

*primero
la gente*



**Buenas Prácticas en Salud Mental:
Dispositivos Habitacionales.
El Derecho de Vivir en la Comunidad.**

2023.



Ministerio de Salud
Argentina

**Buenas Prácticas en Salud Mental:
Dispositivos Habitacionales.
El Derecho de Vivir en la Comunidad.**

2023

AUTORIDADES

Presidente de la Nación | Alberto Fernández

Ministra de Salud de la Nación | Carla Vizzotti

Jefa Unidad Gabinete de Asesores | Sonia Gabriela Tarragona

Secretaria de Calidad en Salud | Alejandro Federico Collia

Subsecretaría de Gestión de Servicios e Institutos | Edith Susana Benedetti

Directora Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos | Mariana Moreno

Elaboración de contenido:

Fortalecimiento de la Red de Salud Mental Comunitaria

Andrea Demasi, Daniela Buscató, Lucía Pomares.

Salud Mental y Derechos Humanos

Mónica S. Cassini, R. Virginia Reinoldi, María Elena Boggio, Liliana Cabrera, Alejandro Brain, Fernando Pérez Ferretti.

Equipo de Géneros, Diversidad y Violencias

Denise Thery.

Epidemiología en Salud Mental y Gestión de la Información

Carolina Interlandi.

Esta guía retoma materiales previos elaborados por el Ministerio de Salud de la Nación, entre ellos “Dispositivos de Inclusión habitacional” (DNMSyA, 2018) y “Directrices de Organización y funcionamiento de servicios de salud mental” (MSAL, 2022)

ÍNDICE

06 **Introducción.**

08 **Primera Parte: “Vivir en la comunidad”.**

La vivienda como un derecho.
Los dispositivos habitacionales en clave de inclusión.
Marco conceptual general.
Descripción y prácticas.

16 **Segunda Parte: “Estándares de calidad de los servicios habitacionales”.**

Principales características.
Subtipos.
Apoyos para la vida autónoma.
Recursos físicos.

27 **Tercera Parte: “Desde y con el territorio”.**

Algunos datos para tener en cuenta.
Experiencias en primera persona.

33 **Glosario.**

36 **Bibliografía.**

38 **Agradecimientos.**

Para la elaboración y redacción de esta guía se procuró favorecer el uso de un lenguaje no sexista e inclusivo que permita tensionar la preponderancia del género masculino, así también como el binarismo masculino y femenino.

En ese sentido, optamos por la utilización de construcciones lingüísticas y términos no excluyentes, que abonen al reconocimiento de la diversidad sexual y de género, como por ejemplo anteponer la palabra “persona” en lugar de usar el genérico masculino.

Introducción

La implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657¹ (en adelante LNSM), y su Decreto Reglamentario N° 603/2013, en tanto andamiaje normativo para la protección de la salud mental de todas las personas y el respeto de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio argentino, supone como columna vertebral el desarrollo y/o fortalecimiento sostenido de la Red de Servicios de Salud Mental con Base en la Comunidad. La reforma del sistema de salud mental en nuestro país encuentra allí un piso desde el cual partir para avanzar hacia uno centrado en las personas y sus comunidades, cumpliendo así el compromiso asumido por nuestro país al ratificar y brindar jerarquía constitucional a la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad² (en adelante CDPD).

La Red de Servicios de Salud Mental con Base en la Comunidad se integra a los servicios de salud general y se desarrolla en articulación intersectorial. Este modelo –que entiende a la comunidad en tanto espacio común y general de los intercambios sociales, y en el cual se sostiene que sólo en la comunidad las personas pueden desarrollar libre y plenamente su vida- implica el desarrollo de diferentes efectores o espacios articulados en red y por los cuales, de acuerdo a sus necesidades, transitan las personas con padecimiento mental. Entre los dispositivos que la componen se encuentran los servicios de salud mental con internación en los hospitales generales; los centros de día; los hospitales de día; los emprendimientos socio-productivos; y los dispositivos habitacionales, entre otros.

El propósito de esta guía es brindar pautas técnicas sobre las principales características de los dispositivos habitacionales para personas usuarias de los servicios de salud mental en relación a su funcionamiento; los derechos de las personas; la importancia de la singularidad de las trayectorias de vida; la relevancia del aspecto sociocultural; el rol del equipo interdisciplinario y la articulación con la red de servicios de salud/salud mental. Si bien entre las principales personas destinatarias encontramos a aquellas con capacidad de decisión política en los distintos niveles de gobierno (nacional, provincial, municipal, comunal), también está dirigida a equipos de salud; equipos de salud mental; agentes sanitarios; organizacio-

¹ La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 se sancionó y promulgó en el año 2010. Es una ley de orden público y Derechos Humanos que entró en vigencia a partir del momento mismo de su sanción. A través de sus 46 artículos reconoce el derecho a la protección de la salud mental de toda la población y la restitución de derechos a las personas con padecimiento mental. Deja explicitada la prohibición de la creación de nuevas instituciones monovalentes de internación de salud mental, tanto públicas como privadas, y reconoce a las adicciones como parte integrante de las políticas de salud mental. Promueve el trabajo interdisciplinario, intersectorial y comunitario, en el marco del modelo de atención comunitaria.

² La Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad reconoce los principios de inclusión, no discriminación y ciudadanía para con las personas con discapacidad. Entre ellas se encuentran las personas con discapacidad psicossocial, otra forma de denominar a las personas con padecimiento mental. Este instrumento hace hincapié en los derechos fundamentales que les asisten, en especial el derecho a la igualdad y no discriminación, a la dignidad, la vida, la salud, la libertad personal, la capacidad jurídica, la identidad, el trabajo, la intimidad y los derechos sexuales y reproductivos. En Argentina obtuvo jerarquía constitucional a partir del año 2014.

nes de personas usuarias y familiares; organizaciones de la sociedad civil y organizaciones de Derechos Humanos. El objetivo es -a través de los conceptos que se irán desarrollando- poner a disposición un conjunto de herramientas a los distintos sectores y actores de la comunidad para el adecuado desarrollo de los mencionados dispositivos.

Este material se inscribe en el marco de la Estrategia Federal de Abordaje Integral de la Salud Mental y el trabajo que llevan adelante en forma conjunta los Ministerios de Salud y de Desarrollo Territorial y Hábitat de la Nación a partir del Programa Casa Propia, subprograma Habitar Inclusión. Este último -aprobado por Resolución 365/2022 del Ministerio de Desarrollo Territorial y Hábitat de la Nación- tiene por objeto la promoción y el financiamiento de la construcción de viviendas comunitarias destinadas a personas con padecimientos mentales. Estos dispositivos -con distintos niveles de apoyo y adaptados a la diversidad de las necesidades de las personas-, están basados en un modelo de atención de salud arraigado en la comunidad y con perspectiva de derechos ciudadanos, de género, de equidad y de justicia social.

Además, el presente documento se basa estructuralmente en las Directrices de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Salud Mental³ actualizadas en el año 2022 y aprobadas por Resolución 1178/22 del Ministerio de Salud de la Nación.

Para su lectura el material fue organizado en tres partes. En la primera, se encuentra todo lo relativo a la normativa de nuestro país en relación al derecho a la vivienda, y las principales características de los dispositivos habitacionales para personas usuarias de los servicios de salud mental de acuerdo a las Directrices de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Salud Mental; a continuación, en la segunda parte, se profundiza en dichos lineamientos en lo específico a los distintos subtipos de dispositivos habitacionales con sus respectivas definiciones y consideraciones en relación al recurso físico y prestaciones; esta sección también incluye una mención especial a los apoyos para la vida autónoma. En la tercera parte, se visibilizan cinco buenas prácticas territoriales de dispositivos habitacionales de diversas jurisdicciones del país -representando a las cinco regiones: NOA, NEA, Centro, Cuyo y Patagonia- a través de relatos construidos por las personas que los habitan y/o los equipos de salud que las acompañan. También, se suma en esa sección información cuantitativa sobre el estado de situación de los dispositivos habitacionales a lo largo y ancho del país. Finalmente, cabe aclarar que se incluye un glosario con el propósito de caracterizar o describir aquellos términos que lo requieren de modo de llegar a un público amplio y heterogéneo, no necesariamente familiarizado o conocedor de la terminología del campo de la salud mental.

³ Las Directrices de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Salud Mental tienen como propósito brindar recomendaciones en relación a la organización y al funcionamiento de los establecimientos de salud mental que integran la red de servicios, tanto del ámbito público y privado como de la seguridad social.

Primera parte: Vivir en la comunidad

La vivienda como un Derecho

La Constitución Nacional prevé, a través del art. 14 bis, que la ley debe establecer “el acceso a una vivienda digna” para las/os habitantes de nuestra Nación. A su vez, el derecho a la vivienda se encuentra contemplado en tratados internacionales en materia de derechos humanos, que tienen jerarquía constitucional conforme lo dispone el art. 75 inc. 22 de la mencionada norma. Entre ellos cabe mencionar:

- (i) la Declaración Universal de Derechos Humanos, que reconoce el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado que le asegure, entre otras cuestiones, la vivienda (art. 25);
- (ii) el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales donde los Estados Partes reconocen el derecho de toda persona a una vivienda adecuada (art. 11.1);
- (iii) la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre que plasma el derecho a toda persona a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la vivienda, entre otras cuestiones (art. 11).

