

RECOMENDACIONES PARA LA
RED INTEGRADA DE SALUD MENTAL CON BASE EN LA COMUNIDAD

DISPOSITIVOS DE INCLUSIÓN HABITACIONAL

-2018-

Dirección Nacional de
Salud Mental y Adicciones



COBERTURA
UNIVERSAL
de SALUD



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación



**DISPOSITIVOS
DE INCLUSIÓN
HABITACIONAL**

-2018-

Autoridades Nacionales

Presidente de la Nación

Ing. Mauricio Macri

Ministro de Salud

Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

Secretario de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos

Dr. Mario Kaler

Subsecretario de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

Dr. Daniel H. Espinosa

Director Nacional de Salud Mental y Adicciones

Lic. Luciano C. Grasso

Participantes

Redacción:

Lic. Gabriela Castro Ferro (Coordinación), Lic. Andrea Demasi, Lic. María Silvina Sosa, Dra. Analía Zanatta, Lic. Natalia Fuensalida, Lic. Virginia Reinoldi, Lic. Emilia Mouchet, PS Liliana Cabrera, TS Verónica Cabral, Lic. Silvia Cardozo.

Revisión:

Dra. Analía Zanatta, Lic. María Silvina Sosa, Lic. Daniela Bonano, Nicolás Fernández Ana Giménez Rodríguez.

Agradecimientos:

Los lineamientos de este documento fueron elaborados con la colaboración y asesoramiento de las siguientes personas Luis María Drago, Enrique Bauman, Lic. Celeste Romero y Dra. Cecilia Keena.

Diseño Gráfico:

Jorge Daniel Barros.

Índice

- 07 **Introducción.**
- 11 **La Vivienda como un Derecho.**
- 20 **Dispositivos Sociosanitarios de Inclusión.**
- 22 Criterios Generales de Ingreso y Egreso Habitacional.
- 23 Prestaciones Comunes.
- 24 Equipo Interdisciplinario.
- 25 Servicios Generales con los que contará el Dispositivos para su Funcionamiento.
- 26 Recursos Físicos.
- 27 **Glosario.**
- 31 **Bibliografía.**

Quienes produjimos y desarrollamos este material, bregamos por un trato no sexista ni discriminatorio en los actos y en el lenguaje. No obstante, y para no sobrecargar su lectura utilizando la variación o/a con la intención de marcar la existencia de ambos sexos, se decidió utilizar el masculino genérico, en el entendimiento y acuerdo que en todas estas menciones se referencia la existencia de varones y mujeres.

INTRODUCCIÓN

“No hay Salud Mental por fuera del campo de la Salud.”

Salud Mental en la política de la Cobertura Universal de Salud.

Nuestro país tiene historia en cuanto a un Estado presente que garantiza el derecho a la salud. También sabemos que muchas veces el acceso a los cuidados no es el adecuado, sino se garantiza una cobertura real y oportuna, con integralidad y continuidad de los procesos de atención, con redes articuladas de salud que acompañen a las personas y garanticen el ejercicio del derecho en un sistema de salud continente y promotor de crecientes niveles de autonomía.

El Ministerio de Salud de la Nación ejerce el rol de rectoría sanitaria en el país y en este contexto, promueve como política central la Cobertura Universal de Salud (CUS). Esta propone la articulación e integración entre nación, las provincias y los municipios para garantizar el acceso equitativo, la cobertura efectiva, y consecuentemente, el ejercicio pleno del derecho a la salud.

La CUS posee como una de sus estrategias, la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria (ESFyC) con un fuerte componente territorial en el primer nivel de atención, que propone la articulación e integración del sistema de salud, abordando diferentes problemáticas tanto desde lo biológico, psicológico, social y cultural en el ámbito comunitario y relacional de las poblaciones del país.

Esta estrategia define un modelo de atención en el que la población es nominalizada y georreferenciada y en el que los equipos de salud familiar y comunitaria son responsables de la producción de cuidados y garantizar la integralidad de los procesos de atención. Con la Cobertura Universal de Salud es necesario avanzar hacia un sistema de salud más equitativo, de calidad, integral y efectivo.

Salud Mental Comunitaria en la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria.

En el marco de la ESFyC, el abordaje de la salud mental es únicamente coherente en un Modelo de Salud Mental Comunitaria, que promueva el abordaje integral del sufrimiento mental, tal como lo establece la normativa vigente a nivel internacional y nacional. Este marco normativo privilegia los modelos de abordaje comunitarios, basados en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud - APS.

En particular, la Ley Nacional de Salud Mental es una norma que garantiza el derecho de las personas con padecimientos psíquicos, y plantea una modalidad de abordaje comunitario. En ese contexto, se conceptualiza a la salud mental como un proceso social y complejo que implica la promoción de la salud mental, la prevención y atención de padecimientos mentales, la participación comunitaria, y la detección y el abordaje de los determinantes sociales de la salud. Las problemáticas relacionadas con el padecimiento psíquico constituyen eventos de relevancia en materia de salud pública, representando el 22% de la carga total de enfermedad en América Latina y el Caribe y presentan una tendencia en aumento. Estos eventos generan importante sufrimiento subjetivo y producen consecuencias en la trama económica y productiva de las personas y comunidades, con efectos invalidantes en la esfera vincular y social, contribuyendo a la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura (Organización Panamericana de la Salud, 2014; World Health Organization, 2017). Distintos documentos internacionales coinciden que entre las problemáticas más prevalentes con mayor impacto en la salud de la población, se encuentran la depresión, las psicosis, el consumo problemático de drogas y alcohol, el suicidio y las violencias (OPS, 2014; WHO, 2017).

“Redes Integradas de Salud Mental con base en la Comunidad”.

Desde el Ministerio de Salud de la Nación se propone un modelo de atención que aborde efectivamente los problemas de salud mental de nuestro país, que sea acorde a los lineamientos de los organismos internacionales y a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (LNSM), y que sea respetuoso y promotor de los derechos de las personas, familias y comunidades.

Se trata de un modelo basado en la promoción de la salud y los cuidados, la prevención, atención y rehabilitación psicosocial. Un abordaje comunitario, integral, interdisciplinario e intersectorial centrado en las personas, y que entiende la complejidad de los procesos de salud – enfermedad – atención – cuidados, en el ámbito territorial donde los colectivos sociales desarrollan su vida cotidiana; así asume que las problemáticas de salud mental son complejas y multidimensionales y se producen en el marco de un proceso de determinación social.

El desarrollo de un Modelo Comunitario de Atención conlleva la implementación de una Red de Salud Mental con Base en la Comunidad, integrada con los servicios de salud general y con articulación intersectorial. Este modelo se prescribe para los tres subsectores del sistema de salud e implica el desarrollo de diferentes efectores articulados en red: equipos de salud mental interdisciplinarios en los centros de salud del primer nivel de atención, servicios de salud mental en los hospitales generales, sanatorios y policlínicos (con atención ambulatoria, abordaje de las urgencias las 24 horas, interconsulta e internación), centros de día comunitarios, hospitales de día y de noche, diferentes modalidades de dispositivos para la inclusión sociolaboral y dispositivos habitacionales con diferentes niveles de apoyos, dispositivos de arte y salud mental, entre otros.

