios de salud mental, incorporando guardias específicas y equipos interdisciplinarios. Destacan la creación de dispositivos pioneros como las casas de medio camino y los departamentos de rehabilitación, que permiten acompañar a pacientes con dificultades para acceder a tratamientos o con ausencia de redes familiares. No obstante, persisten limitaciones en recursos humanos y en la cobertura integral que se aspira alcanzar.

En cuanto a los tratamientos para las adicciones, se observa un aumento en el consumo de alcohol y psicofármacos, fenómeno potenciado por la pandemia de COVID-19. Los especialistas critican que muchos centros de rehabilitación no ofrecen prácticas terapéuticas adecuadas, limitándose a actividades recreativas sin abordajes clínicos efectivos. Esto refleja la necesidad de fortalecer la formación y los recursos en salud mental, así como de consolidar la articulación entre las políticas públicas y los dispositivos asistenciales.

A nivel nacional, la pandemia visibilizó la urgencia de priorizar el bienestar psicosocial y consolidar la salud mental como un eje estratégico en las políticas públicas. En este sentido, se implementaron planes como el Plan Integral para el Abordaje de Consumos Problemáticos (IACOP) y la Estrategia Federal de Abordaje Integral de la Salud Mental, que buscan articular acciones intersectoriales, ampliar la red asistencial y facilitar el acceso a la consulta especializada, incluyendo la telemedicina.

Desde la normativa provincial, en Mendoza, se establece la Ley 7.088/03 y la conformación de la Red Asistencial de Consumos Problemáticos, ambas han facilitado la articulación entre organismos estatales y organizaciones civiles, buscando fortalecer una respuesta integral al consumo problemático. Además, se han impulsado campañas de prevención y ampliados servicios, aunque el avance en políticas asistenciales aún enfrenta desafíos en recursos, logística y presupuesto.

Por otro lado, con relación a los principales desafíos institucionales y los mecanismos de coordinación intergubernamental presentes en el diseño e implementación de políticas públicas de salud mental.

El sistema de salud mental en Argentina se enmarca en un contexto federal que condiciona significativamente el diseño y la implementación de las políticas públicas. En este sentido, el Ministerio de Salud de la Nación tiene la responsabilidad principal de establecer las condiciones institucionales y normativas para garantizar la accesibilidad, equidad y calidad de los servicios de salud. Sin embargo, debido al carácter descentralizado del sistema de gobierno argentino, la concreción efectiva de estas políticas depende de una articulación dinámica y coordinada entre los distintos niveles de gobierno — nacional, provincial y municipal — buscando optimizar los recursos y la eficacia de las intervenciones.

Una instancia clave en esta articulación es el Consejo Federal de Salud Mental y Adicciones (CoFeSaMA), que funciona como una mesa de trabajo permanente entre



referentes jurisdiccionales en salud mental de todo el país. Este espacio posibilita el consenso, la evaluación y modificación de estrategias, programas e intervenciones, promoviendo a la vez la cooperación técnica y la participación intersectorial e interdisciplinaria. De este modo, se construye una agenda de trabajo nacional que fortalece las autonomías provinciales, generando sinergias entre las jurisdicciones y potenciando la formulación conjunta de políticas y planes de acción.

En el caso particular de Mendoza, el Plan Provincial de Adicciones (2010) establece como principio rector la integración orgánica de aportes conceptuales y prácticos entre distintas áreas ministeriales y municipales, con el objetivo de implementar territorialmente acciones dirigidas al ejercicio de derechos y deberes ciudadanos. La provincia prioriza la problemática de las adicciones, que es abordada integralmente a través de la prevención, capacitación y asistencia a diversos sectores sociales, adaptándose a los perfiles y necesidades específicas de los usuarios.

La Dirección de Salud Mental y Adicciones de Mendoza cumple un rol fundamental en la coordinación y transversalidad de las acciones, especialmente en el área de prevención, que articula múltiples espacios de salud y cuidado. Esta dirección trabaja en conjunto con diferentes niveles de atención: desde el primer nivel (Atención Primaria de la Salud) — foco principal de sus intervenciones preventivas — hasta el segundo y tercer nivel con hospitales especializados y generales. Entre sus logros se destaca la elaboración de una guía para la detección temprana de consumos problemáticos.

En cuanto a la articulación interinstitucional, la Dirección mantiene vínculos con organismos clave como la Dirección General de Escuelas (DGE), aunque reconoce dificultades derivadas de su estructura jerárquica rígida. Pese a ello, existen instancias de colaboración con áreas específicas como la Dirección de Acompañamiento Estudiantil (DAE), para lograr acciones en conjunto como son el UPD, y el UUD entre



otros. Asimismo, se establece cooperación con el Ministerio de Deportes y actores comunitarios, incluyendo ONG y espacios territoriales.

El Departamento de Toxicología, aunque actualmente desarticulado, cumple un rol informativo sobre riesgos y manejo de intoxicaciones agudas en hospitales.

En el ámbito hospitalario, el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra mantiene una buena relación con otras instituciones de salud mental, destacando la importancia de la comunicación para la derivación y el trabajo conjunto con juzgados, áreas de discapacidad y minoridad. Sin embargo, se evidencian dificultades en la articulación con los Centros Provinciales de Atención Ambulatoria (CPAA), particularmente en la obtención de turnos.

A nivel territorial, el Dispositivo Territorial Comunitario (DTC) de San Rafael articula con la Municipalidad y diversas direcciones municipales y provinciales, además de vincularse con Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) y espacios religiosos. Similarmente, el municipio de General Alvear coordina acciones de prevención y abordaje con el hospital local, fuerzas policiales y otros actores, resaltando la flexibilidad para acompañar problemáticas complejas más allá de límites administrativos rígidos.

Por su parte, el CPAA de zona este desarrolla un trabajo interdisciplinario con reuniones periódicas de equipo y supervisiones, mientras que OSEP articula con el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra, el Hospital del Sauce y con su propia institución que es el Hospital del Carmen, además coordinan con clínicas privadas mediante convenios para la derivación y atención de casos complejos, además de realizar actividades preventivas en coordinación con municipios y escuelas.

Cabe destacar que, a pesar de la existencia de espacios de acompañamiento espiritual y religioso vinculados a la salud mental, la coordinación con el sistema público es limitada y poco fluida, funcionando muchas veces de manera aislada y sin integración formal en

las estrategias públicas. Estos grupos, aunque reconocidos informalmente por algunos profesionales, enfrentan barreras institucionales y estigmatización debido a enfoques terapéuticos diferentes, como la recuperación sin medicación psiquiátrica. En contraste, organizaciones como Narcóticos Anónimos operan de manera independiente, sin vínculos institucionales ni recursos estatales.

En cuanto a la medición y evaluación de resultados, este constituye un desafío pendiente y complejo para las instituciones involucradas. Por ejemplo, SEDRONAR cuenta con un registro online de “hoja de primer contacto” en los Dispositivos Territoriales Comunitarios, lo que permite sistematizar datos personales, familiares y socioeconómicos de los usuarios para la construcción de informes y el diseño de nuevas políticas públicas. Sin embargo, desde el Departamento de Toxicología se señala que la falta de continuidad y cambio frecuente de indicadores dificultan la comparación y evaluación longitudinal.

Respecto a la efectividad de las campañas de prevención, se destaca que las más exitosas han sido aquellas sostenidas en el tiempo y desarrolladas en espacios públicos apropiados por la comunidad, como ferias culturales y espacios recreativos para niños y adolescentes.

En relación a las principales dificultades institucionales identificadas en la gestión de políticas de salud mental frente al consumo problemático en la provincia de Mendoza entre 2020 y 2023.

La gestión de las políticas públicas en salud mental orientadas al consumo problemático en Mendoza entre 2020 y 2023 enfrentó múltiples desafíos institucionales, que se vieron agudizados especialmente durante la pandemia de COVID-19. Este contexto crítico evidenció y profundizó dificultades en la organización, recursos, formación y coordinación interinstitucional, que serán analizadas a continuación.

