



Universidad Nacional de Córdoba  
Repositorio Digital Universitario  
**Biblioteca Oscar Garat**  
**Facultad De Ciencias De La Comunicación**

**“POR ACÁ SÍ”:**

**UN APORTE COMUNICACIONAL A LA POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD MENTAL**

Paula Evangelina Cuheito

Treia Peralta

**Cita sugerida del Trabajo Final:**

Cuheito, Paula Evangelina; Peralta, Treia. (2021). “Por acá sí: un aporte comunicacional a la política pública en salud mental”. Trabajo Final para optar al grado académico de Licenciatura en Comunicación Social, Universidad Nacional de Córdoba (inérita).

Disponible en Repositorio Digital Universitario

***Licencia:***

Creative Commons Atribución – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional



Junio 2021

# #Por Acá Sí

*Un Aporte Comunicacional a la  
Política Pública en Salud Mental*



**FCC**

Facultad de Ciencias  
de la Comunicación



**UNC**

Universidad  
Nacional  
de Córdoba

**Paula Evangelina Cuheito  
Treia Peralta**



**FCC**  
Facultad de Ciencias  
de la Comunicación

**“POR ACÁ SÍ”**

**UN APORTE COMUNICACIONAL A LA  
POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD MENTAL**

Paula Evangelina Cuheito

Treia Peralta

**Junio 2021**

## Agradecimientos

Queremos dar las gracias al equipo, a **Laure, Santi, Marti, y Juli**, por la construcción colectiva del camino universitario, por ser colegas, confidentes y hacer de esta etapa la mejor experiencia de nuestras vidas. Queremos agradecer a **Stella Regis** por ser nuestra guía, por su tiempo dedicado con mucho esmero a este trabajo. A la universidad pública, sus profesores y profesoras, por abrirnos las puertas a un mundo de empatía.

A **mis abuelos**, Elva y Raúl, por los recuerdos de la infancia, sus juegos interminables y su confianza depositada en todos mis sueños. A **mamá y papá** por la libertad de permitirme crecer, el aliento y la comprensión de mis anhelos e ideales. A **Juanjo** por su ternura, la enseñanza de todos los días y su oído atento.

A **Julián** por su amor incondicional, la complicidad y su contención en el día a día.

A **mis amigas**, por estar siempre listas, por el abrazo de consuelo y por la diversión.

A **Treia** por coincidir en todos los ámbitos de la vida.

Paula

A **Silvia y Manuel**, por acompañarme en la construcción de mi diferencia, por creer en mí y por haber sido escoltas de cada uno de mis sueños.

A **Francisco** que me alentó en cada logro y meta cumplida, por su amor, respeto y paciencia, gracias.

A **Allegra**, que le tocó nacer en medio de una parva de libros e ideales. Gracias por ser mi compañera incondicional.

A **Paula**, por habernos acompañado desde el principio hasta el final de este viaje.

Treia

# Índice

[Abstract](#)

[Justificación Del Tema](#)

[Introducción](#)

[Marco Referencial](#)

[Salud Mental](#)

[Marco Legal En Salud Mental](#)

[Ley Nacional De Salud Mental \(26.657\)](#)

[Ley Provincial De Salud Mental \(9848\)](#)

[Política Pública En Salud Mental](#)

[Educación y Salud Mental: Abordaje Desde Las Infancias](#)

[Problema](#)

[Marco Teórico](#)

[Ideas Sobre La Comunicación Social](#)

[El Estudio Científico De La Comunicación](#)

[Información Vs. Comunicación: Receptores y Destinatarios](#)

[Espacios De Comunicación y Poder](#)

[Comunicación y Salud](#)

[Concepciones En Salud](#)

[El Modelo Médico Hegemónico](#)

[El Derecho A La Salud](#)

[Participación Social en Salud](#)

[Salud Comunitaria: Representaciones Sociales De Los Jóvenes Acerca De La Salud](#)

[Comunicación Institucional](#)

[Comunicación Estratégica ®](#)

[Dimensiones De Abordaje De La Comunicación Institucional](#)

[El Circuito De La Comunicación](#)

[Redes Sociales](#)

[Gestión del Comportamiento Online](#)

[Optimización Del Contenido En Redes Sociales](#)

[Marco Metodológico](#)

[Tipo De Estudio](#)

[Unidades De Análisis y Muestreo](#)

[Técnicas De Recolección De Datos](#)

[Perfil del Programa “Por acá sí”](#)

[Planificación](#)