Todos los dispositivos mencionados, integrados y articulados en función de cada proyecto terapéutico ampliado, tienen un rol central.

Para ello, estas estructuras deben contar con los recursos necesarios: trabajadores de diferentes disciplinas y roles, psicofármacos, insumos, infraestructura adecuada, etc., implicando – necesariamente - una mayor inversión en el sector, así como la descentralización de recursos existentes desde las actuales instituciones monovalentes hacia estas estructuras de la red. Esta red debe sustituir de manera progresiva a las instituciones monovalentes, ya que no es complementaria de ellas.

Desde la perspectiva del Modelo Comunitario de abordaje, la distinción de niveles no depende de las características específicas de los efectores, sino de la densidad que asume la Red Integrada de Salud Mental con Base en la Comunidad, y de las dimensiones presentes en la intervención para brindar respuestas de acuerdo a la complejidad biomédica y social que presenta cada problemática. De esta manera, se concibe como máxima complejidad de abordaje a la propia comunidad y a las modalidades de articulación de la red con los diferentes sectores sociales, gubernamentales y no gubernamentales, cuyo fin último es garantizar la inclusión social.

La implementación de la Red tiene como objetivo fundamental, brindar respuestas de salud a los/as usuarios/as y a sus referentes vinculares, garantizando el acceso a los cuidados formales necesarios y su articulación con los cuidados informales. Apunta a la integración y al sostén de las personas con padecimiento psíquico en la comunidad, entendiendo que toda persona es sujeto de derecho y valorando la diversidad.

El modelo de abordaje basado en la comunidad parte de la presunción de la capacidad de todas las personas y de su posibilidad de rehabilitación psicosocial. Se funda en el respeto y la promoción de los Derechos Humanos, y propicia acciones del equipo de salud para acompañar el ejercicio efectivo de esos derechos. Apunta a superar la cronificación y la estigmatización, así como también a disminuir el incremento de las brechas de atención propios del modelo manicomial.

Los Equipos de Abordaje Psicosocial en la Red

En el marco de una Estrategia Integral de Salud Familiar y Comunitaria que implica la creación de Equipos Interdisciplinarios, Núcleo y Ampliados en el territorio, se establecen Equipos de Abordaje Psicosocial (EAPS). Su función es la de apoyo matricial para el abordaje de la Salud Mental. Por lo tanto, el desarrollo del trabajo de los EAPS implica un funcionamiento en red y referenciado con otros equipos de salud en el armado de proyectos terapéuticos singulares, según la población/territorio definido que implicarán acuerdos entre los actores, un diagnóstico territorial, la priorización de problemas y la explicitación de vías de comunicación. Es necesario entender la red como un espacio de mutua colaboración entre pares, y no como un ámbito de derivación y recepción de casos.

Son equipos del primer nivel de atención para el abordaje de las problemáticas prevalentes en salud mental (depresión, ansiedad, consumos problemáticos de sustancias, violencias, entre otras), así como trastornos mentales severos. Los EAPS tienen el propósito de fortalecer a los Equipos de Salud Familiar (ESF), mejorar la calidad de atención, la respuesta a la demanda y la continuidad de cuidados de los usuarios.

Dispositivos de Inclusión Habitacional.

Los dispositivos habitacionales desarrollados en esta recomendación, son espacios de convivencia que forman parte fundamental de la Red de Servicios de Salud Mental con Base en la Comunidad. Se consideran estructuras intermedias, ubicados entre los cuidados del sector salud y la comunidad general. Son dispositivos promocionales de las capacidades de las personas y parte fundamental de la estrategia de rehabilitación psicosocial, abocados a alcanzar la máxima autonomía posible y el ejercicio de los Derechos de las personas. Estos dispositivos deberán estar integrados al tejido comunitario, dado que se encuentran insertos en los espacios donde se desarrolla la vida social, lo que a su vez implica que no deben ubicarse dentro o próximos a las instituciones monovalentes.

LA VIVIENDA COMO UN DERECHO

Salud Mental e Integración en la Comunidad.

Las personas con padecimiento psíquico, usuarias/os de los servicios de salud mental, pueden y deben vivir en la comunidad. Para ello, el Estado debe garantizar una adecuada provisión de sistemas de servicios y desarrollo de redes apoyo.

En éste sentido, la “Declaración de Caracas” (1990), adoptada en Venezuela por la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina que fuera convocada por la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS), declara en su primer punto: “Que la reestructuración de la Atención Psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de la Salud en los marcos de Sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales”; y agrega en su tercer punto que “los recursos, cuidados y tratamientos provistos deben (...) propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario”.

Asimismo, los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental adoptados por la Asamblea General de Las Naciones Unidas (1991) establecen en el Principio 3 la vida en la comunidad: “Toda persona que padezca una enfermedad mental tendrá derecho a vivir y a trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad.”¹

A su vez, la “Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad” (2001), tiene como finalidad promover la integración plena de las personas con discapacidades en la sociedad. (art. 2).

Por su parte, la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), en su art. 19, señala el derecho a vivir con independencia y a formar parte de la comunidad con una plena inclusión. Establece que los Estados parte adopten

¹ Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. Adoptados por la Asamblea General en su resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991. Principio 3.

medidas para garantizar que: “a) Las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico; b) Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta; (...)”.

Al respecto, también cobra fundamental importancia el Consenso de Brasilia (2013), en el cual Usuarios de Servicios de Salud Mental y sus Familiares consideran que: “El compromiso de los Estados es asegurar, promover y proteger el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de los usuarios de servicios de salud mental, adoptando las medidas necesarias para la equiparación de oportunidades; (...) la inclusión en la comunidad y el acceso al conjunto de las políticas públicas”.

Que se garantice a los usuarios de servicios de salud mental, en igualdad de condiciones, el derecho a la ciudad y a la ciudadanía plena, destacándose el acceso a la vivienda, el empleo, la educación, la cultura, el transporte y el ocio (...)”.

En cuanto a legislación específica a nivel nacional, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010), reconoce como uno de los derechos de las personas con padecimiento mental: “el derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria” (Cap. IV, art. 7, inc. d); a su vez establece en el capítulo de Modalidad de Abordaje, que la Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción en coordinación con otras áreas pertinentes, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria, que lleven adelante el desarrollo de dispositivos y prestaciones tales como Casas de Convivencia, Hogares y Familias Sustitutas, entre otras. (Cap. V, art. 11).

En este aspecto el Decreto Reglamentario del presente artículo insta que se deben promover dispositivos adecuados a la LNSM que funcionen como una red de servicios con base en la comunidad, que incluyan dispositivos habitacionales y laborales con distintos niveles de apoyo (Decreto Reglamentario 603/2013).

La presente ley también define que “en ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes” (Cap. VII, art. 15) y amplía en el Decreto Reglamentario de este artículo que: “Cuando una persona estuviese en condiciones de alta desde el punto de vista de la salud mental y existiesen problemáticas sociales o de vivienda que imposibilitaran la externación inmediata, el equipo interdisciplinario deberá (...) gestionar ante las áreas que correspondan con carácter urgente la provisión de los recursos correspondientes a efectos de dar solución (...)”.