Por otro lado, el Código Civil y Comercial de la Nación contiene un régimen que protege a la persona titular de la vivienda, dado que impide su ejecución por parte de los acreedores (arts. 244 a 256 CCCN). Cabe aclarar, sin perjuicio de lo anterior, que prevé algunas excepciones por motivos vinculados, por ejemplo, a créditos posteriores, gastos de conservación, garantías reales, mejoras y deudas alimentarias.

Las personas con padecimiento mental tienen derecho a vivir en la comunidad, en igualdad de condiciones que las demás. En este sentido, la CDPD señala el derecho a vivir con independencia y a formar parte de la comunidad con plena inclusión. Establece que los Estados Parte -Argentina es uno de ellos- deben adoptar medidas para garantizar que las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia, dónde y con quién vivir; 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 inclusión en la comunidad y evitar, así, su aislamiento.

A nivel nacional la Ley Nº 26.657 reconoce como uno de los derechos de las personas con padecimiento mental el derecho a recibir tratamiento y a ser tratada con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria. Además, instruye a la Autoridad de Aplicación para que promueva 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 y hogares, entre otros. En este aspecto, el Decreto Reglamentario de la mencionada ley agrega que se deben promover dispositivos -acordes a los

Las personas con padecimiento mental tienen derecho a vivir en la comunidad, en igualdad de condiciones que las demás. En este sentido, la CDPD señala el derecho a vivir con independencia y a formar parte de la comunidad con plena inclusión.

principios de la misma- que funcionen como una red de servicios con base en la comunidad; entre éstos se incluyen dispositivos habitacionales y laborales con distintos niveles de apoyo.

Cabe destacar que la LNSM explicita que “Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales”. Además, indica 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”. Y amplía 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 (...)”.

Es menester señalar que, además de la normativa nacional, nuestro país cuenta con un acervo de leyes y programas en diversas jurisdicciones en el mismo sentido, muchas de las cuales antecedieron a la normativa nacional. En ellas se plasma, a partir de la promoción del modelo de abordaje comunitario en salud mental, el derecho de las personas con padecimiento mental a vivir en la comunidad.

Finalmente, en relación a la normativa vigente merece especial atención la Resolución 1178/22 del Ministerio de Salud de la Nación, a través de la cual se aprueban las Directrices de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Salud Mental en concordancia con los principios de la LNSM. Dicho material quedó incorporado al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, del Ministerio de Salud de la Nación. Esta resolución se caracteriza por presentar una serie de recomendaciones con una finalidad orientadora para los establecimientos de Salud Mental y Adicciones que integran la red de servicios de salud, tanto para el ámbito público como privado y de la seguridad social. Se describen allí consideraciones generales y específicas sobre infraestructura, equipamiento, recurso humano, marco de funcionamiento y procesos que se desarrollan en estos servicios promoviendo el abordaje de las personas en condiciones seguras y saludables. Además, constituyen una orientación para la elaboración y/o adecuación de las normas de habilitación jurisdiccionales y el desarrollo y/o adecuación de la red de servicios de salud mental de base comunitaria a nivel nacional.

La LNSM explicita 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”

Dispositivos habitacionales de salud mental en clave de inclusión

Marco conceptual general

Los dispositivos habitacionales de salud mental 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, y que no cuentan con otras posibilidades de acceso en la comunidad a una vivienda digna con los apoyos necesarios o, aunque cuenten con una vivienda digna, y las características familiares o del entorno de la comunidad en la que viven, resulta perjudicial para su tratamiento ambulatorio. De esta manera, los dispositivos constituyen un espacio intermedio entre la internación y el modelo de vida independiente.

Pensar en estos dispositivos en clave de inclusión es pensar en espacios multidimensionales que incorporen integralmente las condiciones necesarias para desarrollar, recuperar y restituir las trayectorias vitales de las personas que los habiten.

La LNSM define a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Además, agrega que se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas y que en ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de: a) Status político, socioeconómico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso; b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevaletentes en la comunidad donde vive la persona; c) Elección o identidad sexual; d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

En este sentido, es imprescindible desplegar una mirada incluyente que abarque la dimensión contextual, es decir, que aloje en estos dispositivos a las personas con sus singularidades y trayectorias de vida, respetando el ejercicio pleno de sus derechos. Pensar, entonces, en términos de inclusión exige desarrollar acciones más abarcativas que contemplan la ge-

Los dispositivos habitacionales de salud mental 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, y que no cuentan con otras posibilidades de acceso en la comunidad a una vivienda digna con los apoyos necesarios. De esta manera, los dispositivos constituyen un espacio intermedio entre la internación y el modelo de vida independiente.

neración de las condiciones de posibilidad para la integración efectiva de las personas con padecimiento mental en la comunidad.

El derecho de cada persona a habitar un espacio para poder desarrollarse singular y colectivamente forma parte de un proceso de construcción objetiva, subjetiva y socio-comunitaria. Se plantea así un proceso que exige la adecuación de prácticas en términos subjetivantes, promotoras de los mayores grados de autonomía posible e integración socio-comunitaria que dignifiquen y empoderen a sus protagonistas.

Como se ha manifestado más arriba, la LNSM asegura para todas las personas que habitan el territorio nacional el derecho a la protección de su salud mental, el que deberá ser respetado en todos los servicios y efectores de salud del país, tanto del sector público como del privado, y en todos los niveles de atención, lo cual incluye a los dispositivos habitacionales.

A través del art. 7 de la mencionada norma se explicitan los derechos que el Estado argentino reconoce a las personas con padecimiento mental: el derecho a la intimidad; el derecho a vivir en comunidad; el derecho a la atención sanitaria adecuada; el derecho a mantener los vínculos familiares y afectivos; el derecho a la no-discriminación; el derecho a la información sobre su estado de salud; el derecho a la autonomía personal. También se reconoce el derecho a la identidad; el derecho a la identidad de género no solo garantizando su inclusión social e integración, sino sus derechos básicos fundamentales (particularmente en las personas internadas cuya identidad se desconoce).

Retomando lo expresado en los párrafos anteriores, concibiendo que la salud mental se preserva y mejora a través de una dinámica de construcción social vinculada a los derechos de las personas, es fundamental resignificar y revalorizar las tareas de cuidados en sentido amplio y específico en relación a los dispositivos habitacionales, entendidas como una necesidad, un trabajo y un derecho. El cuidado involucra todas aquellas “actividades indispensables para satisfacer las necesidades básicas de la reproducción de las personas, brindándoles los elementos físicos y simbólicos que les permiten vivir en sociedad” (Rodríguez Enríquez y Marzoneto, 2016). El cuidado incluye el autocuidado, el cuidado de otras

Es imprescindible desplegar una mirada incluyente que abarque la dimensión contextual, es decir, que aloje en estos dispositivos a las personas con sus singularidades y trayectorias de vida, respetando el ejercicio pleno de sus derechos.

personas, la provisión de las precondiciones en que se realiza el cuidado (por ejemplo, la limpieza, compra y preparación de alimentos), y la gestión del cuidado (coordinación de horarios, traslados, supervisión del trabajo de las personas cuidadoras, entre otros). En este sentido, la organización social del cuidado, siguiendo a Rodríguez Enríquez (2015), visibiliza no sólo a quienes lo brindan y a quienes lo reciben sino a las redes de cuidado que existen y a las que se generan en la corresponsabilidad social, promoviendo el fortalecimiento de los espacios comunitarios de cuidado. Por lo tanto, las políticas de cuidado deben producirse en un marco de reciprocidad, promoviendo la comunicación y el intercambio de información, recuperando y revalorizando los saberes, experiencias previas y actuales de cada persona, de los organismos estatales o sociales, para consolidar políticas de cuidados con perspectiva de igualdad y corresponsabilidad social.

Se propone entonces una lógica centrada en el respeto de derechos como política pública, que se implemente en los procesos de salud - enfermedad - atención - cuidados. La misma requiere de abordajes interdisciplinarios, comunitarios e intersectoriales en pos de promover la capacidad, la autonomía y la no discriminación de las personas con padecimiento mental.

Finalmente, una variable imprescindible a tener en cuenta es la territorialidad, en tanto factor determinante en la accesibilidad a la atención desde el punto de vista geográfico y cultural, en términos de respeto a los derechos vinculados a la identidad, a la preservación de los lazos sociales y al acompañamiento afectivo, como parte de todo proceso de inclusión sanitaria y social, compartiendo la idea de Álvaro García Linera (2022) cuando dice que “el territorio es la forma en que la geografía se vuelve política, en que la geografía se vuelve sociedad, o en que la sociedad ocupa, significa, nombra, utiliza, transforma la geografía”.