[Cronograma](#)

[Diagnóstico Institucional](#)

[Personalidad: Breve historia del programa](#)

[Endopersonalidad](#)

[Mesopersonalidad](#)

[Exo Personalidad](#)

[Identidad](#)

[Atributos óptimos de identidad](#)

[Vínculos](#)

[Comunicación](#)

[Canales de comunicación externa](#)

[Imagen](#)

[Análisis del reconocimiento, valoración y posicionamiento del Programa](#)

[Buzón de sugerencias: herramientas de análisis de imagen de sus públicos](#)

[Conclusiones diagnósticas](#)

[Propuesta](#)

[Planificar y Elaborar Proyectos](#)

[Plan de Comunicación](#)

[Proyecto N°1: “Gestión Vincular: Segmentación De Los Públicos y Generación De Mensajes Claves”](#)

[Proyecto N° 2: “Tipificación Del Proyecto Identitario Del Programa “Por Acá Sí”](#)

[Proyecto N° 3: “Diversificación De Canales Externos”](#)

[Proyecto N° 4: “Nuevas generación de contenidos: participación social y formatos actuales”](#)

[Aproximación al desarrollo del Proyecto N° 2](#)

[Bibliografía](#)

## Abstract

La **salud integral** desde una perspectiva de derecho y participación social es abordada a partir del cuestionamiento al **Modelo Médico Hegemónico**. En el caso de la salud mental, esta posición se instituye a raíz del desarrollo de la nueva **Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657**.

Según la OMS, el inicio de las **patologías mentales** se estima a los 18 años, y en algunos casos a los 11 años. Teniendo esta particularidad en consideración y el contexto mundial de pandemia que se vive a partir del año 2020; el conocimientos de las dolencias, la puesta a disposición de la información y recursos, y el **tratamiento temprano** de los padecimientos, supone un tema fundamental de **abordaje comunicacional responsable y participativo**.

El presente trabajo es un análisis del contenido en salud mental del **Programa “Por Aquí Sí”** perteneciente al **Ministerio de Salud** en conjunto con el **Ministerio de Educación** de la Provincia de Córdoba. El Programa ofrece asesoría en salud integral para jóvenes de la provincia a través de sus dos canales en redes sociales: **Facebook e Instagram**.

El trabajo final de grado propone la realización de un **diagnóstico** que permita conocer la **situación inicial** del Programa y sus **grupos de interés**, con el fin de elaborar una propuesta de **reposicionamiento** que potencie las fortalezas del mismo y le permita establecer vínculos perdurables a través de la interacción con los adolescentes y la construcción de sentidos sobre la salud mental a través de la participación activa de los jóvenes.

## Justificación Del Tema

El **Programa “Por Acá Sí”** es un desarrollo del Ministerio de Salud del Gobierno de la **Provincia de Córdoba** en relación con el Ministerio de Educación del mismo ámbito institucional. El **objetivo** del Programa es ser un espacio de consulta y **asesoría** para los **adolescentes** del entramado provincial, en materia de salud integral.

“Por Acá Sí” es una propuesta llamativa en cuanto su característica pública, que posee la unicidad en el sector cordobés dedicada al **público joven** y a la temática desde el **contacto directo virtual**.

La salud en los adolescentes toma relevancia si observamos algunas estadísticas a nivel nacional:

Según la **Organización Mundial de la Salud**, la adolescencia comprende el período de la vida que va desde los **10 a los 19 años**. A nivel mundial, 1 de cada 4 personas es adolescente.

En Argentina, según el **CENSO 2010**, hay **7 millones de adolescentes**, de los cuales el 45% tienen cobertura de salud exclusiva del sub-sector público.

En el año 2014 murieron 3.805 adolescentes. La tasa de mortalidad es de 5,4 para el grupo de 15 a 19 años, diferenciada por géneros, 7,3 para varones y 3,3 para mujeres. En algunas jurisdicciones el **suicidio pasó a ser la segunda causa** de muerte de adolescentes.

La OMS estima que 70% de las muertes prematuras en el adulto se deben a conductas iniciadas en la adolescencia.

Se estima, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que una de cada cuatro personas, es decir, un **25% de la población general, sufre algún trastorno mental** o del comportamiento en el transcurso de su vida. La edad de inicio de las patologías se estima a partir de los 18 años, en algunos casos, llega a ser a partir de los 11 años.