La irrupción de la pandemia representó un punto de inflexión en la gestión sanitaria, fue "un antes y un después", marcando uno de los momentos más estresantes y complejos para el sistema. La necesidad de sectorizar el hospital entre áreas críticas y menos críticas, junto con la estricta priorización de internaciones para casos severos, reflejaron la alta vulnerabilidad de la población atendida y la saturación de los servicios hospitalarios.

Las medidas adoptadas durante la pandemia incluyeron la división de guardias, el enfocado cuidado a pacientes de alto riesgo y la fabricación artesanal de insumos de protección, evidenciando la escasez y adaptación a un escenario inesperado. A pesar de estos esfuerzos, el estrés y la angustia entre el personal sanitario fueron notorios, y el incremento en trastornos de ansiedad, del sueño y del ánimo se manifestó con fuerza posterior a la pandemia.

Por otro lado, desde el Dispositivo Territorial Comunitario de San Rafael, se señaló la imposibilidad de mantener el contacto presencial con los usuarios, propio del dispositivo barrial, fue reemplazada por la virtualidad, que resultó impersonal y de difícil acceso para muchos. Esta situación derivó en la relegación temporal del abordaje específico del consumo problemático, priorizando la salud física y mental en términos generales.

En este marco, el programa de la Obra Social OSEP, originalmente focalizado en consumo problemático, debió ampliarse durante la pandemia para incluir trastornos complejos y casos de maltrato, además de aumentar significativamente sus convenios interinstitucionales para dar respuesta a la complejidad creciente.

Por otro lado, uno de los principales obstáculos identificados corresponde a la insuficiencia y la dependencia de recursos económicos y humanos. La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 establece la progresiva asignación de al menos un 10% del



presupuesto total de salud a salud mental; sin embargo, la aplicación concreta en Mendoza evidenció limitaciones porque se destinó solamente el 2% del presupuesto total, lo cual afecta en el abordaje de los organismos que implementan políticas públicas de Salud Mental con afectación de partidas presupuestarias propias, las cuales también conforman el presupuesto nacional en la materia, además del correspondiente a los organismos específicos: Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos del Ministerio de Salud de la Nación, la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (SEDRONAR) y los servicios de salud mental de los hospitales nacionales.

En el Hospital Escuela, la redistribución de personal para cubrir áreas críticas generó tensiones internas, evidenciando la dificultad de ajustar recursos finitos a demandas crecientes. En tanto, el Dispositivo Comunitario de San Rafael depende del sostenimiento municipal y aportes de SEDRONAR para cubrir salarios y materiales.

La Coordinación de Prevención y Abordajes de Adicciones en General Alvear se encuentra limitada por el tamaño y alcance actual de su presupuesto, lo que condiciona la expansión del programa y la incorporación de profesionales especializados. Además, espacios religiosos como Fazenda de la Esperanza operan sin apoyo estatal, financiándose a través de actividades comunitarias y cuotas mínimas de los participantes, reflejando la heterogeneidad en los modelos de atención y su sostenibilidad.

La formación y actualización profesional constituyen otro aspecto crítico. Aunque se realizaron capacitaciones durante la pandemia, en su mayoría vinculadas a infectología y dictadas en modalidad virtual por el Ministerio de la provincia, persiste una marcada dificultad para acceder a formación especializada en adicciones y salud mental, particularmente para el personal que trabaja en terreno ya que no cuentan con espacios

para formarse, ni tampoco hay una iniciativa contundente para capacitar a los profesionales de salud mental de parte del Estado a nivel nacional y provincial.

Asimismo, la percepción negativa de algunos efectores de salud mental sobre la recuperación de personas con consumo problemático, sumada a la falta de profesionales capacitados y la ausencia de una formación formal dentro de algunas instituciones, limita la eficacia del abordaje. Por ejemplo, Fazenda se basa en el acompañamiento de personas en recuperación, sin profesionales académicos, lo que aporta una comprensión experiencial, pero limita la integración formal al sistema.

La carencia de una coordinación efectiva entre distintos niveles y actores institucionales emerge como una dificultad estructural. El Municipio de General Alvear enfatiza la ausencia de prevención y la desconexión entre la Dirección de Salud Mental provincial y los municipios, con una tendencia a concentrar recursos en la capital y dificultades para articular políticas desde la base territorial.

De igual manera, el Centro de Prevención y Asistencia en Adicciones (CPAA) de zona este denuncia la falta de políticas públicas adecuadas para la complejidad de la problemática y la carencia de trabajo en territorio por falta de profesionales y movilidad. Esta desconexión se refleja también en la percepción de falta de integración de actores locales en las instancias federales de evaluación de políticas, condicionadas además por intereses políticos.

Finalmente, los actores entrevistados coinciden en señalar que la falta de involucramiento familiar, la insuficiente promoción de la prevención en las escuelas debido a que la edad del ingreso del consumo baja cada vez más y el estigma persistente dificultan el abordaje integral. Es fundamental reforzar la promoción de la prevención en escuelas y comunidades, y fomentar la comunicación y el afecto en las familias, pese a la realidad de familias disfuncionales o saturadas.



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO



FCPyS
FACULTAD DE CIENCIAS
POLÍTICAS Y SOCIALES

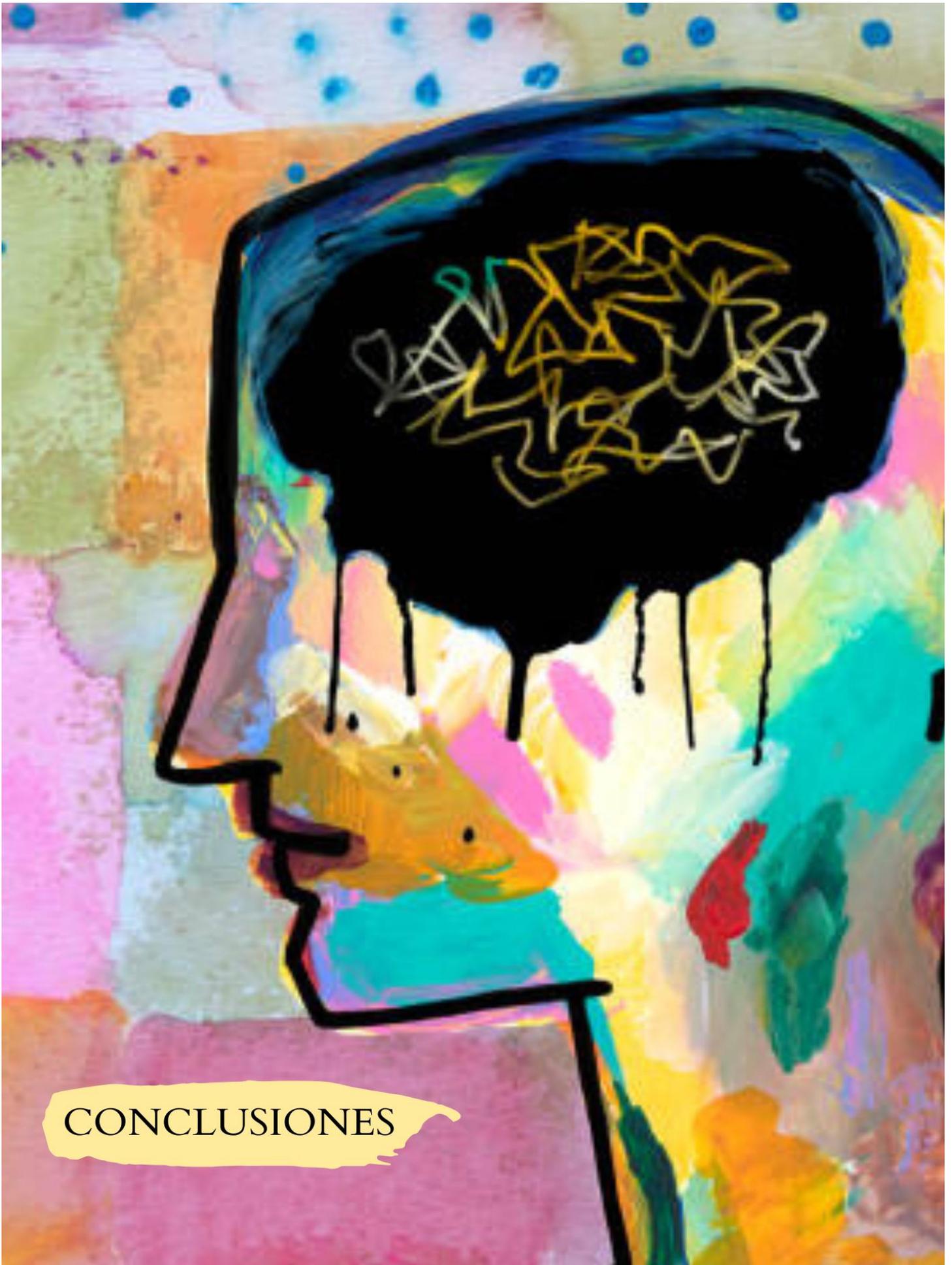
Una vez finalizado el abordaje de todo el trabajo de campo se pasará a la conclusión del trabajo de investigación.