Descripción y prácticas

Los dispositivos habitacionales aquí presentados también pueden ser descritos como unidades convivenciales que forman parte fundamental de la Red 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 habilidades

de las personas y parte fundamental de la estrategia de inclusión social. Es importante remarcar que los dispositivos habitacionales tienen las mismas características de cualquier vivienda de la comunidad, de cualquier vivienda tradicional. La promoción de la máxima autonomía posible y el ejercicio de los Derechos de las personas que los habitan son su principal propósito.

Se recomienda que el diseño de las viviendas posea una expresión espacial adecuada que acompañe el desarrollo de las diferentes necesidades cotidianas de quienes las habitan -con sus matices y diversidades- abarcando lo íntimo, lo privado, lo comunitario y lo barrial. En ese sentido, se sugiere que las personas que allí residan accedan a la atención en salud/salud mental integral en los efectores de salud próximos al domicilio. Cuando hablamos de atención integral hacemos referencia a la respuesta en tiempo y forma a las necesidades de Salud Mental de la comunidad a cargo, donde sea que ellas se presenten, o donde se evalúe más apropiado dar la respuesta: sea en el domicilio de la persona, en su comunidad, en un servicio de emergencia, de APS o en servicios especializados.

El dispositivo deberá estar integrado al tejido comunitario. Además, no deberá encontrarse en zonas alejadas de la vida social, ni inserto en instituciones de internación monovalentes de salud mental.

En relación a las prácticas, es deseable el desarrollo de estrategias en articulación con los distintos efectores de la red de salud mental comunitaria, de desarrollo social, trabajo, educación, cultura y deportes, impulsando la participación activa de la persona y sus vínculos referenciales o significativos en la comunidad, desarrollando sus potencialidades en diversas áreas de la vida, en función de sus intereses, en espacios barriales abiertos a toda la comunidad.

Las mencionadas estrategias deberán ser revisadas y actualizadas periódicamente, de acuerdo a una planificación que promueva el mayor grado de autonomía posible de cada una de las personas que residan en la vivienda.

El equipo interdisciplinario de salud tendrá dependencia de un hospital general, un centro de salud o será designado directamente a un programa habitacional del sector Salud. Es importante remarcar que la inscripción institucional y administrativa del mismo queda sujeta a decisión de cada jurisdicción. La decisión deberá ser tomada en función de aquella dependencia que promueva y facilite el trabajo intersectorial entre salud y los demás efectores como desarrollo social, educación, trabajo, cultura y deportes, en pos de la concreción de los objetivos del trabajo comunitario.

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 él, teniendo en cuenta la voluntad de cada una de retirarse por decisión propia. Asimismo, cada persona dispone en la cotidianeidad respecto a su entrada y salida, teniendo como referencia el cuidado y respeto por las demás personas convivientes.

Es importante remarcar que los dispositivos habitacionales tienen las mismas características de cualquier vivienda de la comunidad, de cualquier vivienda tradicional. La promoción de la máxima autonomía posible y el ejercicio de los Derechos de las personas que los habitan son su principal propósito.

En cada dispositivo habitacional pueden convivir personas que requieran diferentes grados de apoyo y diferente tiempo de permanencia por lo que se implementará un sistema de apoyos flexible y permanentemente actualizado.

Los sistemas de apoyos a los cuales se hace referencia se realizarán respecto a las actividades de la vida cotidiana como prácticas de autocuidado y de la vida diaria; el acompañamiento a los tratamientos de salud; la realización de trámites; las acciones pertinentes para la inclusión laboral y/o educativa; la recuperación, continuidad y/o desarrollo de los vínculos afectivos; y el desarrollo de actividades culturales, deportivas y recreativas, entre otros.

La gradación de los apoyos mencionados 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 horas los 7 días de la semana. 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 prolongadas, 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, y no una institución de internación. Es fundamental que cuenten con las condiciones necesarias para el desarrollo de una vida digna y saludable de acuerdo a las condiciones locales donde se ubiquen. Como parte del proceso de inclusión social de las personas con padecimiento mental es recomendable que los dispositivos habitacionales no posean cartel institucional identificatorio, ya que esto podría promover una potencial estigmatización y/o discriminación hacia quienes los habitan.

Entre las acciones de interacción que se lleven adelante es importante que se desplieguen tanto las vinculadas directamente con el barrio, es decir, con la zona próxima donde esté inserta la vivienda; como con otras áreas de interés para las personas que habiten la casa, en distintos territorios.

En los casos de situación de vulnerabilidad socioeconómica se deberá realizar un trabajo de articulación entre el sistema de salud y los sectores pertinentes para alcanzar el apoyo económico necesario que garantice el acceso al derecho de la vida en la comunidad.

Los equipos de salud que llevan adelante el cuidado y acompañamiento a las personas que residen en los dispositivos habitacionales, tienen por función principal facilitar el desarrollo de una convivencia armónica, y acompañar a cada integrante en las actividades de la vida cotidiana, trabajando sobre las dificultades, promoviendo sus capacidades y apoyando sus intereses educativos, laborales o recreativos. Asimismo, deberán considerar las particularidades culturales e idiosincráticas de las personas con un abordaje situado en sus trayectorias de vida, otorgando un lugar protagonista a las personas usuarias en la toma de decisiones de su proyecto de vida. Se espera que el equipo de salud desarrolle sus prácticas de manera horizontal y democrática, es decir, respetando los diferentes saberes y disciplinas, y teniendo como eje los saberes de la comunidad, es decir, de manera situada. Se comparte así la propuesta de ELA & UNICEF (2022) respecto de que “El enfoque de derecho implica entender al cuidado como una responsabilidad social compartida en lugar de un asunto privado”. Es por ello que se recomienda un abordaje intersectorial que habilite la participación activa de aquellos referentes afectivos y de aquellos referentes comunitarios vinculados con las personas usuarias, a partir del desarrollo compartido de diversas actividades culturales, educativas, laborales, etc, de las que participen en la comunidad. Para que el cuidado sea una responsabilidad compartida, es recomendable facilitar la participación de cada uno de los referentes de las instituciones y/o espacios en los que las personas usuarias desarrollan sus potencialidades.

En este sentido, el abordaje interdisciplinario es caracterizado como aquel en el cual los/las integrantes del equipo de salud trabajan en contacto regular y en forma colaborativa junto a la persona que reside en el dispositivo para definir las estrategias, objetivos y planes de la vida cotidiana con miras a lograr y sostener la inclusión social. Las estrategias de trabajo deberán promover el vínculo de la persona con sus referentes afectivos y con diversos espacios barriales y comunitarios, fomentando su acceso al trabajo, la educación, la cultura, el deporte y la recreación. Las estrategias serán llevadas adelante por el equipo de salud fomentando en todo momento el protagonismo de las personas que residen en el dispositivo, y promoviendo la inclusión de sus referentes afectivos en ellas.

Destacamos el protagonismo que deberá tener el abordaje intersectorial, dado que la inclusión plena solamente se alcanzará con la participación comunitaria de las personas en el ámbito donde residen. No buscamos sólo una casa donde habiten las personas, sino un hábitat comunitario inclusivo del cual las personas puedan participar activamente, siendo protagonistas de su construcción. El trabajo intersectorial entonces se refiere a las acciones y/o recursos existentes en los distintos sectores del Estado -nacional, provincial, municipal y comunal-, así como de la sociedad civil general (clubes de barrios, escuelas, centros culturales, centros comunitarios, organizaciones no gubernamentales, templos religiosos, organismos de defensa de derecho, etc.) y su interrelación colaborativa y de corresponsabilidad como políticas de cuidado, con la finalidad de fortalecer los procesos de inclusión.

En resumen, es imprescindible que las estrategias de cuidados comunitarios en los dispositivos habitacionales promuevan la participación activa de sus integrantes en la toma de decisiones. Se entiende a la participación en términos de construcción dinámica de relaciones entre las personas que integran el dispositivo habitacional, lo que también incluye al equipo de salud, referentes significativos, familiares, etc. En este sentido, Saraceno (2003) diferencia 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”. Por ello, desde las buenas prácticas en Salud Mental los dispositivos habitacionales, como dispositivos intermedios de salud, propician una mejor calidad de vida para las personas con padecimientos subjetivos, a partir de la restitución del derecho a la vivienda y la inclusión social.

Segunda parte: Estándares de calidad de los servicios habitacionales

Como se señaló más arriba, las Directrices de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Salud Mental, aprobadas en el año 2022 por el Ministerio de Salud de la Nación a través de la Resolución 1178/22, son recomendaciones sobre calidad en salud que deben garantizar los establecimientos de Salud Mental y Adicciones que funcionen en el territorio nacional, del ámbito público, privado y de la seguridad social. Describen consideraciones generales y específicas sobre infraestructura, equipamiento, recurso humano, prestaciones y marco de funcionamiento.