El **Aislamiento Social Obligatorio** que se instauró a raíz de la Pandemia por Coronavirus en nuestro país y en el mundo, implicó la **distancia social** entre los sujetos y sus seres queridos, desarraigandolos de sus relaciones y llevando todo contacto al entorno virtual. Si consideramos estas particularidades, el tratamiento de la salud mental frente a las nuevas situaciones que se encuentran atravesando los sujetos, y en particular los jóvenes, es de suma urgencia.

En este trabajo final, se desarrollará un **análisis sobre el contenido** en salud mental que proporciona el Programa “Por Aquí Sí” atendiendo al contexto que nos ubica priorizando la salud física por sobre la salud mental. La propuesta responde a los lineamientos establecidos en la nueva **Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657** del año 2010, donde fueron revalorizados los **derechos y la participación activa** de las personas con padecimiento subjetivo.

El objetivo de este trabajo es ofrecer una **estrategia de posicionamiento** del Programa “Por Aquí Sí” que permita **revalorizar esta política pública**, aumentar su campo de **incidencia** y aportar herramientas que posibiliten el accionar en **atención en salud juvenil**.

## Introducción

Este trabajo final se orienta a proporcionar una **estrategia comunicacional** que permita al **Programa “Por Aquí Sí”** hacerse de herramientas que le posibiliten potenciar sus fortalezas. De esta manera, podrá trazar **vínculos** perdurables con sus **grupos de interés** y construir **sentidos** delineados en concordancia con sus **objetivos** y con la **perspectiva de derecho** que inscribe la nueva Ley de salud mental en el territorio nacional y provincial.

La estrategia ofrecida se constituye como un acervo de consulta para la toma de decisiones del Programa. El objetivo que la acompaña refiere al **posicionamiento**, entendido como el conjunto de actividades que se llevan a cabo con el objetivo de conseguir una posición valiosa en la mente de los públicos. Estar presentes como organización, como una idea susceptible de provocar una **construcción de sentidos** mentales en los grupos de interés, le permitirá establecer un vínculo y **generar interacción** con ellos.

A tal fin, este trabajo se divide en **dos etapas**. La primera de ellas consiste en el **abordaje institucional** a partir de un trabajo diagnóstico que nos permita conocer la situación actual del Programa “Por Aquí Sí”. Para lo cual, se diseñan herramientas metodológicas de **recolección de datos**, que nos proporcionarán información acerca de cada una de las **dimensiones** institucionales que componen la etapa diagnóstica.

Luego de ensayar conclusiones y relaciones por dimensión, se realiza un análisis **FODA** que resume la situación actual en base a un **objetivo** guía, en este caso el de reposicionar al Programa como referente en temática de salud entre el público joven de la provincia de Córdoba.

En la **segunda etapa** de este trabajo, se realiza la propuesta de valor a partir de la **planificación de proyectos**. En este caso, giran en base a un plan comunicacional de posicionamiento en relación a cuatro aristas que permitan potenciar las cualidades de Programa a largo plazo: la **unificación de identidad** del Programa, la sistematización del

conocimiento de los públicos mediante la **segmentación** de los mismos, la **diversificación** de canales y por último la **renovación** de mensajes a través de la **participación activa** de los **grupos de interés**.

## Marco Referencial

A partir de 2007, se genera el **Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia**<sup>1</sup>, de manera interdisciplinaria, teniendo como eje central el abordaje de la salud como un derecho humano y social. Su creación se enmarca en la operatividad de la Convención de los Derechos del Niño y en la ley 26.061 de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes que garantiza el derecho a su salud integral. Desde el 2017, a nivel nacional, se desarrolla el **Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia**<sup>2</sup>, incluido en el **Plan Nacional de Educación Sexual Integral**<sup>3</sup>.

Cómo herramienta del Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional, surgen las **Asesorías en Salud Integral en Escuelas Secundarias**. El gobierno nacional facilita documentos de aplicación de las mismas, etapas y consideraciones en perspectiva de derechos.

Al tiempo, cada provincia adopta su propia aplicación del Programa, tal es el caso de **Tierra del Fuego**, habilitó en **abril del 2020** el Programa provincial facilitando un canal de **WhatsApp** como medio de contacto con los adolescentes.<sup>4</sup>

Otro es el caso del Programa de Salud Integral Adolescentes de la Municipalidad de **Mar del Plata**<sup>5</sup>, que cuenta con un espacio de consulta virtual vía **WhatsApp** llamado

---

<sup>1</sup> Argentina.gov.ar. (30 de noviembre 2017). *El Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia celebró sus 10 años*.