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO



FCPyS
FACULTAD DE CIENCIAS
POLÍTICAS Y SOCIALES



CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo de Tesina se ha trabajado una temática que resulta fundamental para la sociedad y, por ende, para el desarrollo de políticas públicas como respuesta del Estado en su abordaje. En ese sentido, y al respecto de uno de los primeros objetivos específicos del presente desarrollo, se puede advertir que el cambio de paradigma en salud mental ha influenciado en el diseño y desarrollo de políticas públicas que reconocen al consumo problemático como un fenómeno complejo y multidimensional, que requiere abordajes integrales, interdisciplinarios y centrados en los derechos de las personas. Respecto a los tipos abordaje y tratamientos de esta problemática se entiende que no hay un lugar de atención que se adecue a todas las personas, es una problemática que requiere distintas perspectivas. Hay personas que les es suficiente un centro de adicción público, otras necesitarán de una comunidad terapéutica e internación y algunas de espacios religiosos o narcóticos anónimos, todo es de acuerdo a la estructura de su personalidad, a los vínculos y a su red, el tipo de tratamiento que se necesita.

Sin embargo, la implementación plena de este paradigma aún enfrenta obstáculos estructurales, sociales y económicos, que requieren atención para garantizar el derecho a la salud mental y la inclusión social efectiva de las personas con consumo problemático.

Bajo esta perspectiva, se entiende que a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental las políticas públicas deberían haber favorecido en forma explícita las prácticas sociales inclusivas que evitaran las internaciones en grandes instituciones monovalentes; sin embargo, y tal como describe en las entrevistas se observa una importante deuda en este campo, si bien algunas instituciones vienen trabajando desde hace tiempo de forma interdisciplinaria antes de la sanción de la Ley, muchas instituciones se tuvieron que adaptar a los nuevos cambios, realizar modificaciones y otras se crearon específicamente a partir de la Ley para abordar la problemática. Sin

embargo, a nivel nacional se elaboran diversas políticas públicas dependiendo el año y el interés del gobierno respecto a la problemática, en Mendoza se observa que actualmente no hay una política pública propiamente dicha sino más bien programas o acciones más bien propias y poco articuladas de cada institución a pesar de que los indicadores aumentaron.

Transcurridos estos años se observa la necesidad de implementar políticas acordes a la LNSM produzcan las transformaciones necesarias y los giros imprescindibles para que esto ocurra.

Quedan deudas pendientes en las políticas públicas, tanto referidas a la transformación de los hospitales monovalentes como a la construcción de prácticas territoriales y comunitarias.

En este marco, y en relación al segundo objetivo específico de este trabajo, es posible identificar que si bien existen avances y espacios colaborativos para la formulación e implementación de políticas públicas en salud mental como el Consejo Federal de Salud Mental y Adicciones, persisten dificultades estructurales, barreras interinstitucionales y limitaciones en la evaluación de resultados que obstaculizan la consolidación de un sistema integrado, eficiente y plenamente articulado sigue siendo un desafío estructural central.

En tanto espacio social en el que transcurren los procesos de salud, el sector salud se redefine permanentemente no sólo en términos coyunturales sino también históricos, lo que implica que adquiere una dimensión de poder que incluye la disputa del poder cotidiano y el societal.

Así, se entiende que el modo en que el Estado implemente la protección de la salud mental en el futuro dependerá del juego de fuerzas entre los diversos actores, de cómo

se resuelvan las tensiones, y de la posibilidad de construir legitimidad y viabilidad para el cumplimiento de las normas legislativas vigentes.

Hoy la sociedad se caracteriza por ser una sociedad de consumo con un alto nivel de individualismo, cambio de valores, diferentes estilos de vida y con ellos nuevas formas de relacionarse. Las instituciones que antes conformaban un lugar seguro dejan de tener valor transformándose constantemente sin una permanencia temporal. En este marco, las instituciones han perdido credibilidad y con ello, soporte para las relaciones.

La experiencia de Mendoza muestra que la integración de distintas áreas ministeriales, municipios y organizaciones de la sociedad civil es fundamental para lograr intervenciones territoriales contextualizadas y efectivas. No obstante, persisten dificultades en la comunicación interinstitucional, que limitan la integralidad y continuidad de los servicios.

En lo que concierne al tercer objetivo específico de este trabajo, la gestión de las políticas públicas de salud mental orientadas al consumo problemático en Mendoza entre 2020 y 2023 estuvo atravesada por múltiples dificultades institucionales que se vieron agravadas por la pandemia de COVID-19. Esta situación de crisis reveló limitaciones en la organización, recursos humanos y económicos, y evidenció la insuficiente capacidad de respuesta y adaptación del sistema.

Entre los principales obstáculos se destacan la insuficiencia presupuestaria, la precariedad en la formación especializada del personal y la falta de coordinación efectiva entre distintos niveles e instituciones. La pandemia impuso retos adicionales como la interrupción del contacto presencial y el incremento de trastornos asociados, afectando la continuidad y calidad de la atención.



Asimismo, la fragmentación institucional y la escasa articulación con actores territoriales y comunitarios limitaron la implementación de programas integrales, dificultando el abordaje multidimensional necesario para el consumo problemático.

Por lo tanto, pensar en políticas públicas en la temática de consumo problemático es pensar en la complejidad de epistemologías y concepciones reinantes, desde aquellos que lo entienden como una enfermedad, pasando por la asociación a lo ilícito y delictivo, o como un problema asociado a la pobreza y vulnerabilidad, y por qué no, como un problema psico-social y familiar.

Pero también se debe pensar en la oferta y la demanda, en la rentabilidad que provoca y en los grupos de poder asociados a la misma. Cuando se habla de complejidad, no sólo se hace referencia a concepciones, prácticas o historia, sino a la multiplicidad de factores políticos, económicos, culturales, sociales, familiares e individuales que entran en juego. Como en todos los grandes temas sociales y de salud no hay un modelo único y universal para abordar esta problemática, que se instala en amplios sectores de la sociedad, y nos obliga a buscar alternativas desde el consenso de las distintas miradas y particularidades.

Es por esta multicausalidad que se hace necesario un abordaje de carácter interministerial, interdisciplinario, multidisciplinario, intersectorial, pluripartidario y a nivel local con los municipios, para trabajar desde la familia hasta la concientización comunitaria, buscando soluciones de carácter preventivo y promocional para evitar la iniciación en el consumo de drogas y realizando acciones del tipo asistencial y de rehabilitación cuando el daño en la salud ya se ha producido.