Los servicios de Salud Mental comprendidos en dichos lineamientos deberán funcionar de forma integrada en el marco de las redes de servicios socio-sanitarias y en articulación con los sectores de cultura, educación, trabajo, vivienda, etc.. Se prevé el desarrollo y fortalecimiento de los siguientes servicios por parte del sector Salud: equipos interdisciplinarios de salud mental en los centros de salud y consultorios externos; centros de salud mental, servicios de salud mental en los hospitales generales, sanatorios y policlínicos (garantizando la atención de la urgencia las 24 horas y la internación); atención domiciliaria; centros y hospitales de día; dispositivos para la inclusión socio-laboral; y dispositivos de inclusión habitacional con diferentes grados de apoyo. Estos servicios deberán desarrollarse en consonancia con la situación epidemiológica del área de competencia. Se implementarán estrategias individuales y colectivas de prevención y promoción de la salud mental, y acompañamiento, garantizando los sistemas de apoyo necesarios para la inclusión comunitaria.

Varios de los conceptos vinculados a los dispositivos habitacionales que están contenidos en las Directrices fueron desarrollados a lo largo de la primera parte de esta guía; repasaremos a continuación los principales y luego se profundizará sobre lo relativo a los subtipos y las prestaciones, los locales o áreas mínimas, el equipamiento, la accesibilidad y las características constructivas sugeridas. También se incluye un apartado sobre los apoyos para la vida autónoma. Sin perjuicio de lo anterior, se recomienda la lectura de las Directrices de

Organización y Funcionamiento de los Servicios de Salud Mental en forma completa disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/365000-369999/366528/norma.htm>

Principales características

- > Los dispositivos de inclusión habitacional son parte de una política integral cuyo objetivo es brindar respuestas socio-sanitarias para aquellas personas con padecimiento mental (incluye consumos problemáticos/adicciones) que se encuentran realizando un tratamiento ambulatorio, o en condiciones de ser externadas y que no cuentan con otras posibilidades de acceso en la comunidad a una vivienda digna con los apoyos requeridos.
- > Deberán estar integrados a la red de servicios de salud/salud mental.
- > Es condición de funcionamiento la referencia acreditada a un efector de salud que garantice la cobertura de urgencia. Asimismo, la articulación con los establecimientos o servicios ambulatorios donde las personas realicen los tratamientos de salud.
- > Deberán contar con proyectos y/o programas institucionales orientados a la inclusión social, rehabilitación psicosocial y restitución de derechos, fomentando el apoyo entre pares.
- > 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 por decisión propia.
- > En cada vivienda pueden convivir personas que requieran diferentes grados de apoyo para su desenvolvimiento en la vida cotidiana y que necesiten permanecer diferente lapso de tiempo (**Ver apartado Apoyos para la Vida Autónoma en 22**).
- > Deben asimilarse a una vivienda convencional, representando un hogar para sus residentes, con promoción de la auto organización, siempre que fuera posible. Es menester que no posean cartel identificatorio a fin de evitar la estigmatización. Asimismo, deben integrarse al tejido comunitario, para favorecer la interacción directa de sus habitantes con la comunidad, por lo cual el emplazamiento en predios pertenecientes a colonias u hospitales psiquiátricos sólo es posible en el marco de proyectos de reutilización de los terrenos a fin de ser urbanizados con destino a viviendas con apoyo y a la comunidad en general de manera integrada.
- > En cuanto a las acciones de intervención comunitaria, uno de los ejes fundamentales es el trabajo territorial para la inclusión de las personas residentes en el entorno comunitario, promoviendo su inclusión laboral y su participación activa en organizaciones y/o centros educativos, culturales, deportivos, recreativos, etc. La articulación con las instituciones de la sociedad civil será uno de los ejes desde los cuales se promoverá la deconstrucción del estigma hacia las personas con padecimiento mental.

El objetivo que ordena la tarea del servicio residencial es la inclusión social de las personas usuarias mediante el trabajo para el desarrollo de sus habilidades e intereses, la detección y desarrollo de los recursos socio ambientales y el fortalecimiento de su autonomía, tendiente al fortalecimiento de un proyecto de vida singular.

Subtipos

A- Vivienda de Estancia Transitoria con Apoyos para la Vida Autónoma.

De modo general en este tipo de viviendas se incluyen aquellas en las cuales puedan convivir personas con padecimiento mental que requieran de un alojamiento acotado en el marco de un proceso de rehabilitación e inclusión y puedan requerir de diversos niveles y tipos de apoyo para su vida en comunidad. Es un dispositivo intermedio, abierto con flexibilidad en los tiempos de permanencia, acorde a las particularidades de cada situación. **(ver sección Apoyos para la Vida Autónoma en página 22).**

El objetivo que ordena la tarea del servicio residencial es la inclusión social de las personas usuarias mediante el trabajo para el desarrollo de sus habilidades e intereses, la detección y desarrollo de los recursos socio ambientales y el fortalecimiento de su autonomía.

El dispositivo se organizará de acuerdo al programa de intervención, teniendo en cuenta el perfil poblacional: grupo etario, identidad de género, funcionalidad psicosocial y grados de apoyos requeridos.

La vivienda incluye las prestaciones de apoyo para la vida cotidiana, excluyendo los tratamientos en salud mental. En caso de combinar en un mismo establecimiento (o predio) una vivienda de estancia transitoria y otro tipo de efector sanitario (hospital de día, centro de día, hospital general, entre otros), se deberá garantizar la separación física de los dispositivos, con entrada, circulación y funcionalidad diferenciadas. Algunos ejemplos: casa de medio camino, unidad residencial para el abordaje de consumos problemáticos.

Pautas de Ingreso y Egreso:

Ingreso:

> Personas con padecimiento mental que no presenten riesgo cierto e inminente. Se organizará de acuerdo al perfil poblacional (grupo etario, identidad de género), a las preferencias de las personas, funcionalidad psicosocial, grados de apoyo requeridos.

Egreso:

> Cuando la persona usuaria haya alcanzado la mayor autonomía posible y la inclusión en el ámbito familiar y/o comunitario.

> Plazo máximo sugerido: 6 meses.

Capacidad recomendada:

> Recomendable: menor a 10 (diez) personas.

> Puede alojar un máximo de 20 (veinte) personas.

Prestaciones:

> Provisión de alojamiento con distintos niveles de supervisión y apoyo.

> Establecimiento de un programa individualizado de cobertura de necesidades cotidianas y el ejercicio ciudadano, acorde al nivel de autonomía de la persona usuaria, en coordinación con los servicios de la comunidad.

> Apoyo para la integración en el dispositivo habitacional y actividades de la vida cotidiana.

> Acompañamiento para la realización de actividades ocupacionales, educativas, recreativas en la comunidad y en la vivienda, acorde al nivel de autonomía alcanzada por la persona.

> Promoción, recuperación y/o mantenimiento de habilidades para la vida diaria (cuidado personal, administración del dinero, movilidad, alimentación, vestimenta e higiene, entre otras).

> Seguimiento de la estrategia terapéutica, en coordinación con equipo de salud referente. Prestación de visita domiciliaria, remota, entre otras.

> Intervenciones con referentes socio-familiares de psicoeducación, consejería, terapia, entre otras.

B- Vivienda de estancia variable a prolongada.

De modo general en este tipo de viviendas se incluyen aquellas en las cuales puedan convivir personas con padecimiento de salud mental de larga evolución y requieran de una respuesta habitacional para su inclusión social. Funciona independientemente, en lo concerniente al espacio físico, de otros establecimientos de salud. Algunos ejemplos: módulo de integración comunitaria, residencia asistida, residencia protegida.

Pautas de Ingreso y Egreso:

Ingreso:

- > Persona con padecimiento mental, con autonomía limitada y vulnerabilidad psicosocial.
- > Persona con discapacidad mental.

Se organizará de acuerdo al perfil poblacional (grupo etario, identidad de género), a las preferencias de las personas, funcionalidad psicosocial y grados de apoyo requeridos.

No se considera internación, incluye a personas con padecimiento mental que no presenten riesgo cierto e inminente, acorde al perfil poblacional del servicio.

Egreso:

- > Que se haya logrado un nivel de autonomía que le permita sostener alguna forma de vida independiente del sector sanitario. En la medida en que la estrategia terapéutica lo requiera, continuar con su tratamiento ambulatorio.

Capacidad recomendada:

- > Recomendable: menor a 8 (ocho) personas.
- > Puede alojar un máximo de 12 (doce) personas.

Prestaciones del equipo de salud:

- > Provisión de alojamiento con distintos niveles de supervisión y apoyo.

- > Establecimiento de un programa individualizado de cobertura de necesidades cotidianas y el ejercicio ciudadano, acorde al nivel de autonomía de la persona usuaria, en coordinación con los servicios de la comunidad.
- > Apoyo para la integración en el dispositivo habitacional y actividades de la vida cotidiana.
- > Acompañamiento para la realización de actividades ocupacionales, educativas, recreativas en la comunidad y en la vivienda, acorde al nivel de autonomía alcanzada por la persona.
- > Promoción, recuperación y/o mantenimiento de habilidades para la vida diaria (cuidado personal, administración del dinero, movilidad, alimentación, vestimenta e higiene, entre otras).
- > Seguimiento de la estrategia terapéutica, en coordinación con equipo de salud referente. Prestación de visita domiciliaria, remota, entre otras.
- > Intervenciones con referentes socio-familiares de psicoeducación, consejería, terapia, entre otras.