<https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-programa-nacional-de-salud-integral-en-la-adolescencia-celebro-sus-10-anos>

<sup>2</sup> Argentina.gov.ar. *Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia*

<https://www.argentina.gob.ar/planenia>

<sup>3</sup> Argentina.gov.ar. *Plan ENIA* <https://www.argentina.gob.ar/planenia/el-plan-hoy>

<sup>4</sup> Morua, F. (abril 15, 2020.) *Tiempo Fuego. Asesorías en Salud Integral: Un espacio de consulta centrado en las necesidades y problemas de adolescentes*.

<https://www.tiempofuego.com/asesorias-en-salud-integral-un-espacio-de-consulta-centrado-en-las-necesidades-y-problemas-de-adolescentes/>

<sup>5</sup> Municipalidad General Pueyrredon. *Programa de Salud Integral del Adolescente*.

<https://www.mardelplata.gob.ar/Contenido/programa-de-salud-integral-del-adolescente>

“**Consultorio amigo del adolescente**”, que le suma a la atención virtual una dirección presencial de atención.

En la Provincia de **Tucumán**<sup>6</sup> la aplicación del Programa de Salud Integral en Adolescentes se da a través de hospitales designados para la consulta de los jóvenes, no cuenta con otros canales virtuales ni específicos.

Otro caso destacable es el de la plataforma “**Hablemos de Todo**”<sup>7</sup> que elabora información en temáticas varias dedicadas a adolescentes y cuenta con un canal habilitado de consulta virtual anónima. Esta plataforma pertenece al Instituto Nacional de Juventudes (InJuve).

Existen diferentes documentos de guía de atención en salud en adolescentes, a nivel nacional se encuentra la “**Guía de de recomendaciones para la Atención Integral de Adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad**”<sup>8</sup>. Así como también, “**Salud en Adolescencias**”<sup>9</sup> abordado en el Boletín Virtual número 10 del año 2016, del “Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables”.

En el caso de la Provincia de Córdoba, existe a su vez el “**Manual de Comunicación para la Salud, Herramientas para la producción de materiales y acciones comunicativas en las prácticas comunitarias**”<sup>10</sup> producido por el Área de Comunicación del Programa de Reforma de la Atención Primaria de Salud.

---

<sup>6</sup> Ministerio de Salud Pública Gobierno de Tucumán. *Programa Provincial de Salud Integral del Adolescente*. <https://msptucuman.gov.ar/programas-nacionales/dpto-maternidad-e-infancia/programa-provincial-de-salud-integral-del-adolescente/>

<sup>7</sup> Hablemos de Todo. *¿Qué es hablemos de todo?* <https://www.hablemosdetodo.gob.ar/quienes-somos/>

<sup>8</sup> Godard, P. y Berner E. (2011) *Guía de recomendaciones para la Atención Integral de Adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad*. <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento108.pdf>

<sup>9</sup> Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación (Septiembre 2016). *Salud en la Adolescencia*. [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001221cnt-boletin\\_virtual-10-salud\\_integral\\_adolescencia.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001221cnt-boletin_virtual-10-salud_integral_adolescencia.pdf)

<sup>10</sup> PROAPS (2006- 2007) *Manual de Comunicación para la Salud, Herramientas para la producción de materiales y acciones comunicativas en las prácticas comunitarias*. [http://www.anmat.gov.ar/Enfermedad\\_Celiaca/01\\_Manual\\_Com\\_Salud.pdf](http://www.anmat.gov.ar/Enfermedad_Celiaca/01_Manual_Com_Salud.pdf)

El **Programa “Por Aquí Sí”** pertenece al Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba, y desarrolla un trabajo conjunto con el Ministerio de Educación. En sus inicios, el Programa consistía en un desarrollo para la Atención Integral del Adolescente, facilitado en base a la creación de la Ley Provincial 8.323 que regula la existencia de la Comisión Intersectorial de Salud Integral del Adolescente. Esta comisión cuenta con dos Programas, el de Asesorías Escolares y el de Seguimiento de la Mortalidad Adolescente.

En Córdoba, existen espacios para jóvenes como **Casa del Joven**, impulsada por la Secretaría de Salud Mental de la Provincia de Córdoba. En estos casos, presentes en la Provincia de Córdoba, ninguno abarca un canal directo de consulta con los jóvenes de manera pública y virtual, cómo si es el objetivo del “Por Aquí Sí”.