Respecto a normativas locales, cabe destacar la Ley Nº 2440 de la Provincia de Río Negro (1991), en la cual se establece que "(...) La reinserción comunitaria de quien resulte internado deber constituir el eje y causa de esta instancia terapéutica, teniendo en cuenta la singularidad de la persona humana, sus diversos momentos vitales y sus potencialidades de autonomía (...)" (art.1). Además, consigna que la Autoridad de Aplicación debe asegurar "el acceso a la vivienda, educación (...) como modo de garantizar la promoción humana y condiciones de vida dignas a personas con sufrimiento mental" (art. 7).

Asimismo, también es preciso mencionar la Ley Nº 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2000), que señala dentro de los derechos de todas las personas en relación con el sistema de salud mental, la rehabilitación y la reinserción familiar, laboral y comunitaria (art.3, inc. j).

Como se ha detallado hasta aquí, el "derecho de acceso a una vivienda digna" es reconocido por marcos normativos nacionales e internacionales; el desafío es lograr que tal derecho sea inescindible de las condiciones para su ejercicio y goce.

Hábitat y Salud. Perspectiva de Integralidad.

La situación de emergencia habitacional de la población usuaria de los servicios de salud mental, externados o en proceso de externación, es parte de una problemática generalizada de raíz estructural en nuestro país. El déficit habitacional traducido en la falta de acceso a una vivienda digna para los sectores de menores recursos y con mayor grado de vulnerabilidad, representa una deuda de carácter histórico que va progresivamente en aumento².

En este sentido, un elevado porcentaje de la población internada en los hospitales psiquiátricos carece de vivienda, que es una de las variables que impide la externación y la integración comunitaria.

Para llevar a cabo las externaciones, no sólo es necesario atender la condición de salud de las personas –dado que por lo general se hallan asociadas a una compleja situación socioeconómica–, sino que es fundamental brindar respuestas de carácter integral. La ausencia de las mismas, conduce frecuentemente a que se produzcan descompensaciones y reinternaciones a corto plazo.

² El último Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas (2010) arrojó que más de dos millones cien mil hogares (exactamente 2.145.224) habitan en viviendas deficitarias (es decir, en piezas de hotel o pensión, piezas de inquilinato, local no construido para habitación, rancho, casilla y vivienda móvil), un millón y medio registraron condiciones de hacinamiento familiar, y otro millón y medio vive en situación de hacinamiento crítico. Adicionalmente, se revirtió una tendencia histórica del régimen de tenencia y se registró un aumento de la tasa de inquilinos –por sobre la de propietarios- del 5% en relación a los 10 años anteriores (pasando de 11,1% de hogares inquilinos en el 2001 a 16,1% en el 2010). De estos inquilinos, el 2% (231.319 hogares inquilinos) viven en viviendas deficitarias, por lo cual su cotidianidad se ve doblemente afectada en materia de hábitat.

Las políticas habitacionales -ya sea por acción u omisión- traducen cuál está siendo el rol del Estado en cuanto a la distribución/localización de los diferentes sectores y grupos sociales en las ciudades, pueblos y localidades y –consecuentemente- en la satisfacción de necesidades habitacionales básicas (Oszlak, 1991).

Generalmente, ante la necesidad de acceso a la vivienda por parte de aquellos sectores más vulnerables, las respuestas estatales desarrolladas mediante planes y programas para la construcción y/u otorgamiento de “viviendas sociales”, resultan insuficientes frente al volumen de la problemática.

Además es habitual que posean deficientes condiciones del hábitat, ya que se suelen construir desvinculadas de su entorno, generando segregación socio-espacial e instalando características estigmatizantes a sus habitantes.

La concepción de vivienda no debe estar aislada, fragmentada del espacio físico ambiental necesario para la vida familiar, que es multidimensional.

Para materializar la dimensión del hábitat debe existir “la búsqueda intencional de una fuerte interacción de la dimensión arquitectónica específica con los ámbitos de inserción urbano vecinales, enriqueciendo desde tal dinámica los dos objetos actuantes: la arquitectura y la ciudad (pueblo/localidad).” (Federación MOI, 2012).

Es necesario desplegar una mirada incluyente que abarque la dimensión contextual como noción constructora de integralidad, que responda y se corresponda con infraestructura y servicios; con los equipamientos básicos de carácter educativo y de salud; con lo recreacional, cultural y deportivo; con lo laboral; en definitiva, con los requerimientos de integralidad de la vida cotidiana.

Introducir la noción de Hábitat implica que las viviendas deben poseer las características necesarias para propiciar el desarrollo integral de quienes vivan en éstas. Significa que el objetivo es más abarcativo que el acceso a una vivienda, que hay que realizar acciones en vistas a lograr la integración plena en la comunidad. Por ello, es importante desarrollar una mirada de Integralidad.

“El desarrollo de la perspectiva de la integralidad se vincula con el enfoque de la complejidad inherente a la naturaleza de la vida y de las relaciones sociales, concibiendo la vida cotidiana –y la vida en general– en una perspectiva unitaria, donde las partes se vinculan con el todo... aunque sea incierto, complejo y en movimiento.” (Rodríguez, 2016).

El enfoque de integralidad asume una intervención compleja, ya que se trata de construir determinados sentidos y prácticas, así como de activar saberes y recursos que sean pertinentes y ajustados a las problemáticas, y desafíos propios de la vida cotidiana en sus territorios de actuación.

El Derecho a la Belleza

Habitualmente en los proyectos de vivienda social, la belleza no es considerada como una categoría importante a tener en cuenta, tanto desde los planificadores, ejecutores y evaluadores de las políticas públicas, como desde los destinatarios de las mismas.

Es así que usualmente (a) la vivienda social se (la) construye y se (la) piensa/imagina/ asociada a un modelo estandarizado que le imprime el estigma de ser antiestética y pequeña. Las propias personas constituidas como posibles beneficiarias de estas políticas no se reconocen sujetos de este derecho.

Esto se fundamenta en prejuicios y valores que terminan poniendo un techo a las aspiraciones y/o pretensiones de aquellos sectores más vulnerados, estableciendo así qué se merecen y qué no.

En este aspecto, es pertinente enfatizar que el derecho a la belleza también es parte del derecho a habitar. Cada persona debe tener su espacio adecuado para convivir, para desarrollarse, individual y colectivamente. El derecho a la belleza es un derecho que se conquista, en la subjetividad y en lo objetivo.

Desde esta lógica los dispositivos habitacionales no deben ser viviendas caracterizadas por condiciones de hacinamiento y falta o pérdida de privacidad, ni tampoco por negación de ámbitos de recreación, entre otros aspectos. Los destinatarios de cada proyecto habitacional deben tener internalizado que la belleza en el hábitat es un derecho humano que hace a la calidad del buen vivir. (Rodríguez, 2014).

Se trata de viviendas dignificantes y promotoras de integración socio-espacial. Esto produce altos niveles de apropiación y autoestima por parte de sus habitantes.

Acceso a la vivienda como proceso de construcción de ciudadanía.

En los procesos de externación de las instituciones neuropsiquiátricas de aquellas personas que han permanecido internadas por largos períodos, los efectos del encierro y del aislamiento son arduos de modificar.