C- Vivienda con Dependencia de otros Sectores o Independiente.

De modo general en este tipo de viviendas se incluyen aquellas que no requieran habilitación de la autoridad de salud competente ni personal de salud de forma permanente y que dependan de otros sectores, como, por ejemplo, organizaciones civiles o personas usuarias particulares. Son también respuestas habitacionales sociosanitarias de alto valor para la inclusión social de personas con padecimiento mental. Algunos ejemplos: unidad convivencial, vivienda autogestionada, vivienda de cogestión. Además, se reconocen entre ellas las casas convivenciales y/o particulares de titularidad de las personas usuarias bajo la garantía del Estado.

Criterios particulares:

El Servicio de Salud Mental, a través de un equipo interdisciplinario, interviene acompañando a las personas usuarias incluidas en estas viviendas con diferentes tareas de monitoreo y apoyo, en el marco del proceso de inclusión social. La atención en salud mental (incluye consumos problemáticos/adicciones) se realiza a través de los servicios de la red de Salud/ Salud Mental. El Estado debe financiar por medio de subsidios económicos a la persona con padecimiento mental con necesidad de vivienda y apoyo, a través de alquileres, compra o gestión de viviendas en el marco de proyectos de externación. Estos establecimientos pueden depender tanto de Salud como de otros sectores, en el contexto de los principios de intersectorialidad y territorialidad, remarcando que las prestaciones sanitarias y la cobertura de los servicios sanitarios corresponden al sector Salud, quien debe actuar como mediador.

Características específicas:

- > No requieren habilitación de la autoridad de Salud competente.
- > No requieren de personal de Salud/Salud Mental permanente.
- > Son respuestas habitacionales sociosanitarias.

Prestaciones del equipo de salud:

- > Evaluación/diagnóstico en salud mental.
- > Rehabilitación psicosocial. Acciones de apoyo para la inclusión laboral, productiva, educativa, habitacional, familiar y social desde una perspectiva intersectorial, según necesidades, intereses y actividades significativas para cada persona y acorde a las incumbencias profesionales.
- > Medidas de cuidado iniciales en la urgencia en salud mental y derivaciones en caso de ser requerido a los servicios de la red de servicios de Salud/Salud Mental.
- > Seguimiento: entrevistas domiciliarias periódicas, acompañamiento terapéutico para actividades en la comunidad.
- > Intervenciones con referentes socio-familiares de psicoeducación, consejería, terapia, entre otras.

Apoyos para la Vida Autónoma

Cada vivienda debe contar con personal que realice tareas de acompañamiento y cuidados con capacitación en Salud Mental (cuidadores domiciliarios, acompañantes terapéuticos u otras figuras según jurisdicción), bajo la supervisión de profesionales de salud acreditados por autoridad sanitaria correspondiente.

Se debe garantizar el acompañamiento de un equipo de salud mental (profesionales del campo de la salud mental habilitados/as por autoridad competente). El equipo de salud puede tener dependencia del Hospital General, otros efectores de salud/salud Mental, área de nivel central o funcionar independientemente y estar a cargo del acompañamiento de uno o más establecimientos residenciales. Cada establecimiento residencial deberá contar con un coordinador a cargo (profesional del campo de la salud mental habilitado por autoridad competente), con disponibilidad pasiva de tiempo completo

Cada vivienda puede requerir de diversos grados de apoyo para el acompañamiento en la vida cotidiana de las personas usuarias. La cantidad de profesionales y de horas de personal de apoyo resulta de la evaluación de los apoyos requeridos para cada persona, garantizando los cuidados y las acciones promocionales que sean necesarios. Dicha evaluación deberá ser actualizada periódicamente.

Para bajo a moderado nivel de apoyo, no se requiere personal de apoyo de manera permanente. Está destinado a personas que cuentan con autonomía suficiente o relativa para el desenvolvimiento independiente en comunidad y requerirá de un acompañamiento del equipo de salud y/o del personal de apoyo ajustado a las necesidades particulares y garantizando la periodicidad de las visitas y el acompañamiento para las actividades evaluadas como necesarias.

Se considera alto nivel de apoyo, el acompañamiento a personas que por sus niveles de autonomía y/o condición de vulnerabilidad requieren de la provisión de cuidados básicos y esenciales, así como mayor apoyo para las actividades de la vida cotidiana. Para personas que requieran alto nivel de apoyo, la asistencia de personal con tareas de cuidado debe garantizarse las 24 horas del día. Este requerimiento no significa la sustitución de la voluntad ni autonomía de las personas. Por el contrario, debe coadyuvar para que se respete y promueva la autonomía de su voluntad de acuerdo al art. 3, inciso a) de la CDPD.

El equipo de salud realizará las articulaciones intersectoriales y sanitarias requeridas vinculadas a los tratamientos de salud/ salud mental de las personas usuarias.

Asimismo, se destaca la inclusión de acompañantes pares y de referentes afectivos y comunitarios como parte activa del proceso terapéutico.

Recursos físicos

Se describen a continuación los locales y/o áreas mínimas recomendados para los dispositivos habitacionales:

Locales o áreas mínimas recomendados

a) Para bajo a moderado apoyo:

> Habitación para persona usuaria de Salud Mental (deseable: hasta 2 camas por habitación).

- Para 1 cama. Superficie mínima: 18m² (incluye superficie sanitario y placard/ropero). Mínimo metraje por cama: 0,90m de ancho x 1,90m de largo.

- Para 2 camas. Superficie mínima: 25m² (incluye superficie sanitario y placard/ropero individual). Mínimo metraje por cama: 0,90m de ancho x 1,90m de largo.

- Para 4 camas. Superficie mínima: 34m² (incluye superficie sanitario y placard/ropero individual). Mínimo metraje por cama: 0,90m de ancho x 1,90m de largo.

Observación: no podrá tener camas cucheta y/o superpuestas. Las camas incluirán mesa de luz, luz individual (aplicada a pared o fija), sábanas, frazadas y colchas.

> Sanitario para personas usuarias (deseable: 1 sanitario por habitación). Con receptáculo para ducha con piso antideslizante, con cortina, lavatorio, inodoro con accesorio, espejo empotrado y accesorios varios (agarraderas, toalleros, estantes, etc.).

Observación: al menos un sanitario deberá estar adaptado según la normativa vigente de discapacidad.

> Comedor / Estar: Se estima una superficie por persona usuaria de 1,80m².

> Cocina: mesada con pileta (agua fría y caliente), alacenas, bajomesadas, despensa y equipamiento necesario. Se destinará un espacio de la cocina para el guardado de vajilla para el equipo profesional y/o de apoyo. Superficie mínima: 9m².

> Depósito de alimentos: contará con un sector con estantes para el guardado de alimentos.

> Deseable: áreas descubiertas para esparcimiento. Contará con una superficie por persona usuaria de 1,80m².

> Deseable: cama adicional para personal para situaciones puntuales de acompañamiento, cuidados o monitoreo.

> Deseable: lavadero. Con pileta para lavado de ropa, mueble de guardado de ropa diferenciado en ropa limpia y ropa sucia y sector para tendido.

b) Para alto apoyo se incluyen los siguientes locales:

> Enfermería. Con mesada de trabajo con pileta con grifería mezcladora agua fría y caliente, mueble bajo mesada y alacena. Superficie mínima: 6m² con lado mínimo de 2,5m. En caso de administrar medicamentos: mueble de guardado con cerradura.

> Habitación con baño para personal: con tareas de acompañamiento/ cuidados/ monitoreo.

> Sanitario para personal.

Equipamiento de los locales recomendados

Se describe a continuación el equipamiento de los locales y/o áreas mínimas recomendados para los dispositivos habitacionales:

a) Para bajo a moderado apoyo:

> Habitación para personas usuarias: contará con la cantidad de camas, mesas de luz y accesorios necesarios según la tipología.

> Comedor / Estar: contará con mesa, sillas, sillones, televisión, audio, elementos de decoración. Con computadora con acceso a internet (deseable).

> Cocina: contará con heladera, cocina con campana de extracción, microondas, vajilla.

> Depósito de alimentos: contará con estanterías fijas o móviles para el guardado de los alimentos.

> Insumos / Depósito de Insumos de limpieza: contará con estanterías o mueble de guardado para insumos, cesto, bolsas de residuos, etc.

> Mantenimiento: los elementos de infraestructura de servicios (tableros eléctricos, medidores de gas, etc.) deberán contar con protección.

> Lavadero (deseable): contará con mueble de guardado de ropa diferenciado en ropa limpia y ropa sucia.