Los conocimientos y habilidades en salud mental, y el sentido común desarrollado respecto a esta temática, son adquiridos en el **proceso de socialización**. La **escuela**, espacio donde los sujetos recorren sus primeros pasos hacia la juventud y la adolescencia, es donde el desarrollo de las posibles dolencias mentales podrían comenzar a manifestarse. Pero los datos apuntan una discrepancia entre la incidencia de esta dolencias y el número de casos que acuden a los especialistas (Jorm, 2000). Estudios señalan que un aumento en el número de diagnósticos entre los jóvenes no va asociado a un incremento en el número de tratamientos ni de la calidad de los mismos (Whitley, 2013).

Las creencias sobre salud mental y dolencias mentales, mitos y estigmatizaciones, se divulgan entre la población general pero también entre profesionales de la salud y la educación. Existen manifestaciones que demuestran la distancia social frente a los diagnosticados con una dolencia mental severa.

Una asunción no cuestionada relaciona el aumento de la cultura adquirida con la disminución de los prejuicios (Jorm, 2000). Si esto fuera así podríamos asumir que al

aumentar la alfabetización en salud, disminuiría el estigma asociado a las patologías de salud mental.

## **Salud Mental**

La **ley Nacional N°26.657**, define en su artículo 3 a la salud mental como “un **proceso** determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos”. Reconoce que es a través de una dinámica de **construcción social participativa** que se aporta al mejoramiento y preservación de la misma. La ley vela por la presunción de la capacidad de todas las personas, entendiendo fundamental la concreción de los derechos humanos y sociales.

En el artículo 7, la Ley nacional de Salud Mental, enumera los **derechos** de las personas con padecimiento mental como los siguientes:

a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud.

b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia.

c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos.

d) 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.

e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe.

- f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso.
- g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas.
- h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el Órgano de Revisión.
- i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado.
- j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales.
- k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades.
- l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación.
- m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente.
- n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable.
- o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados.
- p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados

## ***Marco Legal En Salud Mental***

Tras la Segunda Guerra Mundial, se hicieron **revisiones de los derechos humanos** para garantizar la protección de los sujetos. Comenzaron a establecerse una serie de instrumentos de Derechos Humanos concentrados, primero, en la preservación de bienes o cualidades generales del sujeto, más luego, en particulares situaciones o estados de las personas. (Rossetti y Monasterolo, 2016).

El avance se concretó en los públicos históricamente vulnerados, incluidos personas con padecimientos de salud mental, quienes recibieron expresa protección de **organismos internacionales**.

El ideario sobre salud mental presente en los principales tratados plantea:

- A. Una conceptualización integral e integrada de la salud a la par de su central captación por redes de atención primaria.
- B. La resignificación del sujeto padeciente como contrapartida a una visión puramente objetivista (superación del esquema biologicista por el enfoque psicosocial).
- C. La erradicación de nominaciones estigmatizantes (v. gr. enfermo, peligroso, incapaz).
- D. El abandono del modelo de la incapacidad y su correlativa crítica a los institutos jurídicos que lo sostienen (v. gr. Insania, Curatela), en sintonía con su reemplazo por el paradigma de la discapacidad psicosocial y la implementación de sistemas jurídicos de apoyos para la toma de decisiones.
- E. Un ideario concentrado en la desmanicomialización y como derivación de ello, la admisión de la internación, junto a toda acción de la lógica manicomial, como un recurso terapéutico de última ratio temporalmente limitado.

- F. El abordaje en comunidad de aquéllos casos alcanzados por la discapacidad psicosocial o por el padecimiento mental a través de dispositivos terapéuticos variados (v. gr. Hospitales de día, casas de medio camino, red integral para la toma de decisiones con apoyo);
- G. La aceptación de las personas con padecimientos y/o discapacidades como concretos actores sociales convocados al ejercicio activo de la ciudadanía, y en este sentido, la procura de su sincera integración laboral productiva.

### ***Ley Nacional De Salud Mental (26.657)***

La renovación de la Ley Nacional De Salud Mental promulgada en 2010 y reglamentada en 2013, permitió incluir los aspectos del nuevo paradigma en la legislación argentina. Plantea a la salud mental como un **padecimiento multicausal**, regula la eliminación de manicomios e impulsa la creación de facilidades polivalentes. Reconoce a las personas con padecimientos mentales como sujetos plenos de derecho, garantizándoles tener conocimiento sobre las características de la dolencia que atraviesan, el tratamiento que recibirán y el poder de tomar decisiones al respecto.