Ante todo lo descrito, la labor del Estado no sólo es de crear y dar respuesta desde distintos formatos de tratamientos ambulatorios, centros de día, desintoxicación, rehabilitación, con diversos enfoques profesionales, exadictos, religiosos, o la

combinación de ellos; sino, además, dirigir tareas de promoción y prevención tanto a nivel provincial como local.

En este marco de reflexión, estudio y acciones conjuntas, la salud mental forma parte de las iniciativas en pro de la renovación de la atención primaria de salud. Hay numerosas experiencias exitosas, así como lecciones aprendidas en el desarrollo de modelos comunitarios de salud mental.

Disponer de políticas y planes apropiados permite tener una visión amplia y estratégica de la salud mental integrada en las políticas públicas del sector de la salud y facilita la organización de los servicios sobre la base de un modelo comunitario. La ejecución de las políticas y planes provinciales de salud mental es un desafío que requiere de asociaciones eficaces, del refuerzo de los compromisos existentes y del logro de nuevos aliados; en este sentido, el papel de las organizaciones de usuarios y familiares es de especial pertinencia.

Por todo ello, es necesario tener en cuenta que el abordaje de las adicciones precisa de políticas públicas socio-sanitarias con un marco conceptual amplio e integrador que pueda incluir los diferentes saberes vinculados a la problemática, que permita contar con un diseño estratégico de servicios descentralizados, participativos, integrales, continuos, preventivos y basados en la comunidad. Que estas políticas públicas sean inclusivas y enmarcadas en los derechos basados en estándares consagrados en instrumento internacional de Derechos Humanos (DDHH) y en normativa nacional.

Resulta imprescindible fortalecer la coordinación institucional, ampliar los recursos y la capacitación profesional, e implementar estrategias preventivas sostenidas que involucren a las familias y comunidades para mejorar la gestión y resultados de las políticas públicas en salud mental y consumo problemático.

RECOMENDACIONES

Finalmente, y respondiendo a los desafíos que se han propuesto a lo largo de las conclusiones, a continuación, se plasmarán algunas recomendaciones que pretenden ser un aporte desde el análisis integral que se ha realizado en el presente trabajo.

En cuanto al paradigma de salud mental, se sugiere promover una revisión crítica del paradigma vigente, dado que este no se encuentra plenamente ajustado a las realidades sociales, económicas y culturales del país. En este sentido, resulta necesario impulsar la formulación de políticas públicas más integrales y colaborativas, que sean desarrolladas en articulación con los distintos niveles de gobierno. Asimismo, se recomienda incorporar activamente a otros actores relevantes, como instituciones y organizaciones del sector privado y de la sociedad civil, que enfrentan cotidianamente la problemática abordada, con el fin de enriquecer el diseño e implementación de estrategias más eficaces y adecuadas al contexto.

En lo que respecta a la gestión de políticas públicas en salud mental, es necesario fortalecer los mecanismos de coordinación intergubernamental, promover una comunicación fluida entre actores y niveles, y consolidar sistemas de evaluación que permitan ajustar estrategias de manera dinámica y contextualizada.

En torno a mejorar la accesibilidad al sistema de salud mental, se propone una distribución territorial equitativa que responda a las necesidades específicas de cada zona. Esta accesibilidad debe estar orientada a reducir barreras geográficas, económicas y culturales, promoviendo una atención cercana, continua y respetuosa de las realidades locales. Esto se puede lograr incorporando mecanismos sistemáticos de retroalimentación por parte de las personas usuarias, especialmente en dispositivos como los Centros Preventivos Asistenciales de Adicciones (CPAA). Esta evaluación



participativa permitirá valorar la efectividad de las intervenciones y realizar ajustes pertinentes que mejoren la calidad de atención.

Referido a las redes de apoyo, se sugiere co-construir, junto con las comunidades, dispositivos de atención adecuados a sus necesidades particulares, con un enfoque centrado en lo relacional, lo grupal y lo comunitario. Esto implica fortalecer estrategias abiertas y participativas que potencien las redes de apoyo locales, especialmente ante la sobrecarga de los recursos existentes.

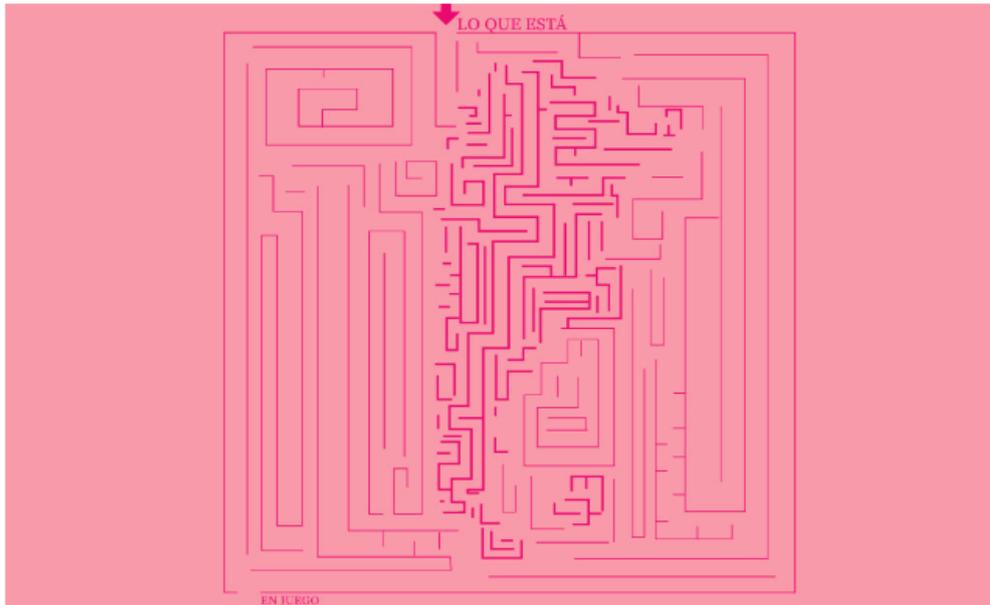
En referencia a la prevención de los problemas de salud mental, se propone promover acciones que favorezcan el bienestar psicosocial. Esto requiere aumentar el acceso a información confiable, generar instancias educativas, y diseñar estrategias específicas para abordar la falta de contención social, particularmente en contextos familiares marcados por la soledad y el aislamiento. Y en última instancia, desarrollar intervenciones dirigidas al ámbito parental, tanto en etapas previas como posteriores al nacimiento, con el objetivo de fortalecer las capacidades de cuidado, acompañamiento y vínculo, y así reducir factores de riesgo asociados a la aparición de problemáticas de salud mental.

ANEXOS

Anexo IV- Análisis de Datos Secundarios



The screenshot shows a web browser displaying a news article from 'LA GACETA'. The URL in the address bar is 'lagaceta.com.ar/nota/992140/sociedad/no-se-esta-cumpliendo-ley-salud-mental.html'. The page features a navigation menu with 'SECCIONES', 'LA GACETA', 'SUSCRIBITE', and 'MIS MARCAS'. A promotional banner at the top reads '¡LEE SIN LÍMITES TODO EL AÑO AL MEJOR PRECIO!'. The article title is '“No se está cumpliendo la ley de salud mental”' and is categorized under 'Sociedad > ENTREVISTA'. The text below the title states: 'Alberto Trímboli, presidente de la Asociación Argentina de Salud Mental, destacó las carencias que subsisten en el país.' Below the text are social media sharing icons (Twitter, Facebook, WhatsApp, Email) and a print icon. A large image of a sign with the words 'SALUD MENTAL' is partially visible. To the right, there is a purple promotional banner for 'RECOMPRATE' with '100%' and '70%' discounts, and 'ENCONTRÁ MÁS DE 5000 PRODUCTOS'. A 'Ver' button is also present.