> Áreas descubiertas para esparcimiento (deseable): contará con equipamiento exterior necesario según proyecto (bancos, mesas, sillas).

b) Para alto apoyo se incluye:

> Enfermería (Office de Enfermería Limpio y Office de Enfermería Sucio): contará con mueble para medicación con cerradura, heladera con cerradura y conexión a grupo electrógeno, mueble con estantes, silla soporte para bolsas de residuos, oxímetro.

> Habitación con baño para personal: contará con cama, mesa de luz, luz individual (aplicada a pared o fija), mueble de guardado.

Características constructivas recomendadas para los locales

Se describen a continuación las características constructivas de los locales y/o áreas mínimas recomendados para los dispositivos habitacionales:

> Paredes: lisas y sin molduras, de fácil limpieza y desinfección, ignífugas y sin emanación de gases en caso de siniestro. Deberá contar con aislamiento acústico. Los locales que usen revestimiento serán de material impermeable, resistente a lavados corrosivos y/o abrasivos, preferentemente hasta nivel cielorraso.

> Pisos y zócalos: resistente al desgaste, liso no poroso, antideslizante, lavable, continuo, impermeable. Ignífugo y sin emanación de gases en caso de siniestro. Los zócalos serán rectos o sanitarios. En los sanitarios en la zona de la ducha se utilizarán pisos antideslizantes.

> Cielorraso: altura mínima de 2,40m, de tipo continuo, sin fisuras o rajaduras; suspendido o aplicado bajo losa; y debe encontrarse en buen estado de conservación. De material ignífugo y sin emanación de gases en caso de siniestro.

> Iluminación: con suficiente luz natural y/o artificial en todos los sectores. Las fuentes de luz artificial deben estar de acuerdo con la legislación vigente. Con una distribución uniforme evitando el deslumbramiento, sombras, reflejos y contrastes excesivos.

> Revestimiento: sobre mesada hasta altura de cielorraso, deberá ser de material impermeable, resistente a los lavados corrosivos y/o abrasivos.

> Instalación sanitaria: el dispositivo dispondrá de agua potable fría y caliente, con temperatura regulable, en cantidades suficientes para las necesidades operacionales. Los desagües contarán con sifones y piletas de piso con rejillas.

> Instalación eléctrica: las instalaciones eléctricas estarán embutidas. Dispondrá de llaves termomagnéticas y disyuntor. Se considerará la provisión de tomacorrientes con puesta a tierra, adecuadamente ubicados dentro del sector para todo el equipamiento necesario.

> Climatización y ventilación: contará con un sistema de climatización apropiado para cada zona geográfica del país, asegurando una temperatura de confort. El mismo dispondrá de un sistema de ventilación apto para garantizar la renovación del aire. Podrán utilizarse sistemas de aire acondicionados, ventiladores de techo, estufas de tiro balanceado y sistema de radiadores.

> Ventanas: podrán ser de abrir y/o fijas (si cuentan con acondicionamiento). Contarán con mecanismos de oscurecimiento para brindar confort, con sistemas de protección y vidrios de seguridad.

> Puertas: el ancho libre de las puertas deberá permitir el normal acceso de una silla de ruedas. La mínima luz útil admisible de paso será de 0,80m.

> Medidas contra incendios: se dispondrá extintor y otros elementos de seguridad que la autoridad sanitaria local e institucional exija.

>Corrientes Débiles: internet, telefonía entre otras.

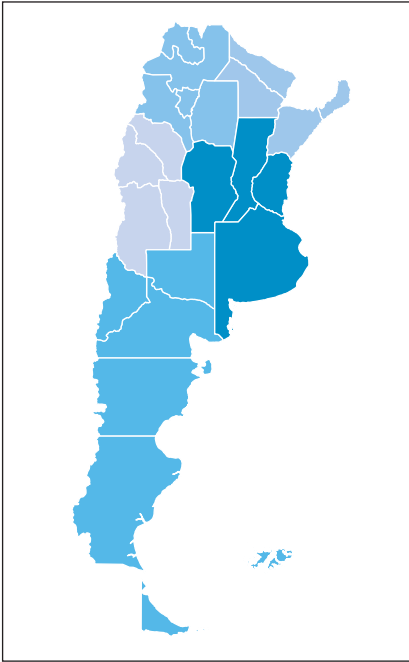
Tercera parte: “Desde y con el territorio”

Algunos datos para tener en cuenta

A continuación, se brinda información sobre la cantidad de dispositivos habitacionales actualmente en funcionamiento en las distintas regiones de nuestro país, en base a un relevamiento realizado por la Dirección Nacional de Abordaje Integral de la Salud Mental y Consumos Problemáticos en el año 2022.

Cabe aclarar que, como fue señalado a lo largo de la presente guía, se entiende por dispositivos habitacionales a todos aquellos que son parte de una política integral cuyo objetivo es brindar respuestas socio-sanitarias para personas con padecimiento mental que se encuentran realizando un tratamiento ambulatorio, o en condiciones de ser externadas y que no cuentan con otras posibilidades de acceso en la comunidad a una vivienda digna con los apoyos necesarios. Entre ellos encontramos casas de medio camino, residencias asistidas, residencias protegidas, etc.

Cantidad de Dispositivos habitacionales por región. Argentina 2022.



Región Centro	Región Patagonia
213	45
Región NOA	Región CUYO
11	9
Región NEA	
7	

Fuente: Fuente: Relevamiento federal efectuado por la Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos. Año 2022.

Experiencias en primera persona

En esta sección se comparten 5 experiencias de dispositivos habitacionales ubicados en distintas jurisdicciones de las 5 regiones de nuestro país. Estos relatos, elaborados en conjunto por los equipos de Salud Mental y las personas que habitan las viviendas, pretenden mostrar y poner en valor, desde la voz de las y los protagonistas, el día a día de los dispositivos, la práctica cotidiana, y los principales desafíos y logros desde las propias vivencias.

Provincia: Tucumán (Región NOA)

Ciudad: San Miguel de Tucumán.

Tipo de dispositivo: Casa de convivencia.

Nombre de la experiencia: "Ave Fénix".

Aclaración: el dispositivo depende del Hospital de Clínicas Salud Mental Nuestra Sra. del Carmen, actualmente en proceso de adecuación a la Ley Nacional de Salud Mental.

La casa de convivencia “Ave Fénix” es un dispositivo habitacional destinado a personas con padecimiento mental que, por su problemática psicosocial, requieren de un espacio de residencia transitoria o permanente, hasta lograr una inclusión social autónoma. Funciona desde julio del año 2015 y actualmente conviven 6 personas usuarias con antecedente de internación prolongada.

Sus objetivos se orientan a un abordaje del padecimiento psíquico respetuoso de los Derechos Humanos y a generar la promoción del mayor grado de autonomía posible, trabajando en la continuidad de la recuperación y entrenamiento de las habilidades sociales y de autocuidado (incluyendo las actividades de la vida cotidiana y el manejo de la medicación).

Un día en la casa de convivencia empieza poco a poco cuando las personas usuarias van despertando cada una a su tiempo, se preparan el desayuno y toman su medicación. Luego se organizan para las tareas del día: planifican el almuerzo, realizan las compras pertinentes con acompañamiento del operador y preparan la comida. Luego, se dividen las tareas de limpieza y después de un breve descanso, algunas deciden salir a caminar, llevan su mate para compartir en la plaza; otras deciden realizar tareas de jardinería, talleres de bordado, pintura de artesanías.

Por otro lado, semanalmente el equipo se reúne para analizar las distintas situaciones y problemáticas que van surgiendo en el día a día; también se organizan y planifican salidas recreativas, teatro, cine, plazas, y otras actividades culturales. Periódicamente, se realizan viajes a distintos puntos del interior de la provincia, San Pedro de Colalao, Famailla, Tafi del Valle, etc.

Para poder trabajar las situaciones convivenciales, quienes residen en la casa se reúnen con el equipo psicoterapéutico, donde se dialoga respecto a dificultades, expectativas, proyectos y se brindan herramientas para la resolución de problemas de convivencia.

Algunas de las personas manejan su dinero con autonomía, y las que no pueden hacerlo, son acompañadas por los operadores para una administración del mismo. Son las propias personas usuarias quienes se ocupan de los gastos de la casa, como ser los servicios e impuestos. Así mismo, concurren al hospital para realizar tratamiento en salud mental.

Provincia: Chaco (Región NEA)

Ciudad: Barranqueras.

Tipo de dispositivo: Dispositivo Habitacional para Personas con Padecimiento Mental con Medidas de Seguridad.

Nombre de la experiencia: “Le sacamos jugo a la casa”.