Si el objetivo principal es la rehabilitación, y junto con ello acceder al derecho a vivir en la comunidad, es necesario desandar vivencias de un contexto creado para aniquilar cualquier tipo de iniciativas personales, en donde la cotidianidad se halla estructurada e impuesta por normas y exigencias institucionales que no tienen como finalidad tomar en cuenta la singularidad, ni las circunstancias específicas de cada una de las personas.

Deconstruir este esquema institucionalizante se torna prioritario para la posibilidad de emergencia de deseos y voluntades (Basaglia, 1972).

Es imprescindible impulsar el desarrollo de prácticas que habiliten la progresiva autonomía y la participación activa de las personas en su comunidad, así como la posibilidad de tomar decisiones respecto de la propia vida. Esto también se corresponde con la construcción del derecho a habitar.

En este aspecto, reconstruir el derecho a habitar deviene una condición imprescindible de trabajar y propiciar en toda intervención y acompañamiento socio terapéutico.

Por lo tanto hay que transformar una modalidad de asistencia centrada en el encierro y en la medicalización de la vida cotidiana, ya que la lógica, la cultura y las prácticas manicomiales son factibles de perdurar, aún en iniciativas que se lleven adelante por fuera de estas instituciones.

Lo puramente asistencial, sin perseguir la promoción de las personas, se vuelve asistencialismo, constituyendo beneficiarios en lugar de sujetos de derecho. Esta es una forma más de control que no propicia el desarrollo de autonomía y es tan perjudicial como el despliegue de actitudes autoritarias.

“Todo escenario puede ser manicomial en la medida en que se establezca una relación de sometimiento de una persona sobre otra, un vínculo que oprima e impida el libre intercambio entre ambas” (Cohen-Natella, 2013:154).

Es en esta misma línea, que en la planificación de la estructuración y funcionamiento de los dispositivos habitacionales, además de considerar las diferentes prestaciones a desarrollar, se debe poner el mayor esfuerzo en analizar, visualizar y evaluar cuáles son los resultados que se producen para quienes los habiten.

Hay cuestiones esenciales a tomar en cuenta para bregar en la promoción de las personas, como ser: el aumento de la capacidad de elección, la ampliación de las relaciones sociales, el aprendizaje de nuevas habilidades, el incremento de la capacidad de desarrollo y sostén de actividades laborales-recreativas-educacionales, el desarrollo de nuevos roles y el aumento de la capacidad de mantener relaciones sociales significativas.

En este sentido, Sarraceno destaca que el desarrollo individual que acompaña la experiencia de adquisición de la casa es primordial para la rehabilitación de los usuarios de salud mental, puntualizando que “el derecho no es sólo la casa, sino también la adquisición como procesos de formación de la ciudadanía del paciente” (Sarraceno, 2003:91).

Desde este aspecto es fundamental promover la participación activa en todo el recorrido, que va desde la planificación de la externación, pasando por la definición de

dónde, cómo y la elección con quiénes vivir, hasta la discusión y consenso grupal de las normas y reglas de funcionamiento de convivencia, etc.

Se destaca que la participación no es algo dado, no es un hecho estático, sino un todo dinámico que se va construyendo permanentemente a partir de la confluencia y articulación de determinados elementos.

La participación como proceso refiere a procedimientos que favorecen el desarrollo cualitativo de las personas involucradas. Tales procedimientos tienen su propia dinámica con diferentes niveles de expresión, dependiendo de la intensidad con que se perciban las necesidades (Ortega Ríos, 2000). La participación así es concebida como una relación generadora de relaciones, que está orientada por valores y objetivos compartidos, cuyos logros producen transformaciones comunitarias e individuales.

Por lo tanto, se debe trabajar conjuntamente (equipo de salud, usuarios, referentes vinculares significativos y/o familiares) para que los habitantes de los dispositivos habitacionales puedan tener un nivel de poder de decisión material y simbólico en cuanto al espacio que habitan. En este aspecto, es productivo retomar la distinción que realiza Sarraceno entre estar y habitar, identificando el estar con un sentido de propiedad escasa o nula respecto del espacio en que se vive, y el habitar con un grado más evolucionado de propiedad de ese espacio, así como con un mayor nivel de pertenencia a la organización material y simbólica del mismo y a la disposición de compartir afectivamente con los otros (Sarraceno, 2003: 86).

Prácticas de Salud Mental Comunitarias.

Lo que hasta aquí se viene desarrollando se halla estrechamente vinculado a las prácticas de salud mental comunitarias necesarias a implementarse, cuya principal característica es llevar adelante un abordaje que “priorice el contexto y los determinantes sociales del proceso salud/enfermedad, ya que se entiende que el cuidado y la promoción de la misma están ligados a las condiciones de vida” (Natella, 2008: 36).

Desde este enfoque, también se hace hincapié en el cambio de rol que deben asumir los técnicos, quienes deben realizar un abordaje interdisciplinario, capacitándose a través de la práctica en un trabajo intersectorial, dejando atrás las intervenciones aisladas.

Deben desarrollar la capacidad de brindar respuestas cada vez más complejas y específicas, de acuerdo a la necesidad de cada persona, alejándose así de los tratamientos tradicionales.

Para ello, es fundamental que los equipos técnicos interdisciplinarios establezcan un tipo de vínculo cotidiano con la comunidad, que tienda a modificar la relación saber-poder, posibilitando a su vez el intercambio y la detección de los prejuicios asociados a los padecimientos mentales (que suelen estar asociados a la idea de peligrosidad, irreversibilidad, improductividad, incapacidad y cronicidad). Esto permite establecer conjuntamente con actores referentes o significativos del entorno, estrategias

de abordaje de deconstrucción de los mismos, a partir de experiencias concretas desarrolladas (o a desarrollarse) en la interacción de la vida diaria.

Se pretende instalar otra lógica de percepción y de entendimiento hacia el otro y hacia uno mismo, rechazando concepciones dicotómicas acerca de los normales y los anormales; de las capacidades y de las discapacidades; de los fuertes y de los débiles. Se revela así que lo que existe son personas y modos de ser diferentes. Las etiquetas imponen clasificaciones sociológicas, patológicas, -entre otras- que operan separando y aislando a partir de lo que no se puede hacer, "actúan como mini-campos de concentración donde cada uno de nosotros está definido por un nivel dado de impotencia. Lo que interesa es la potencia, la libertad" (Benasayag y Sztulwark, 2000: 232).

Precisamente, las prácticas de salud mental comunitarias se viabilizan en marcos en los que se puedan crear vínculos afectivos, en los que se posibilite transitar la cotidianidad en cercanía o en compañía de otros -compartiendo necesidades, angustias, alegrías, desafíos-, aprendiendo a redescubrirse y a redescubrir a los demás, como semejantes (Reinoldi, 2005).

En el desarrollo, sostenimiento y fortalecimiento del habitar en los dispositivos habitacionales, es pertinente trabajar con perspectiva de red. Ello implica tener la posibilidad de considerar y de tener conocimiento de la totalidad del contexto en el que se encuentra inserto el usuario del sistema de salud mental. La perspectiva de análisis a partir de las redes sociales permite pensar el carácter múltiple y dinámico de la constitución subjetiva. La identidad del sujeto no depende ya de su inclusión en una clase o grupo social, sino del reconocimiento de su pertenencia a múltiples comunidades, aceptando las diferencias y el mutuo reconocimiento, construyendo convivencia y solidaridades.