Lo que está en juego en salud mental: el padecimiento librado a su suerte



Por Jaschele Burijovich (*)



El estado de situación del campo de la salud mental en Argentina arrastra una historia particular, hecha de avances y retrocesos, de disputas y debates propios, que en los últimos tiempos había registrado importantes logros pero también deudas pendientes. Todo ello está puntualizado, de manera breve y precisa, en este artículo de Jaschele Burijovich. Pero además se presentan los desafíos urgentes que están en discusión en la coyuntura electoral. Y, ante ella, la autora plantea dos ejes para interpretar lo que está en juego en este campo. En primer lugar, "no es posible separar al individuo del contexto en el que vive, negar su entorno impide entender las causas de su sufrimiento psíquico" y, además, "que la retirada del Estado, tal como aparece en algunas propuestas electorales, generará que la mayoría de las personas afectadas estén a la intemperie, en extrema vulnerabilidad, tengan que arreglárselas como puedan con sus malestares; en



Anexo IV- Modelo de Encuesta

ENCUESTA AL COORDINADOR DEL DTC DE SAN RAFAEL

Dispositivos territoriales comunitarios (DTC)

Fecha: 27/05/2025.....

Nombre: Arturo Ratto.....

Cargo: Referente Institucional.....

1. ¿Hace cuanto tiempo que trabaja en DTC? ¿Cuáles son sus funciones dentro del DTC? ¿Trabaja o forma parte de otros espacios además del DTC? ¿Qué nivel de formación tiene, se ha especializado en algo en particular?

2. ¿Qué perfiles profesionales conforman el equipo del centro? ¿Cada cuánto tiempo reciben capacitaciones?

3. ¿Cuál es el rol específico del DTC de San Rafael en el abordaje del consumo problemático en la provincia?

4. ¿Cómo se articula el trabajo del DTC con otras instituciones provinciales y municipales en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657)?

5. ¿Qué desafíos institucionales han enfrentado en la implementación de políticas públicas relacionadas con el consumo problemático entre 2020 y 2023?

6. ¿Cómo ha impactado la pandemia de COVID-19 en la demanda y en las estrategias de intervención del DTC?

7. ¿Cuentan con alguna ayuda institucional, material, económica del Estado?

8. ¿Qué estrategias de prevención y promoción de la salud mental han resultado más efectivas en el ámbito comunitario?

9. ¿Qué mecanismos de coordinación intergubernamental consideran que podrían fortalecerse para mejorar la implementación de políticas públicas en este ámbito?

10. ¿Hay algún tema que no se mencionó que crea que sea relevante hablar?

ENCUESTA AL COORDINADOR DEL PLAN PROVINCIAL DE ADICCIONES

Dirección de Salud Mental y Adicciones de Mendoza: Área de Prevención del Plan Provincial de Adicciones.

Fecha: 26/05/2025.....

Nombre: Facundo Cócola

Cargo: Coordinador del Plan Provincial de Adicciones.....

1. Como coordinador del plan provincial de adicciones de la Dirección de Salud Mental y Consumos Problemáticos, ¿Hace cuanto tiempo que trabaja en la Dirección? ¿Cuáles son sus funciones dentro de la Dirección? ¿trabaja o forma parte de otros espacios además de la Dirección? ¿Qué nivel de formación tiene, se ha especializado en algo en particular?

2. Respecto a las Políticas Públicas de Salud Mental en la Provincia ¿Podría describir cuáles se encuentran vigentes en los últimos 5 años? ¿Encuentra alguna dificultad en la implementación de las mismas? ¿Detecta resistencia institucional frente al cambio de modelo comunitario y de Derechos Humanos?

3. ¿Qué rol juegan las políticas de prevención en consumos problemáticos? ¿Hay articulación con escuelas, clubes, barrios? ¿Cómo se articula el trabajo con ONGs o redes comunitarias?

4. ¿Se diseñan los programas de salud mental considerando las opiniones de los equipos locales?

5. En relación con la Ley Nacional de Salud Mental ¿Qué aspectos considera más positivos de la Ley de Salud Mental? ¿Cree que la Ley de salud mental se cumple? Si no es así, ¿Qué tan lejos cree que se está de hacer cumplir la Ley de salud mental?

6. ¿Cómo funciona la cooperación técnica, económica y financiera de la Nación para la implementación de la presente Ley?

7. En referencia al recurso humano ¿Con cuánta frecuencia se realizan instancias de capacitación continua en consumos problemáticos?

8. ¿Existen desafíos en la capacitación continua del personal de salud mental?

9. Respecto a los tratamientos y las internaciones ¿Qué lugar ocupan los tratamientos ambulatorios en comparación con las internaciones?

10. Desde su experiencia ¿Funcionan los centros de tratamiento para adictos?

- 11.** ¿Cuáles son las principales brechas en el acceso a tratamientos?
- 12.** ¿Por qué cree que cuesta tanto terminar con las internaciones prolongadas en el ámbito de la salud mental?
- 13.** En base al último censo nacional respecto a los hospitales monovalentes que realiza el SEDRONAR, ¿cuáles fueron los resultados respecto a Mendoza? ¿Coincide con esos resultados?
- 14.** ¿Cuáles de las siguientes ofertas de prestaciones de tratamiento y prevención según tipo de atención del dispositivo se dan en Mendoza? (Puede marcar los círculos o resaltar las prestaciones que brinda la provincia).
- o Derivación, referencia y coordinación con otros efectores/equipos de salud y articulación intersectorial,
 - o Psicoterapia individual (virtual y presencial),
 - o Acciones promocionales preventivas y de educación para la salud,
 - o Entrevistas interdisciplinarias,
 - o Intervención socio comunitaria,
 - o Orientación a familiares y a la comunidad sobre consumo de sustancias y o problemáticas de salud mental,
 - o Orientación/ consejería en salud mental individual (presencial o teleasistencia), admisión (presencial o teleasistencia),
 - o Diagnóstico y evaluación (presencial o teleasistencia),
 - o Actividades recreativas, lúdicas, artísticas, físicas y/o educativas,
 - o Acciones de apoyo para la inclusión psicosocial,
 - o Intervenciones grupales socio comunitarias,
 - o Interconsulta (presencial o teleasistencia),
 - o Psicoterapia grupal (con supervisión/ coordinación profesional),
 - o Orientación o consejería en salud mental vincular (presencial o teleasistencia),
 - o Capacitación/formadores de actores de la comunidad,

- o Atención clínica,
- o Acompañamiento terapéutico,
- o Tratamiento psicofarmacológico,
- o Supervisión individual, institucional, entre otras (presencial o teleasistencia)
- o Surgimiento de los tratamientos post alta (presencial o teleasistencia),
- o Seguimiento domiciliario,
- o Rehabilitación psicosocial,
- o Capacitación y supervisión para equipos de salud y profesionales en formación
- o Continuidad de ciudadanos domiciliaria/comunitaria (presencial o teleasistencia),
- o Grupos de apoyo mutuo (grupos de autoayuda coordinados sin profesionales).

15. El último estudio realizado por la SEDRONAR (2022) informa que las principales dificultades en la implementación de estrategias de atención y asistencia a partir del contexto de COVID-19 fueron las que mencionaré a continuación ¿me podría decir si coincide con que en Mendoza se presentan estas dificultades? (Puede marcar los círculos o resaltar las dificultades en la implementación de estrategias de atención y asistencia a partir del contexto de COVID-19 que presentó la provincia).