Este es un dispositivo inaugurado en julio del año 2021 que se creó a partir de la necesidad de dar respuesta a una deuda histórica con aquellas personas con padecimiento mental que, luego de algún conflicto con la ley penal fueron declaradas inimputables a causa de sus

diagnósticos de Salud Mental. Debido a esto se encuentran exceptuadas de cumplir condena en dependencias del Servicio Penitenciario. La mayoría de las personas que residen actualmente en este dispositivo anteriormente se encontraban alojados en una institución de Salud Mental monovalente de internación que mantenía una lógica manicomial. Dicho lugar, tras no adecuarse a la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 fue cerrado y se trasladaron a este Dispositivo creado por el Gobierno de la Provincia del Chaco. A partir de ese momento comenzó un recorrido de muchos desafíos, debido a que es el primer dispositivo habitacional con anclaje comunitario -dependiente de la Dirección de Salud Mental, Ministerio de Salud de la Provincia del Chaco- que aloja a personas con Medidas de Seguridad, que entrecruza lógicas distintas de abordaje debido a que los actores que intervienen son el Sistema Judicial (Ejecución Penal), Servicio Penitenciario (custodia de algunos usuarios) y Salud, construyendo y deconstruyendo constantemente la modalidad de abordaje integral, interdisciplinaria e intersectorial, con los grises que surgen conforme a las lagunas del Derecho, lo cual permanece en diálogo frecuente a fin de generar acuerdos y unificar criterios. Lo solemos nombrar como “un lugar donde vivir”, el cual significó para estas personas nuevas oportunidades, nuevos movimientos, significó Salud Mental. Entre sus relatos se escucha que: “es un hogar”, “es un lujo”, “familia con amigos”, “no todo está perdido”, “significa alguien que me contenga”, “somos todos iguales”, “tenemos derechos”, “podemos andar por el barrio”, “hablamos con los vecinos”.

R. de 36 años relata: “Tenemos libertad para comprar nuestra propia comida cuando deseamos comer algo diferente. Tenemos asistente social que nos da la facilidad de llegar al banco a cobrar nuestra pensión. Estamos más en contacto con gente con la que antes no teníamos contacto. Tenemos profesores que nos enseñan nuestros derechos. Tenemos teléfono para comunicarnos con nuestra familia. Tener la posibilidad de salir solos a hacer compras y otras cosas”.

Provincia: Santa Fe (Región Centro)

Ciudad: Rosario.

Tipo de dispositivo: Residencia asistida.

Nombre de la experiencia: Casa Asistida “La Correntina”.

Aclaración: el siguiente texto se escribió de manera colectiva entre quienes conforman el equipo de acompañamiento convivencial y las personas que habitan la casa.

La Correntina es un lugar de cuidado y a su vez un ambiente para cuidar. Se sostiene como un espacio diferente a los demás: distinto porque es nuestra propia casa. En la casa se siente la paz y el silencio, algo que es muy valorado cuando se pasa mucho tiempo viviendo en una institución rodeado de gente, rodeado de malestar. Esta casa da la posibilidad de recuperar la intimidad, la dimensión de lo personal y la singularidad de cada habitante en la vida cotidiana: poder elegir y tener la vestimenta que nos gusta, cuidarla, lavarla y guardarla, que no se pierda o nos la roben. Dejar el mate para seguir tomándolo después, irnos y saber que quedará en el mismo lugar.

La importancia de las cosas simples de la vida. Así como también la posibilidad de pensarse en un proyecto de vida, a corto, mediano y largo plazo. Desde la casa podemos pensar que la vida pasa afuera: el club, los deportes, el trabajo, aprender un oficio, la escuela, la juntada con amigos, la ida al cine, las caminatas por el barrio, la peluquería de la zona, la pollería y el supermercado, el vecino que me pregunta cómo estoy.

Un lugar donde intentamos brindar un acompañamiento en la construcción de un clima posible que promueva condiciones propicias, permitiendo así devolverle a los habitantes la posibilidad de transitar dignamente su cotidianeidad e implicarse en la misma. La apuesta es que cada persona, con la impronta de su singularidad, se dirija al encuentro de diversos modos de vincularse con otros y otras y con nuevos lugares, con el fin de apaciguar el malestar, disminuir las barreras y conseguir cierta satisfacción. Además, la posibilidad de habitar la casa ofrece un apoyo para propulsar la apertura a nuevos motivos para alcanzar cierta libertad e inventivas en la decisión sobre las actividades diarias donde se aloje de un modo u otro un vínculo con el deseo.

Provincia: Mendoza (Región Cuyo)

Ciudad: Mendoza.

Tipo de dispositivo: Casa de medio camino.

Nombre de la experiencia: Historia del servicio de medio camino, 30 años en la comunidad.

El programa de Casas de Medio Camino tiene sus primeros antecedentes en el Hospital Dr. Carlos Pereyra a fines de 1985 aproximadamente. Con el retorno a la democracia, la reforma de Trieste, y en el marco de las declaraciones internacionales de derechos y los primeros egresados de la RISAM (Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental) de nuestro hospital, se iniciaron proyectos que promovieron el respeto a la dignidad de la persona y la inclusión social. Estos constituyeron la semilla de lo que hoy es el Departamento de Rehabilitación Psicosocial del Hospital, con sus diferentes servicios (Hospital de Día, Centro Psicosocial, Centro de Capacitación Laboral Milenio, Casas de Medio Camino, Atención Domiciliaria y Dispositivo Enlaces).

En este contexto surgen desde los equipos y junto a las personas que estaban en las salas de internación diversas iniciativas para alquilar viviendas. Estas personas llevaban décadas de internación hospitalaria, muchas de ellas habían perdido sus redes socio familiares y el contacto con actividades de la vida cotidiana, pero deseaban volver a vivir fuera de la institución.

Estas primeras experiencias tomaron diferentes formas y denominaciones a través de los años, por ejemplo: Casas de Externación y Hogares de cuidados progresivo. Fue alrededor del año 2010, junto con la aprobación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, que las personas usuarias comenzaron a soñar con vivir con mayor autonomía, animándose a desafiar estigmas y poner en juego sus anhelos personales. Así empieza a delinearse la modalidad de Medio Camino, la que se afianza y se sostiene hasta la actualidad.

El objetivo es, a partir de un dispositivo residencial de medio camino, estimular el mayor nivel de autonomía y autocuidado posible de personas con problemáticas de salud mental y vulnerabilidad psicosocial, con el fin de lograr niveles de inclusión en el ámbito socio familiar y comunitario de manera sostenible de acuerdo a su proyecto personal de vida.

En la actualidad desde el hospital se alquila un complejo de viviendas en el que residen personas con padecimiento mental con una dinámica de apoyo y acompañamiento.

Provincia: Río Negro (Región Patagonia)

Ciudad: San Carlos de Bariloche.

Tipo de dispositivo: Residencia asistida.

Nombre de la experiencia: Casa Asistida de Alto Apoyo “Girasoles”.

Durante la pandemia el Servicio de Salud Mental Comunitaria del Hospital Zonal de Bariloche Dr. Ramón Carrillo rotó por dos lugares; primero, en una escuela (escuela de hotelería), y en la última etapa, funcionó en un ex jardín de infantes “Girasoles”. Este último fue alquilado por salud pública. En septiembre de 2021, el servicio de salud mental vuelve al hospital y se comienza a elaborar un proyecto de Casa Asistida de Alto Apoyo, el cual fue aprobado por la Dirección del Hospital y por los y las Jefes/as de los Servicios. A mediados de 2022 se implementa un abordaje más promocional, ya que funcionaba de manera 100% asistencial. Las personas usuarias son invitadas a participar de las actividades diarias de la Casa, tales como la preparación de las comidas y la realización de la limpieza, con apoyo de los miembros del equipo. También se trabaja en la búsqueda de intereses particulares de cada una de ellas, articulando con diferentes instituciones en las que comenzaron a participar con acompañamiento. Cabe destacar que se realizaron normas de convivencia y se convocó a familiares y referentes afectivos a participar quincenalmente de reuniones para trabajar herramientas de psicoeducación. Se proyecta la realización de talleres y/o emprendimientos con el fin de consolidar el espacio como referencia para las personas usuarias.

Luego de desayunar se pautan objetivos diarios para intentar cumplir durante el día. Algunas personas participan de talleres y emprendimientos fuera del dispositivo, otros realizan actividades en el lugar o salidas, otros realizan trabajos particulares. Por la tarde, se realizan salidas o reciben visitas, se merienda, se cena y se realiza la evaluación de los objetivos.

Algunos testimonios de quienes habitan la casa refieren: “el lugar es muy lindo, me gustan las plantas que hay, me gusta poder ver a mis hijos cuando quiera y poder salir. Aquí somos amigos, me llevo bien con la gente del equipo, me gusta que me atiendan”. Y otra agrega que “fue un logro haber participado en el taller de huerta el año pasado y obtener el certificado del mismo. También el estar en compañía todo el tiempo y haber realizado salidas recreativas”.

Glosario

Ajustes razonables: adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en una situación singular, para garantizar a las personas con discapacidad (permanente o provisoria) el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales que coadyuven a una integración e inclusión plena y efectiva en la sociedad.

Autogestión: conjunto de prácticas sociales que se caracterizan por la puesta en marcha de procesos democratizantes en la toma de decisiones, favoreciendo la autonomía de los colectivos. La autogestión implica autonomía de elección, 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.