Además, las red puede actuar como posibilitadora de formas deconstructivas de las relaciones sociales e institucionales productoras de dinámicas e interacciones subordinadas, alienadas y de aislamiento. De este modo, las redes pueden adquirir un carácter preventivo que permitan la emergencia o reconstitución del sujeto en formas no subordinadas que respalden, habiliten y autonomicen (Rovere, 2002).

Las redes, como parte de los mecanismos de constitución del sujeto, pueden habilitarse para jugar un rol específico, propicio para los procesos terapéuticos.

Desde este lugar, algunos autores destacan ciertas funciones básicas de la red social de cada sujeto que incluyen: "a) el acceso a nuevos contactos, a través de la conexión con personas y redes que hasta entonces no eran parte de la red social básica del sujeto; b) la compañía social, visualizada en la realización de actividades conjuntas, o simplemente refiere al hecho de estar juntos; c) apoyo emocional, o sea, aquellos intercambios que connotan una actitud emocional positiva y un clima caracterizado por la comprensión, simpatía, empatía, estímulo y apoyo; d) guía cognitiva y consejos, es decir, interacciones destinadas a compartir información personal o social, aclarar expectativas y proveer

modelos de rol; e) ayuda material y de servicios, es la colaboración específica sobre la base de conocimiento experto o ayuda física, incluyendo los Servicios de Salud.” (Madariaga; Abello y Sierra, 2003: 24).

En consonancia con la perspectiva de Red, es primordial construir, sostener y fortalecer espacios de trabajo y concertación -a modo de descentralizar y redistribuir responsabilidades y tareas- que posibiliten el desarrollo de mesas interministeriales, intersectoriales e interinstitucionales, en las que se incluyan autoridades locales de cada jurisdicción, para articular y generar políticas integrales que desencadenen procesos de integración plena en la comunidad, de las personas usuarias de los servicios de salud mental.

DISPOSITIVOS SOCIOSANITARIOS DE INCLUSIÓN HABITACIONAL

Los dispositivos habitacionales son parte de una política integral cuyo objetivo es brindar respuestas socio sanitarias para aquellas personas con padecimiento mental que se encuentran realizando un tratamiento ambulatorio, o en condiciones de ser externadas de instituciones monovalentes de salud mental (públicas o privadas) y que no cuentan con otras posibilidades de acceso a una vivienda digna en la comunidad.

Los dispositivos habitacionales aquí presentados son pequeñas unidades convivenciales que forman parte fundamental de la red integrada de servicios de salud mental con base en la comunidad. Se consideran estructuras intermedias entre los cuidados del sector salud y la comunidad general. Son dispositivos promocionales de las capacidades de las personas y parte fundamental de la estrategia de rehabilitación psicosocial. La máxima autonomía posible y ejercicio de los Derechos de las personas son su principal propósito.

Los dispositivos deberán estar integrados al tejido comunitario, por lo que se descarta que se encuentren en zonas alejadas de la vida social. Asimismo, se contraindica, se descarta que estén insertos o próximos a instituciones monovalentes de salud mental.

Los usuarios/as accederán a la atención en salud (incluyendo los tratamientos de salud mental) en el hospital general (o la institución de salud polivalente que corresponda) y/o en el centro de salud más cercano al domicilio del dispositivo de inclusión habitacional.

En cada dispositivo habitacional se deberá elaborar en articulación con otros actores efectores de la red de servicios intervinientes, la persona y sus referentes vinculares, estrategias individuales para la inclusión social que contemplen: la promoción de las capacidades y responsabilidades, la autonomía creciente en actividades de la vida cotidiana y la promoción social, cultural y educativa.

Las mencionadas estrategias deberán ser actualizadas periódicamente, de acuerdo a una planificación pensada en el logro del mayor grado de autonomía posible de cada una de las personas que vivan en el dispositivo.

Se destaca que el dispositivo de inclusión habitacional no es un servicio de internación. Se requiere la conformidad de la persona para ingresar y permanecer en el dispositivo, teniendo en cuenta la voluntad de retirarse del mismo por decisión propia. Asimismo, cada usuario/a dispone en la cotidianidad respecto a su entrada y salida, teniendo como referencia el cuidado y respeto por las demás personas convivientes.

En cada dispositivo habitacional convivirán personas que requieran diferentes grados de apoyo y diferente tiempo de permanencia. Se implementará un sistema de apoyos flexible.

Los apoyos a los cuales se hace referencia se realizarán respecto a: las actividades de la vida cotidiana, la continuidad de cuidados en la comunidad, entre ellos de los tratamientos de salud necesarios, la realización de trámites, las acciones necesarias para la inclusión laboral y/o educativa, la promoción, continuidad, desarrollo y mantenimiento de los vínculos afectivos y actividades recreativas, entre otros.

La graduación de los apoyos variará respecto a la complejidad de las intervenciones, la cantidad de integrantes del equipo de cuidados y el tiempo destinado al acompañamiento de las personas.

En cuanto al tiempo, los apoyos pueden variar desde momentos mínimos para propiciar las actividades necesarias de la vida cotidiana y los cuidados, hasta las 24 hs.

Las variaciones mencionadas se establecerán en función de las necesidades de cada persona y con el fin de promover el desarrollo del mayor grado de autonomía posible.

Respecto a la permanencia, estas estructuras pueden ser transitorias o definitivas, según la situación de cada persona.

Los dispositivos habitacionales presentarán las mismas características que una vivienda convencional, de tal manera que signifiquen un hogar para las personas que allí habiten. Contarán con las condiciones mínimas indispensables para el desarrollo de una vida digna y saludable. Además, dispondrán de una ambientación hogareña, pudiendo los usuarios elegir la misma y no deberán poseer cartel identificatorio que promueva la estigmatización.

Se implementarán acciones de interacción con el barrio próximo al dispositivo, para mejorar y promover la integración social de las personas con padecimiento mental.

En los casos que se evalúe necesario, se pueden transferir desde el sistema de salud o desde los sectores con los que realicen acuerdos, apoyos económicos o becas a las personas, con padecimiento mental en situación de vulnerabilidad socioeconómica en pos de fortalecer su permanencia en la comunidad.

Se considera que los dispositivos habitacionales tengan una capacidad para alojar a 5 personas y a un máximo de 7. También se contemplan situaciones de menor cantidad de personas convivientes.

La conformación del grupo conviviente puede ser heterogénea en relación al género y al tipo de padecimiento. Preponderantemente se recomienda respaldar la mutua elección de las personas convivientes. Para ello, se debe tener en cuenta las singularidades de la vida de cada persona, por ejemplo: situaciones de pareja, amistad, afinidad, etc.

La presente descripción no excluye iniciativas con dispositivos habitacionales de conformación mixta (usuarios/as de los servicios de salud mental y otras personas que se encuentren en situación crítica de hábitat) que más adelante se mencionarán.

Tampoco excluye la inclusión de personas usuarias de los servicios de salud mental en políticas de hábitat generales, que promuevan la integración socio espacial de/con aquellos sectores más vulnerables de la población.

Criterios generales de ingreso y egreso habitacional.