- o Reducción de la atención del equipo técnico profesional,
- o Reducción de la atención del equipo técnico no personal y/o de apoyo,
- o Falta de recursos informáticos y/o telefónicos para recepción de atención remota y seguimiento de casos,
- o Falta de conectividad en el dispositivo,
- o Incremento de la demanda sobre situaciones de violencia doméstica, de género, dificultades para realizar visitas domiciliarias y seguimientos de casos de manera presencial,
- o Insuficiencia de conectividad para contactarse con el dispositivo,
- o Dificultad en adaptar el espacio físico del dispositivo de acuerdo con las nuevas condiciones del contexto,



- o Incremento de la demanda de atención presencial de personas con consumo problemático,
- o Costo del acceso a internet (en barrios vulnerables, personas en situación de calle, etc.) para efectivizar la demanda,
- o Dificultad en realizar/readaptar las principales prestaciones,
- o Falta de elementos de protección para el personal de salud,
- o Incremento de la demanda para la atención en guardias,
- o Falta de recursos de higiene y seguridad para brindar atención y asistencia,
- o Reducción/dificultades del servicio para ayuda alimentaria,
- o Incremento de la demanda sobre situaciones de violencia callejera.

16. Con respecto a los desafíos ¿Qué principales obstáculos identifica en la implementación de programas de atención para consumos problemáticos?

17. ¿En base a lo realizado respecto a políticas públicas de salud mental, como se miden los resultados? ¿Los resultados son los esperados?

18. ¿Cuáles cree que son las situaciones más preocupantes en la población desde el punto de vista de salud mental?

19. ¿Qué cambios propondría para mejorar las políticas de salud mental en Mendoza?

20. ¿Hay algún tema que no se mencionó que crea que sea relevante mencionar?



ENCUESTA A SUPERIOR JERÁRQUICO

Departamento de Toxicología- Ministerio de Salud Mendoza

Fecha:

20/05/2025.....

Nombre: Aldo Sergio Saracco.....

Cargo: Jefe del Departamento de Toxicología.....

1. ¿Cuál es su lugar de trabajo, qué actividades y tareas realiza? ¿Qué antigüedad tiene el puesto? ¿Qué nivel de formación tiene, en que se especializa?

2. ¿Participó en programas o proyectos relacionados a la salud mental y al consumo problemático?

3. ¿Qué rol desempeña la toxicología en la detección y tratamiento del consumo problemático?

4. ¿Cómo o de qué forma se integra esta disciplina en las estrategias de salud mental?

5. Desde su experiencia, ¿cómo evalúa la implementación de las políticas públicas de salud mental relacionadas con el consumo problemático en Mendoza durante 2020–2023?

6. ¿Qué aspectos considera que han sido exitosos y cuáles requieren mejoras?

7. ¿Cuáles son los principales desafíos institucionales que ha identificado en la gestión de estas políticas?

8. ¿Cómo afectan estos desafíos a la prevención y tratamiento del consumo problemático?

9. ¿Cómo es la coordinación entre el Departamento de Toxicología y otras instituciones (hospitales, centros de salud, SEDRONAR) en el abordaje del consumo problemático?

10. ¿Qué mecanismos de coordinación considera más efectivos?

11. ¿Ha observado un cambio de paradigma en el abordaje del consumo problemático en los últimos años?



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO



FCPyS
FACULTAD DE CIENCIAS
POLÍTICAS Y SOCIALES

12. ¿Hay algún tema que no se mencionó que crea que sea relevante hablar?



ENCUESTA A SUPERIOR JERÁRQUICA

Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra

Fecha: 28/05/2025.....

Nombre: Sandra Kassis Barcudi.....

Cargo: Ex Directora del Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra

1. Entendiendo que su lugar de trabajo es o era el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra ¿Qué funciones desempeña o desempeñaba? ¿Hace cuánto tiempo se dedica al tema de la salud mental? ¿Qué nivel de formación tiene? ¿Pudo realizar alguna especialidad?
2. Con respecto a la Ley Nacional de Salud Mental ¿Qué desafíos le propuso la nueva Ley?
3. Como profesional ¿Qué aspectos cree que destacan y cuáles creen que podrían mejorarse de la Ley? ¿Cómo se adaptó Mendoza a la Ley?
4. En relación con la salud mental en la Provincia de Mendoza ¿Participó de algún plan, programa, proyecto o política pública a salud mental en los últimos 5 años? ¿Cuáles? ¿Siguen vigentes?
5. ¿De qué manera la pandemia de COVID-19 impactó sobre la agenda de salud mental? ¿Cómo tuvo que adaptarse el sistema de salud provincial frente a esto?
6. ¿Se le consultaba a la hora de planificar políticas públicas a nivel nacional?
7. ¿Cómo se midieron los resultados de las políticas implementadas? ¿Hubo instancias de evaluación externa?
8. ¿Cuáles fueron los principales desafíos institucionales en la implementación de programas para consumos problemáticos?
9. Analizando la coordinación institucional ¿Cómo se da esta coordinación entre Nación, Provincia, Municipio, Hospitales, Organizaciones Sociales y demás actores a la hora de implementar políticas públicas de salud mental? ¿Qué desafíos se le presentaban día a día? ¿Se pudo lograr construir una red de contención y de trabajo en conjunto con organizaciones sociales?
10. En relación con los recursos económicos ¿Con los recursos que contabas, que pudiste hacer? ¿Cómo pudiste innovar?



- 11.** En relación con el personal que se desempeña en el ámbito de salud mental y consumos problemáticos ¿Sabe aproximadamente cuántas personas trabajan en este ámbito? ¿Reciben capacitaciones? ¿Qué estrategias de capacitación al personal se priorizaron? ¿Con qué periodicidad?
- 12.** Respecto a los tratamientos y las internaciones ¿Qué lugar ocupan los tratamientos ambulatorios en comparación con las internaciones?
- 13.** Desde su experiencia ¿Funcionan los centros de tratamiento para adictos?
- 14.** ¿Cuáles son las principales brechas en el acceso a tratamientos?
- 15.** ¿Por qué cuesta tanto terminar con las internaciones prolongadas en el ámbito de la salud mental?
- 16.** ¿Cree que los hospitales en Mendoza están preparados y adaptados para abordar casos complejos? ¿Cuántos pacientes frecuentaban al año en los hospitales públicos por problemas a la salud mental y consumos problemáticos?
- 17.** Respecto al último censo nacional de personas internadas por motivos de salud mental ¿Qué estrategias se llevaron a cabo en base a los resultados que arrojó el censo respecto a Mendoza?
- 18.** ¿Qué cambios propondría para mejorar las políticas de salud mental en Mendoza?
- 19.** ¿Hay algún tema que no se mencionó que crea que sea relevante mencionar?

ENCUESTA AL COORDINADOR DEL PROGRAMA DE ABORDAJE DE CASOS

COMPLEJOS

OSEP - Obra Social de Empleados Públicos (OSEP) en Mendoza

Fecha: 22/05/2025.....

Nombre: Iván Olivero y Andrea Ciancone.....

Cargo: Coordinadores del Programa de Abordaje de Casos Complejos

1. ¿Cuál es su lugar de trabajo, qué actividades realizan? ¿Qué antigüedad tienen en el puesto? ¿Qué nivel de formación tienen? ¿Tienen alguna especialidad?
2. ¿Cuáles fueron las principales líneas de acción del programa en el período 2020-2023 con relación al consumo problemático?
3. ¿Qué recursos humanos, económicos y materiales tienen disponibles para implementar estas políticas?
4. ¿Cómo describirían la coordinación entre OSEP con los distintos niveles de gobierno (nacional, provincial, municipal) y con el resto de las organizaciones sociales en la implementación de este programa? ¿Qué convenios tienen dentro de la provincia con relación a este tema?
5. ¿Ha identificado obstáculos específicos en la asignación de recursos, disponibilidad de profesionales especializados o en la articulación con otras instituciones? Respecto a los profesionales que trabajan en la obra social ¿Reciben capacitaciones de parte del Estado o de la Obra Social?
6. ¿Cómo ha evolucionado el enfoque de OSEP respecto al consumo problemático en los últimos años?
7. ¿Cuáles han sido las principales dificultades institucionales que OSEP ha enfrentado en la gestión de políticas de salud mental frente al consumo problemático en Mendoza entre 2020 y 2023?
8. ¿Cómo ha abordado OSEP estas dificultades y qué estrategias ha implementado para superarlas?
9. ¿Qué propuestas o recomendaciones consideraría importantes para mejorar el diseño e implementación de políticas públicas de salud mental con relación al consumo problemático en Mendoza?