Buenas prácticas en Salud Mental: a los efectos del presente documento se consideran buenas prácticas en Salud Mental a las siguientes: a) iniciativas que estén dirigidas al desarrollo de redes comunitarias; b) innovaciones que constituyan aportes al modelo comunitario de atención; c) haber contribuido a resolver las situaciones problemáticas que dieron origen a dichas prácticas; d) contar con un cúmulo suficiente de evidencias sobre los resultados logrados; e) haber generado un impacto positivo en las personas usuarias de la misma.

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.

Contexto: refiere a todos aquellos elementos que se encuentran alrededor e involucrados en distintos acontecimientos o situaciones ya sea de forma simbólica y física.

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

Estigmatización: marca distintiva que establece una demarcación entre una persona y otra, atribuyéndole características negativas a una de ellas. La estigmatización asociada con los padecimientos mentales a menudo conduce a la exclusión y la discriminación social y crea una carga más para la persona.

Habilidad: es la aptitud, talento, destreza o capacidad que despliega una persona para llevar adecuadamente una actividad determinada. Los seres humanos, sin excepción, se distinguen por algún tipo de aptitud.

Inclusión social: designa el acceso a oportunidades para el desarrollo de una mejor calidad de vida y el ejercicio pleno de derechos individuales y sociales. Comprende aspectos tales como el acceso a información y/o servicios, el logro de un adecuado proceso de vinculación con familiares, referentes afectivos, grupos primarios y/o redes vinculares, la inclusión habitacional, educativa, laboral, la participación cívica y/o el reconocimiento y expresión de valores asociados a la diversidad cultural.

Interdisciplinariedad: comprende los procesos de integración de las teorías, métodos, instrumentos, saberes y/o procedimientos fundamentados en distintos saberes profesionales, técnicos, otras formaciones en salud y/o recursos no convencionales, con la debida capacitación, cuyo objetivo sea garantizar la calidad e integralidad de las prácticas en el ámbito de las instituciones de salud.

Intersectorialidad: es la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida.

Modelo comunitario de atención: se caracteriza por la apertura e integración de las prácticas institucionales a las redes de servicios socio-sanitarias con base territorial. A través de su aplicación se logra promover y sostener canales legítimos de participación comunitaria y se facilita la integración a otros sectores sociales con el objetivo de promover y garantizar el proceso de inclusión social. Comprende el desarrollo y/o fortalecimiento de dispositivos comunitarios sustitutivos del modelo asilar, la coordinación con recursos humanos no convencionales durante el proceso de atención e inclusión social, y la adopción de prácticas de salud acordes con el respeto y garantía de los derechos humanos.

Participación: alude a ser parte (poseer sentimiento de pertenencia a una comunidad o grupo, identidad dinámica y comunitaria, sentir que es posible realizar aportes útiles y necesarios a la comunidad, valorar todos los aportes); a tomar parte (asumir riesgos y responsabilidades en conjunto); a tener parte (compartir beneficios y satisfacciones).

Políticas públicas: conjunto de acciones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado, promoviendo la atención, el interés y la movilización de otros actores de la sociedad.

Prestaciones: se consideran prestaciones de atención sanitaria del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) a los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud integral dirigidos a las personas, focalizadas y revalorizando sus ciclos de vida.

Recursos humanos no convencionales: comprende los recursos existentes en la comunidad que no poseen certificación y/o acreditación oficial relativa a la formación y/o desempeño de prácticas en el sector Salud. Tales recursos humanos no convencionales debidamente capacitados pueden contribuir mediante su participación de forma coordinada con agentes del sistema formal en el diseño, implementación y evaluación de las acciones asistenciales y/o de inclusión social.

Red de servicios con base en la comunidad: conjunto de servicios coordinados e integrados cuyo objetivo es asegurar el proceso integral de atención e inclusión social. De acuerdo a lo señalado en el Artículo 11 del Decreto Reglamentario N° 603/2013 de la Ley Nacional N° 26.657, “debe incluir servicios, dispositivos y prestaciones tales como: centros de atención primaria de la salud, servicios de salud mental en el hospital general con internación, sistemas de atención de la urgencia, centros de rehabilitación psicosocial diurno y nocturno, dispositivos habitacionales y laborales con distintos niveles de apoyo, atención ambulatoria, sistemas de apoyo y atención domiciliaria, familiar y comunitaria en articulación con redes intersectoriales y sociales, para satisfacer las necesidades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de forma integral e inclusiva”.

Relaciones sociales: interacciones que se dan entre dos o más personas en la sociedad, por las cuales se 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.

Servicios 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.

Sistema de apoyos: combinación de estrategias, metodologías y recursos provistos por instituciones y/o integrantes de la red social más próxima cuyo objetivo es promover el desarrollo, la educación, la participación, el bienestar, la realización de aspiraciones y un desempeño con el mayor grado de autonomía posible en entornos cotidianos garantizando un sistema que efectivamente respete la voluntad y la toma de decisiones de las personas que utilizan los servicios de salud mental acorde a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y a la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Trayectorias de vida: comprende un novedoso modelo o marco que se ha denominado el modelo del “desarrollo de la salud a lo largo del curso de vida”. Según esta matriz conceptual, la salud y el desarrollo se unifican en un solo concepto que se implementa de manera adaptativa a lo largo de la vida. Incluye los factores de riesgo, los factores protectores y las miradas sobre las experiencias de la vida temprana desde una perspectiva de desarrollo que toma en cuenta la importancia de los vínculos y los relatos vitales.

Bibliografía

- Ceballos, Raúl Fernando. Espacialidades y temporalidades donde habita el cuidado / Raúl Fernando Ceballos; prólogo de Edith Benedetti. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Licenciada Laura Bonaparte, 2022.
- Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA), Movimiento por la Desmanicomialización en Romero (MDR). La transformación de los manicomios. Una experiencia de trabajo en el Hospital Melchor Romero con perspectiva de género. Editorial: CELS, 2022.
- Código Civil y Comercial de la Nación Argentina.
- Constitución de la Nación Argentina.
- Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA). Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018. Ministerio de Salud de la Nación, 2013.
- ELA & UNICEF. ¿Por qué Argentina necesita un sistema nacional integral de cuidados?, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2022.
- Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Informe Técnico para el Diseño de Plan de Trabajo para reorientación de Programas de Salud Pública. Chile, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 2015.
- Federación Cooperativa Autogestionarias MOI (Movimiento de Ocupantes e Inquilinos). “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.
- Lenta, María Malena; Tisera, Ana y Lohigorry, José. “Estrategias e inclusión socio-habitacional en el campo de la salud mental”, en Zaldúa, Graciela y Bottinelli, María Marcela (coordinadoras). Territorios, equipos y narrativas en situación. Experiencias desde la Investigación Acción Participativa. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Editorial Teseo, 2020.
- Ley N° 26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental.
- Ley N°26743. Identidad de Género.
- Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado. Hablemos de cuidados. Nociones básicas hacia una política integral de cuidados con perspectiva de géneros. 2020. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/mesa-interministerial-de-politicas-de-cuidado3.pdf>

- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Construir la salud a lo largo del curso de vida. Conceptos, implicaciones y aplicación en la salud pública. OPS-OMS, 2021.
- Reinoldi, Virginia. “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, 2010.
- Resolución 1178/2022, Ministerio de Salud de la Nación. Directrices de Organización y Funcionamiento de Servicios de Salud Mental. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=366528>
- Resolución 365/2022, Ministerio de Desarrollo Territorial y Hábitat de la Nación. Subprograma Habitar Inclusión. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=375815>
- Resolución 952/2022, Ministerio de Salud de la Nación. Uso del Lenguaje y la Comunicación no Sexista e Inclusiva. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=364494>
- Rodríguez, María Carla. “Universidad, clases y políticas populares de hábitat en el contexto de la ciudad neoliberal” en Habitar en contextos de desigualdad. Proyecto Habitar. 2014.
- Saraceno, Benedetto. La Liberación de los pacientes psiquiátricos. De la Rehabilitación Psicosocial a la Ciudadanía posible. México, Ed. Pax, 2003.
- Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Grupos en situación de vulnerabilidad y derechos humanos: Políticas públicas y compromisos internacionales, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2011.
- Tisera, Ana...[et al.]. Dispositivos instituyentes en el campo de la salud mental. 1ra ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ed. Teseo, 2018.
- Tzeiman, Andrés y Parodi, Ramiro. Álvaro García Linera: para lxs que vendrán: crítica y revolución en el siglo XXI. Selección de conferencias, artículos y entrevistas, [2010-2021]. Argentina, Ediciones UNGS, 2022.

Agradecimientos

La Dirección Nacional de Abordaje Integral de la Salud Mental y Consumos Problemáticos agradece a todas aquellas personas que con sus aportes, conocimientos y testimonios colaboraron para hacer posible la presente guía.

Línea telefónica nacional
para urgencias en Salud Mental

0800.999.0091

Disponible las 24 horas



Ministerio de Salud
Argentina

*primero
la gente*