El ingreso a estos dispositivos está orientado fundamentalmente para personas mayores de 16 años con padecimiento mental sin restricciones de diagnóstico, que no presenten situación de riesgo cierto e inminente y que se encuentren atravesando algunas de las siguientes situaciones:

- poseer vivienda (ya sea propietario/a único/a o condómينو) pero no poder disponer de ella por diversos motivos;
- no ser recibidas por su familia o por las personas con las que convivía antes de una internación;
- no haber logrado por el momento el mayor grado de autonomía posible para vivir solas, pero que no reúnen criterios de internación; o complejidad que no permite permanecer en su domicilio de origen o con su familia.
- provenir de internaciones de larga data y al momento del alta sufrir los efectos de la institucionalización;
- alto grado de vulnerabilidad psicosocial.

Se requiere acuerdo y manifestación de conformidad por parte de la persona para ser parte de estos dispositivos, los cuales quedarán consignados en un acta compromiso.

El ingreso a estos dispositivos también está pensado para conformar grupos heterogéneos convivientes integrados por personas con padecimiento mental y personas en situación de vulnerabilidad psicosocial, que se encuentren en situación crítica de hábitat y necesiten acceder a una vivienda digna, reconociendo la diversidad como parte fundamental para propiciar procesos de integración comunitaria.

El egreso de estos dispositivos implica una decisión conjunta entre el equipo interdisciplinario de salud mental y la persona. El mismo se enmarca en la estrategia singular consensuada con cada una, garantizando toda vez que sea necesario, la continuidad de tratamiento, seguimiento y acompañamiento en la comunidad.

Se consideran criterios de egreso, que el usuario/a haya alcanzado la mayor autonomía posible y la inclusión en el ámbito familiar y/o comunitario (incluyendo su situación habitacional); y/o haber resuelto junto a la persona su situación habitacional ligada al armado de una red comunitaria fortalecida y a sus ingresos económicos fehacientes.

Prestaciones Comunes.

- Articulación con otros actores efectores de la Red de Servicios de Salud Comunitaria con Base en la Comunidad en pos de la inclusión social plena de las personas, garantizando los cuidados necesarios en cada caso.

- Articulación con los efectores de salud correspondientes para la implementación de la atención integral de la salud.

- En caso de situaciones de urgencias de salud: deberá estar en articulación con efector de la red accesible y disponible.

- Elaboración de un proyecto individualizado para la inclusión social de cada persona en conjunto con los otros efectores de la Red de Servicios con Base en la Comunidad intervinientes (en los casos en que se requiera) y con el/la usuario/a.

- Seguimiento y evaluación periódica de las estrategias consensuadas.

- Provisión de alojamiento con distintos niveles de apoyo según la necesidad de cada persona.

- Promoción de la inclusión habitacional de cada persona teniendo en cuenta su historia, sus recursos, la configuración vincular, etc.. En caso de corresponder, tener en cuenta la situación patrimonial y jurídica de cada persona y realizar el acompañamiento para las consultas y acciones legales que resulten necesarias a fin de que pueda disponer de su patrimonio.

- Acciones intersectoriales para la inclusión social.
- Acciones que apuntan a desarrollar las habilidades e intereses de cada persona.
- Acciones que promocionan la autonomía de cada persona.
- Promoción de la red vincular y social de cada persona, tanto respecto a los referentes afectivos históricos, como a los actuales, y al desarrollo de nuevas relaciones, propiciando además, visitas, reuniones festivas y encuentros con referentes vinculares, cuando corresponda, de acuerdo al interés de los/as usuarios/as.
- Apoyo sociosanitario para la integración en el dispositivo habitacional y para la realización de actividades de la vida cotidiana.
- Acciones que propenden a mediar, facilitar y contribuir en la integración a la vivienda.
- Promoción de la autoorganización por parte de las personas.
- Promoción de la participación en la creación consensuada, aplicación y ajuste de las reglas o pautas de convivencia y funcionamiento cotidiano (distribución de responsabilidades y tareas fijas o rotativas, entre otras) por parte de los propios habitantes; dado que el presente dispositivo se diferencia de modalidades institucionalizadas en las que la creación y aplicación de reglas son impuestas externamente.
- Acompañamiento para la realización de actividades laborales, educativas y recreativas en la comunidad, acorde a los intereses y habilidades de cada persona.
- Participación en actividades de la comunidad y del barrio de manera grupal o individual.
- Promoción de la salud mental en la comunidad general de la que forma parte.
- Promoción de la organización de asociaciones de usuarios y familiares por los Derechos Humanos en salud mental.
- Promoción de la ayuda mutua entre usuarios/as de salud mental.
- Orientación a referentes vinculares de los usuarios/as en caso de corresponder.

Equipo Interdisciplinario.

El equipo de salud tendrá dependencia del hospital general, del centro de salud o será designado directamente a un programa habitacional del sector salud. La inscripción institucional y administrativa del equipo queda sujeto a decisión de cada jurisdicción,

siempre y cuando la misma no sea en la institución monovalente de salud mental. En el caso del proceso de descentralización de los recursos humanos, desde la institución monovalente de salud mental hacia las estructuras comunitarias, deben realizarse los actos administrativos necesarios para la designación de los recursos en dichas estructuras. Ni los recursos humanos, ni las estructuras de los dispositivos habitacionales dependerán de las instituciones monovalentes de salud mental existentes.

El equipo de salud será interdisciplinario y estará constituido por Psiquiatra, Psicólogo/a, Trabajador/a social, Enfermero/a, Terapeuta ocupacional.

Junto al mismo se integrará personal con tareas de acompañamiento y cuidados con capacitación en salud mental comunitaria: Operador Comunitario, Agente Sanitario, Promotor de Salud, Acompañante Terapéutico, entre otros, según corresponda en cada jurisdicción.

Cuando sea necesario se convocará a personal de mantenimiento y servicio de limpieza.

La cantidad de profesionales y horas de trabajo resulta de la evaluación realizada por el equipo interdisciplinario acerca de los apoyos requeridos para cada persona, garantizando los cuidados y las acciones promocionales que sean necesarios.

Servicios generales con los que contará el dispositivo para su funcionamiento.

- Servicios generales de acuerdo a la disponibilidad local (red de provisión agua potable, red de gas natural, red eléctrica, desagües cloacales/pluviales, etc.);
- Provisión de medicamentos mediante el hospital general (o institución polivalente de salud que corresponda) o el centro de salud de referencia;
- Servicio de limpieza y mantenimiento;
- Suministro de alimentación.

Nota: Respecto al servicio de limpieza y mantenimiento y al suministro de alimentación, cada jurisdicción tomará las decisiones correspondientes atendiendo a la realidad local. Deberá lograr en cada situación el equilibrio necesario entre la promoción de la autonomía, responsabilidad y la autoorganización de las personas por un lado; y la garantía de cobertura de las necesidades básicas, por el otro. Estas decisiones se explicitarán en el acta acuerdo a realizar con cada persona.

Resulta importante recordar que las necesidades básicas insatisfechas representan un factor de riesgo en salud mental.

Recursos Físicos

LOCALES Y/O ÁREAS MÍNIMAS

Habitaciones individuales y dobles: se estiman 7,50 m² por cama, más un lugar de guardado de pertenencias (placard/ropero).