ENCUESTA A PSICÓLOGA DEL CPAA DE SAN MARTÍN

Centros Preventivos y Asistenciales en Adicciones (CPAA) de SEDRONAR.

Fecha: 30/05/2025.....

Nombre: Claudia Serrano.....

Cargo: Psicóloga del CPAA Zona Este.....

1. ¿Hace cuánto tiempo que trabaja en CPAA? ¿Cuáles son sus funciones dentro del CPAA? ¿trabaja o forma parte de otros espacios además del CPAA? ¿Qué nivel de formación tiene, se ha especializado en algo en particular?
2. ¿Qué tipo de abordaje utilizan para el tratamiento y prevención de consumos problemáticos?
3. ¿Qué perfiles profesionales conforman el equipo del centro? ¿Cada cuánto tiempo reciben capacitaciones?
4. ¿Cómo se coordinan entre profesionales para el acompañamiento de cada persona?
5. ¿Cómo es la coordinación entre el CPAA con otras instituciones del Estado? ¿De qué forma se lleva a cabo?
6. ¿Coordinan con instituciones u organizaciones no gubernamentales? ¿De qué forma?
7. ¿Qué acciones preventivas desarrollan en el territorio?
8. ¿Tienen redes con escuelas, clubes, centros barriales, etc.? ¿De qué manera funcionan?
9. ¿Qué dificultades enfrentan actualmente en su labor cotidiana?
10. ¿Sienten que tienen los recursos suficientes para abordar la problemática? ¿Qué recursos sienten que harían falta para fortalecer la tarea?
11. ¿Cómo evalúan el impacto de su trabajo en el territorio?
12. ¿Cómo evalúan la implementación de las políticas públicas de salud mental relacionadas al consumo problemático en los últimos 5 años?



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO



FCPyS
FACULTAD DE CIENCIAS
POLÍTICAS Y SOCIALES

13. ¿Qué proyectos o iniciativas les gustaría poder implementar en el futuro?

ENCUESTA A COORDINADOR DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES
DE GENERAL ALVEAR

Coordinación de Prevención y Abordajes de Adicciones del

Municipio de General Alvear

Fecha: 20/05/2025.....

Nombre: Rogelio Guerrero.....

1. ¿Cuál es su lugar de trabajo ¿Qué antigüedad tiene en el puesto? ¿Con cuál nivel de formación cuenta? ¿Se ha especializado en alguna temática en particular?
2. ¿Cómo describiría el rol de la Coordinación de Prevención y Abordajes de Adicciones en el municipio de General Alvear dentro del sistema de salud pública?
3. ¿Cuáles son las principales áreas de intervención en el Municipio relacionadas con el consumo problemático?
4. ¿Cómo se coordina la actividad de su área con otras instituciones gubernamentales y del sector privado en la implementación de políticas públicas de salud mental?
5. ¿Qué actores o instituciones considera esenciales para el éxito de estas políticas a nivel local?
6. Desde su experiencia, ¿Cuáles considera que han sido los principales desafíos institucionales que ha enfrentado la coordinación en el diseño e implementación de políticas de salud mental con relación al consumo problemático?
7. ¿Cómo percibe la asignación de recursos en su área? ¿Existen limitaciones presupuestarias que afecten la implementación de las políticas públicas?
8. ¿En qué medida considera que los profesionales especializados en salud mental están disponibles y capacitados para abordar el consumo problemático en su municipio?
9. ¿Cuáles son las dificultades en la coordinación entre el nivel local y el provincial en lo que respecta a las políticas públicas de salud mental?
10. ¿Qué tipo de estrategias innovadoras ha implementado su coordinación para abordar el consumo problemático?
11. ¿Cómo evalúa la efectividad de estas estrategias implementadas entre 2020 y 2023?
12. ¿Cómo ha influido la pandemia de COVID-19 en la implementación de políticas públicas relacionadas con la salud mental y el consumo problemático en General Alvear?
13. ¿Cree que existen barreras sociales o culturales que dificulten el acceso de la población a los servicios de salud mental y adicciones?



ENCUESTA AL RESPONSABLE DEL ESPACIO RELIGIOSO DE ACOMPAÑAMIENTO

FAZENDA- Grupo Esperanza Viva San Martín

Fecha: 27/05/2025.....

Nombre: Matías Ganam.....

Cargo: Responsable del Grupo Esperanza Viva de San Martín.....

1. ¿Cuál es su lugar de trabajo ¿Qué antigüedad tiene en el puesto? ¿Con cuál nivel de formación cuenta, se ha especializado en alguna temática en particular?
2. ¿Qué tipo de acompañamiento brindan a personas con consumo problemático? ¿Cuentan con profesionales de la salud mental dentro del equipo de trabajo o como red de consulta?
3. ¿Cómo se insertan en el entramado institucional de atención en salud mental?
4. ¿Reciben alguna ayuda institucional, material o económica desde el Estado? ¿Reciben apoyo, capacitación o articulación desde programas públicos de salud mental?
5. ¿Cómo evalúan la coordinación con el sistema de salud público respecto a las problemáticas de Salud Mental y Consumos Problemáticos?
7. ¿Qué obstáculos enfrentan en su tarea de acompañamiento?
8. ¿Qué necesidades no cubiertas observan en las personas que acuden a sus espacios?
9. ¿Cómo perciben los cambios en el abordaje del consumo problemático en los últimos años?
10. ¿Creen que las políticas públicas consideran la dimensión espiritual o comunitaria en estos casos?
11. ¿Hay algún tema que no se haya mencionado y quiera mencionarlo?



ENCUESTA A MIEMBRO DEL ABORDAJE DE LAS PROBLEMÁTICAS VINCULADAS
AL CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS

Grupo de Narcóticos Anónimos (N.A)- Iglesia Santiago Apóstol.

Fecha: 20/05/2025.....

1. ¿Qué principios guían su intervención con personas con consumo problemático?
2. ¿Trabajan con personas derivadas de instituciones estatales o privadas?
3. ¿Tienen vínculos formales o informales con instituciones de salud pública o privada?
4. ¿Qué percepción tienen sobre el abordaje estatal del consumo problemático?



ENCUESTA A JÓVENES INTERESADOS EN LA PROBLEMÁTICA

Co-Fundador & CEO de la plataforma QAIZEN.

Fecha: 27/05/2025.....

Nombre: Valentín De Antonio.....

1. ¿Qué motivaciones los llevaron a desarrollar la plataforma QAIZEN, y cómo identificaron la necesidad de una herramienta de este tipo?
2. ¿Cómo ha sido la recepción de QAIZEN por parte de las instituciones educativas y los estudiantes en Mendoza?
3. ¿A través de la plataforma se puede reportar problemáticas relacionadas a la salud mental y consumo problemático? Si es así, ¿Qué tipo de problemáticas relacionadas con la salud mental y el consumo problemático han sido reportadas a través de la plataforma?
4. ¿Cómo consideran que las herramientas tecnológicas pueden complementar las políticas públicas en el abordaje de estas problemáticas?
5. ¿Han establecido vínculos o colaboraciones con instituciones gubernamentales o no gubernamentales en el desarrollo y la implementación de QAIZEN?
6. ¿Qué desafíos han enfrentado como jóvenes emprendedores en el ámbito de la salud mental y cómo los han superado?
7. ¿Qué recomendaciones darían a otros jóvenes interesados en involucrarse en iniciativas relacionadas con la salud mental y el consumo problemático?



ENCUESTA A FAMILIAR DE PERSONAS CON PADECIMIENTOS DE CONSUMO
PROBLEMÁTICO.

Fecha: 30/05/2025.....