Se deberán tener en cuenta situaciones en las cuales las personas desean compartir habitación como sucede, por ejemplo, en algunas amistades y en parejas; como así también aquellas que desean dormir solos.

Sanitarios: se estima un baño completo cada 2 ó 3 personas con receptáculo para ducha con piso antideslizante, con cortina, lavatorio, inodoro con accesorio, espejo empotrado y accesorios varios (agarraderas, toalleros, estantes, etc.).

Comedor / Estar: se estima una superficie por usuario de 1,80 m².

Sanitario adaptado (para personas con discapacidad): según normativa vigente. Cercano al Comedor / Estar.

Cocina: con mesada con pileta profunda, alacenas, bajo mesadas, despensa, campana extractora de humo y equipamiento necesario. Superficie mínima: 9 m².

Depósito de alimentos: contará con un sector con estantes para el guardado de alimentos. La superficie mínima es de 4 m².

Lavadero: con pileta para lavado de ropa, mueble de guardado de ropa, diferenciado en ropa limpia y ropa sucia y sector para tendido.

Office de limpieza / Depósito de insumos de limpieza: con área de guardado para elementos e insumos de limpieza. Mesada con pileta profunda. Con llave de agua para cargado de baldes a 0,50 cm del piso. La superficie mínima es de 4 m².

Sala de máquinas – Mantenimiento: el dispositivo deberá contar con una sala de máquinas con sector de mantenimiento. En los casos de ser una casa existente y encontrarse los elementos de infraestructura de servicios en diferentes lugares, se deberá poner protección a los mismos (tableros eléctricos, medidores de gas, etc.).

Áreas descubiertas para esparcimiento: contará con una superficie por usuario de 1,80 m².

GLOSARIO

ACCESO AL DERECHO: Es el enfoque basado en los Derechos Humanos; es un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que desde el punto de vista normativo está basado en las normas internacionales de derechos humanos, y desde el punto de vista operacional está orientado a la promoción y la protección de los Derechos Humanos.

AISLAMIENTO: Alteración de la conducta por la cual la persona deja de relacionarse normalmente con su entorno habitual. Muestra indiferencia afectiva y desinterés hacia lo que lo rodea, y disminuyen o desaparecen las relaciones sociales.

AUTOGESTIÓN: Conjunto de prácticas sociales que se caracterizan por la puesta en marcha de procesos democratizantes en las toma de decisiones, favoreciendo la autonomía de los colectivos. Autogestión implica autogobierno, producción social y expresión máxima de participación de los seres humanos como sujetos y no como objetos.

AUTONOMÍA: Capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales sobre cómo vivir diariamente, conforme a las propias reglas y preferencias.

BIENESTAR SOCIAL: Es el conjunto de leyes, por una parte, y los programas, beneficios y servicios que por otra parte se establecen para asegurar la provisión de todo aquello que se consideran las necesidades básicas para el bienestar humano y el mejoramiento social.

CIUDADANO: Es el individuo como sujeto de Derechos Políticos. Esto quiere decir que el ciudadano interviene en la vida política de su comunidad al ejercer dichos derechos. La ciudadanía también implica una serie de deberes y obligaciones.

COMUNIDAD: Es la unidad básica de trabajo de la salud comunitaria. Y hace referencia a un conjunto de personas que tienen una historia en común, que comparten una identidad que las define y las enlaza.

La comunidad es el espacio común de los intercambios donde las personas se desarrollan. En Salud Mental Comunitaria, preservar y promocionar los vínculos comunitarios, familiares y sociales de quienes han sido internados/as por motivos de padecimiento

mental, es una intervención prioritaria. Como también toda estrategia de rehabilitación que esté orientada a la integración social de la persona afectada.

CONTEXTO: Hace referencia a todos aquellos elementos que se encuentran alrededor e involucrados en distintos acontecimientos o situaciones ya sea de forma simbólica y física, este constituye la base para lograr la interpretación, así como también, entendimiento de un hecho vivido o relatado.

COOPERATIVAS: Es una metodología socio-económica que promueve la organización de las personas para satisfacer de manera conjunta sus necesidades. El cooperativismo lejos de estar basado en la generación de ganancias, está centrado en posibilitar la satisfacción de las necesidades de los individuos. Entre los múltiples aspectos de las prácticas del cooperativismo se destaca el desarrollo de una cultura solidaria y colectiva.

DISCAPACIDAD: Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. (CDPD, 2006).

EMERGENCIA HABITACIONAL: Cuando se produce en un sujeto de derecho la irrupción inesperada de una crisis de la vivienda. Se trata algo no previsto, cambio de estado de la relación de un sujeto con respecto al derecho a la vivienda, en el que se precisa la rápida intervención del estado para evitar la afectación de otros bienes jurídicos. Situación que en muchos de los casos suele prolongarse a lo largo del tiempo antes de acceder a una respuesta acorde a solucionarla.

EMPREDIMIENTOS SOCIO LABORALES: Es la actitud y capacidad que toma un individuo para iniciar un nuevo proyecto a través de ideas y oportunidades.

EQUIPOS DE SALUD: Según la OMS, es definido como una asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, y con un objetivo común que es el de proveer en cualquier ámbito a los/as usuarios/as y familias atención integral de salud.

ESTIGMATIZACIÓN: Marca distintiva que establece una demarcación entre una persona y otra, atribuyéndole características negativas a una de ellas. La estigmatización asociada con las enfermedades mentales a menudo conduce a la exclusión y la discriminación social y crea una carga más para la persona afectada.

HABILIDAD: Es la aptitud innata, talento, destreza o capacidad que despliega una persona para llevar a adecuadamente una actividad determinada. Los seres humanos, incluso aquellos que observan algún problema motriz o discapacidad intelectual, entre otros, se distinguen por algún tipo de aptitud.

HÁBITAT: Conjunto de factores físicos, geográficos y sociales que inciden en el desarrollo de un individuo, una población, una especie o grupo de especies determinados.

INCLUSIÓN SOCIAL: Es posibilitar que personas en riesgo de pobreza o de exclusión social tengan la oportunidad de participar de manera plena en la vida social, y así puedan disfrutar de un nivel de vida adecuado.

INTEGRACIÓN SOCIAL: Es un proceso complejo, en constante situación de construcción y cambio, en donde se entrecruzan dinámicas externas e internas en el transcurso del tiempo: historia, vidas personales y estructuras sociales. Implica la puesta en marcha de un proceso bilateral, en donde al mismo tiempo que cada persona mantiene su identidad, todos intercambian, produciendo una interdependencia. Todos son enriquecidos a partir de la participación activa del conjunto.

ORGANIZACIONES CIVILES: Es aquella entidad de la organización de la sociedad civil sin ánimo de lucro y con personalidad jurídica plena, integrada por persona física para el cumplimiento de fines culturales, educativos, deportivos, o de índole similar, con el objeto de fomentar entre sus socios y/o terceros alguna actividad socio-cultural. Su estructura es vertical, ya que existen comisiones con mayor poder.

PARTICIPACIÓN: alude a ser parte (poseer sentimiento de pertenencia a una comunidad o grupo, identidad comunitaria, sentir que es posible realizar aportes útiles y necesarios a la comunidad, valorar el aporte de otros miembros); a tomar parte (asumir responsabilidades y riesgos conjuntos); a tener parte (compartir beneficios y satisfacciones).