Parentesco: Madre

1. ¿Cómo fue el primer contacto con los servicios de salud?
2. ¿Lograron detectar alguna alarma previamente?
3. ¿Qué factores cree que influyeron en la aparición del consumo problemático?
4. ¿Sintió que el Estado acompañó adecuadamente el proceso de tratamiento?
5. ¿Considera que el personal de salud estaba especializado para abordar consumo problemático?
6. ¿Qué aspectos del tratamiento funcionaron bien y cuáles deberían mejorar?
7. ¿Qué tipo de apoyo o asistencia adicional habría necesitado?
8. ¿Qué sentís que se puede mejorar?
9. ¿Hay algún tema que no se mencionó que crea que sea relevante hablar?



REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA Y DOCUMENTAL

Aguilar Villanueva, L. (2019). *Marco para el análisis de las políticas públicas*. En F. Mariñez & V. Garza (Eds.), *Política pública y democracia en América Latina: del análisis a la implementación*. Editorial Porrúa.

Argentina, S. y. (2010, 2 de diciembre). Ley Nacional de Salud Mental. Obtenido de INFORMACIÓN LEGISLATIVA (InfoLEG): <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Arroyo, N. F., & Schejtman, L. (2012). *Planificación de políticas, programas y proyectos sociales*. Fundación CIPPEC.

Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia. (s.f.). *Argentina sin manicomios*. <https://argentinasinmanicomios.acij.org.ar/>

Barcala, A., & Faraone, S. (2020). *A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental: coordenadas para una cartografía posible*. Editorial Teseo.

Casa Rosada. (2022, abril 25). *Estrategia federal de abordaje integral de la salud mental*. <https://www.caserosada.gob.ar/informacion/actividad-oficial/9-noticias/48683-estrategia-federal-de-abordaje-integral-de-la-salud-mental>

Cáceres, C. M. (2017). Derechos humanos en salud: en el camino de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental. En *Aportes para la salud mental*.

CEPAL. (s.f.). *Países de la región destacan la importancia de diseñar políticas públicas coherentes*. <https://www.cepal.org/es/comunicados/paises-la-region-destacan-importancia-disenar-politicas-publicas-coherentesmiras-al>



Congreso de la Nación Argentina. (2010). *Ley 26.657. Derecho a la protección de la salud mental. Derogase la Ley N° 22.914.* Boletín Oficial de la República Argentina.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/Ley-26657-162535>

Congreso de la Nación Argentina. (2014). *Ley 26.934. Plan integral para el abordaje de los consumos problemáticos.* Boletín Oficial de la República Argentina.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/Ley-26934>

Corzo, J. F. (2013). *Diseño de políticas públicas.* IEXE.
<https://www.procuraduria.gov.co/sip/Ciclo-de-Politicas-Publicas.page>

Debortoli, I., & Mitchell, A. (2022, septiembre 19). *Consumo problemático de sustancias psicoactivas en Argentina en perspectiva global.* Pontificia Universidad Católica Argentina.
<https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/16159/1/consumo-problem%C3%A1tico-sustancias.pdf>

Faraone, S. (2012). El acontecimiento de la Ley Nacional de Salud Mental: Los debates en torno a su sanción. *Debate Público*, 2(4).
<https://doi.org/10.62174/DPdp.8747publicaciones.sociales.uba.ar+1publicaciones.sociales.uba.ar+1>

Gabay, P. M., & Fernández Bruno, M. (2017). La evolución histórica de los paradigmas de atención en psiquiatría. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 28(135), 344–352.
<https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/422>

García, D. G., & Torres, D. R. (s.f.). *Políticas de salud.* En M. D. Salud (Ed.), *Módulo 5.* Cristián Fèvre.

Gobierno de Mendoza. (2020, octubre 14). *Suárez: “Mientras el sistema de salud responda, no restringiremos las libertades individuales”.* Prensa Mendoza.



<https://www.mendoza.gov.ar/prensa/suarez-mientras-el-sistema-de-salud-responda-no-restringiremos-las-libertades-individuales/>

Kapelusz. (2018). *Modelo de organización provincial* – Mendoza.

https://www.editorialkapelusz.com/wp-content/uploads/2018/01/61080799_Mendoza_capModelo.pdf

La Gaceta. (2022, octubre 10). “No se está cumpliendo la Ley de Salud Mental”. *La Gaceta*.

<https://www.lagaceta.com.ar/nota/992140/sociedad/no-se-esta-cumpliendo-Ley-salud-mental.html>

Los Andes. (2020, febrero 12). *Las tres apuestas del gobernador Suárez para mejorar el sistema de salud de Mendoza*. Los Andes.

<https://www.losandes.com.ar/sociedad/las-tres-apuestas-del-gobernador-suarez-para-mejorar-el-sistema-de-salud-de-mendoza>

Mendoza, L. L. (2024, mayo 26). *Ley 9.534 "Asignación mensual a los programas de Salud mental y adicciones de la Provincia de Mendoza"*. SAIJ.

<https://www.saij.gob.ar/9534-local-mendoza-asignacion-mensual-programas-salud-mental-adicciones-provincia-mendoza-lpm0009534-2024-05-07/123456789-oabc-defg-435-9000mvorpyel>

Mendoza Post. (2020, febrero 16). *Vamos a poner al sistema de salud mirando hacia los mendocinos*. Mendoza Post.

<https://www.mendozapost.com/entrevista/137939-vamos-a-poner-al-sistema-de-salud-mirando-hacia-los-mendocinos/>

Méndez, M. (2022). El desafío de la salud mental como problema público: avances,

tensiones y disputas. *Cuadernos de Coyuntura*, (17), 1–12.

<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/CuadernosCoyuntura/article/view/42591>

Mitchell, A., & Debortoli, I. (2022, 19 de septiembre). Consumo problemático de

sustancias psicoactivas en Argentina en perspectiva global. Pontificia Universidad

Católica Argentina. Obtenido de

<https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/16159/1/consumo-problem%C3%A1tico-sustancias.pdf>

Ministerio de Gobierno de Mendoza. (2003, enero 7). *Creación del Plan Provincial de Adicciones en el ámbito del Ministerio de Gobierno*. SAIJ. <https://www.saij.gob.ar/7088-local-mendoza-creacion-plan-provincial-adicciones-ambito-ministerio-gobierno-lpm0007088-2003-01-07/123456789-oabc-defg-880-7000mvorpyel>

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657*. Infoleg. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Ministerio de Salud de la Nación. (2023). *Plan Nacional de Salud Mental 2023–2027*. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/385000-389999/389694/res1997ms.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (s.f.). *Atlas de Salud Mental*. http://www.legislaud.gov.ar/atlas/salud_mental.html#13

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Salud mental*. https://www.who.int/es/health-topics/mental-health#tab=tab_1

Plan Provincial de Adicciones. (s.f.). *Atención primaria en salud ante el consumo problemático de drogas*. Gobierno de Mendoza. <https://fcm.uncuyo.edu.ar/upload/atencion-primaria-en-salud1.pdf>

Retamozo, M., & Trujillo Salazar, L. (2025). El gobierno de Alberto Fernández en Argentina: La política y las políticas en tiempos de crisis (2019–2023). *Estudios Políticos*, (64), 26–45. <https://doi.org/10.22201/fcpys.24484903e.2025.64.90634>

SALUD, O. M. (s.f.). Obtenido de https://www.who.int/es/health-topics/mental-health#tab=tab_1

Sitio Andino. (2022, diciembre 10). *Tres años de gestión de Rodolfo Suárez: así lo evalúan propios y ajenos*. Sitio Andino. <https://www.sitioandino.com.ar/politica/tres-anos-gestion-rodolfo-suarez-asi-lo-evaluan-propios-y-ajenos-n5642040>

Tamayo, M. (1997). *El análisis de las políticas públicas*. Alianza Universidad.

Tobar, F. (2012). *Políticas de Salud: Conceptos y Herramientas*. La Ley.