PLANIFICAR: Es el proceso de establecer metas y elegir medios para alcanzar dichas metas.

POLÍTICAS PÚBLICAS: Conjunto de acciones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado, en relación a una cuestión que concita atención, interés y movilización de otros actores de la sociedad.

POLÍTICAS SOCIALES: Se caracteriza por el hecho de que los poderes públicos intervienen para modificar o corregir los efectos sociales del sistema económico de mercado, puesto que sus valores no aseguran el acceso a condiciones de bienestar, entendida como deseo legítimo de cualquier ciudadano.

PRESTACIONES: Acción y efecto de dar un servicio.

REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL: Integración de las personas con padecimiento mental a la comunidad, privilegiando los principios de autonomía, dignidad y auto-valoramiento. Implica la implementación de apoyos para el ejercicio efectivo de los derechos de ciudadanía.

RELACIONES SOCIALES: interacciones que se dan entre dos o más personas en la sociedad, por las cuales los sujetos establecen vínculos laborales, familiares, profesionales, amistosos, deportivos. Las relaciones interpersonales se enmarcan en la cultura social del grupo al que pertenecen, reflejando un posicionamiento y un rol en la sociedad.

SECTORES VULNERABLES: Es la condición social de riesgo, de dificultad, que inhabilita e invalida, de manera inmediata o en el futuro, a los grupos afectados, en la satisfacción de su bienestar, en tanto subsistencia y calidad de vida.

SERVICIO DE SALUD: “En un sentido no restrictivo, refiere a toda propuesta o alternativa de abordaje tendiente a la promoción de la salud mental, prevención del padecimiento, intervención temprana, tratamiento, rehabilitación, y/o inclusión social, reducción de daños evitables o cualquier otro objetivo de apoyo o acompañamiento que se desarrolle en los ámbitos públicos o privados”. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013 (Cap. I, art. 4).

TRASTORNOS MENTALES: Problemática de salud mental que implica la consideración de diferentes dimensiones: la prevalencia, la duración prolongada y un grado variable de discapacidad.

Las personas con trastornos mentales severos son consideradas como población priorizada para el abordaje en el modelo comunitario de atención.

BIBLIOGRAFÍA

Basaglia, Franco (1972). La institución negada. Barcelona, Editorial Barral.

Benasayag, Miguel y Sztulwarck (2000). Política y situación. De la política al contrapoder. Buenos Aires, Ediciones de Mano en Mano.

Censo Nacional de Población, Hogares y Vvdas 2010. Censo del Bicentenario. INDEC Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Cohen, Hugo y Natella, Graciela (2013). La desmanicomialización. Crónica de la Reforma del Sistema de Salud Mental de Río Negro. Buenos Aires, Lugar Editorial.

Constitución Nacional de la Nación Argentina (1957).

Constitución de la Ciudad de Buenos Aires (1996).

"Consenso de Brasilia" (2013). "Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad" (2001).

"Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad" (2006).

"Declaración Americana de los Derechos Humanos y Deberes del Hombre" (1948) "Declaración de Caracas" (1990) (Conferencia para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, Venezuela, 11-14 de noviembre de 1990).

"Declaración Universal de los Derechos Humanos" (1948) (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948).

"Declaración de Quito" (2011) (Encuentro Latinoamericano de Construcción de Hábitat y Vivienda por Autogestión, 2011).

Federación de Cooperativas Autogestionarias MOI (2012). "Reflexionando sobre la Autogestión del Hábitat desde una mirada de las contradicciones". Aporte al 1er Módulo del 2do ciclo de la Escuela de la Secretaría Latinoamericana de la Vivienda Popular-SELViP. Quito, 21 al 29 de julio, 2012.

Federación Cooperativa Autogestionarias MOI (Movimiento de Ocupantes e Inquilinos).

Decreto Nacional 420/1996 Creación del Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social (INAES).

Ley Nacional de Salud Mental Nº 26657 y su decreto reglamentario 603/2013.

Ley 2440/91 de la Provincia de Río Negro de Promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental.

Ley 448/00 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires.

Ley 341/00 y su modificatoria, Ley 964/02 y el Programa de Autogestión de Vivienda (PAV), de la Ciudad de Buenos Aires.

Ley Nacional de Cooperativas Nº 20.337/73.

Madariaga, Camilo, Abello, Raimundo y Sierra, Omar (2003). *Redes Sociales: infancia, familia y comunidad*. España, Ediciones Uninorte.

Natella, Graciela (2008). "La creciente medicalización contemporánea: prácticas que la sostienen, prácticas que la resisten en el campo de la salud mental", en Cannellotto, Adrián y Luchtenberg, Erwin (coordinadores). *Medicalización y Sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión*, Buenos Aires, UNSAM.

Ortega Ríos, Guillermo (2000). *La intervención comunitaria con énfasis en la participación: una propuesta metodológica*. Tesis. Camaguey, Cuba.
Disponible en web: <http://www.ts.ucr.ac.cr/perspectiva.html>

Oszlack, Oscar (1991). "Merecer la ciudad. Los pobres y el derecho al espacio urbano". Ed. Humanitas-Cedes, Buenos Aires.

"Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales" (1966) (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1966).

"Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental" (1991) (Asamblea General de las Naciones Unidas, resolución 46/119, 17 de diciembre de 1991).

Reinoldi, Virginia. 2005. "Construyendo experiencias alternativas en el abordaje de salud mental: la integración de personas externadas de hospitales monovalentes en un movimiento social autogestionario". Trabajo de Integración Final para la Licenciatura de Trabajo Social de la UBA.

Reforma Constitucional Argentina de 1994.

Rodríguez, María Carla (2016). "Producción autogestionaria del hábitat integralidad y soberanía en contextos urbanos. Un análisis desde la experiencia del MOI (Argentina)" (AEU-IIGG/ CONICET) en Experiencias habitacionales significativas en Latinoamérica y España. Seminario Internacional. Compiladores Pelli,Victor; Alcalá, Laura; Giró, Marta; Pelli, María. Editorial FAU-UNNE.

Rodríguez, María Carla. (2014). "Universidad, clases y políticas populares de hábitat en el contexto de la ciudad neoliberal" en Habitar en contextos de desigualdad. Proyecto Habitar.

Rovere, Mario (2002). "Redes nómades. Algunas reflexiones desde la práctica de intervención institucional", en Wolfberg, Elsa. Prevención en salud mental, escenarios actuales. Buenos Aires, Lugar Editorial.

Sarraceno, Benedetto (2003). La Liberación de los pacientes psiquiátricos. De la Rehabilitación Psicosocial a la Ciudadanía posible. México, Ed. Pax.

Venturini, Ernesto (2005). "La rehabilitación basada en las evidencias que se deben observar, describir, evaluar en el tratamiento residencial", en Primer Congreso La Salud Mental es Cosa de Todos. El reto de la atención comunitaria en la persona con trastorno mental grave desde los servicios sociales. Colección Documentos. Serie Encuentros. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad; Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Madrid.

Material realizado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones
Ministerio de Salud de la Nación
República Argentina
(011) 4379.9162
saludmentalnacion@gmail.com
Junio, 2018