Limita la internación como último recurso y con un límite de tiempo establecido, que deberá ser informado a la persona padeciente, en el caso de que la internación sea involuntaria deberá ser por razón de fuerza mayor, es decir de peligro para la persona o el entorno.

En cuanto a la **aplicación de la ley** y las autoridades competentes, se aclara que la Autoridad de aplicación de la ley debe promover en cada jurisdicción que las autoridades de salud, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria (Buriyovich, 2018)

La ley obliga a la Autoridad de Aplicación, en **coordinación** con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, a que desarrolle planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental. Todas las acciones deben contener mecanismos para la **participación comunitaria**, en especial de las organizaciones de usuarios y familiares. (Buriyovich, 2018)

### ***Ley Provincial De Salud Mental (9848)***

La ley provincial se propone garantizar el ejercicio del derecho de la población a la salud mental y el acceso a la atención integrada en los servicios generales de salud.

En cuanto al sistema de salud mental, propone la **acción interdisciplinaria**, intersectorial e interinstitucional. Desarrolla un plan provincial de salud mental, que deberá tener como objetivo la inclusión social de las personas padecientes, el abordaje de los padecimientos como procesos dinámicos y contextuales y la actualización de las estructuras institucionales asistenciales existentes.

### ***Política Pública En Salud Mental***

A partir del nuevo paradigma en salud mental, opuesto al modelo médico hegemónico, surge el objetivo de promover una transformación a partir de la **intervención en políticas públicas que garantice la ciudadanía** de las personas con padecimiento subjetivo. (Buriyovich, 2018)

Para la concreción de este objetivo se requiere de parte del Estado una actividad integral e integrada.

“Las intervenciones que son necesarias de implementar a fin de cumplir con las nuevas leyes de salud mental deben poner el acento en el abordaje global de los problemas complejos que presenta el fin de la atención manicomial. Esto requiere el trabajo conjunto

entre distintos sectores gubernamentales y una intersectorialidad de alta intensidad” (Buriyovich, 2018)

El concepto de **intersectorialidad**, definido por la autora, consiste en entender los sectores como especialidades del conocimiento en el aparato gubernamental, tales como educación salud, trabajo, desarrollo social. Y por tanto, la intersectorialidad se refiere a la “relación entre diversos sectores gubernamentales”. (Cunill Grau, 2014)

Más detalladamente propone “La intersectorialidad es la articulación de saberes y convergencia de esfuerzos de diferentes sectores gubernamentales para producir políticas integrales e integradas, con el objetivo de alcanzar mejores respuestas frente a situaciones complejas. El propósito de desarrollar acciones intersectoriales es ampliar la posibilidad de dar solución a problemas que son multicausales.”

No consiste en una división de tareas, sino en el trabajo conjunto articulado, entendiendo la multiplicidad de factores que inciden en los padecimientos de salud y brindar así una respuesta acorde, que contenga dicha multicausalidad.

A fin de implementar la intersectorialidad, Buriyovich plantea como primer paso partir de la revalorización de los procesos de debate, negociación, aprobación y ejecución de políticas, ya que estos son tan importantes como el contenido específico de las mismas.

La integralidad en perspectiva de derechos humanos tiene en cuenta tanto los aspectos subjetivos como los objetivos vinculados con las necesidades materiales del sujeto.

“Significa la afectación de la subjetividad y los problemas de sobrevivencia como dos aspectos del sujeto que deben ser abordados concomitantemente.” (Buriyovich, 2018)

## *Educación y Salud Mental: Abordaje Desde Las Infancias*

Analia Giannone y Marta Moreno, desarrollan en el capítulo 8 de “Salud Mental y Derecho: Derechos Sociales e Intersectorialidad” la manera en que en la actualidad parecen haberse naturalizado las lógicas mediante las cuales se **clasifica, patologiza y medicaliza** las infancias. Según las autoras, las maneras mediante las cuales se procede a intervenir sobre niños, niñas y adolescentes no entienden de la singularidad o la subjetividad, se impone el **sobrediagnóstico** de la vida cotidiana y el transcurrir escolar. Estos diagnósticos se van tornando inamovibles y dejan de tener en cuenta la movilidad y la singularidad de la naturaleza humana.

La infancia se nombra mediante **cuadros patológicos**. “El niño ya no es “hablado” en relación a cierto “modo de estar”: inquieto, molesto, distraído. Se lo habla como un síndrome, una enfermedad, un déficit. Se lo habla a través de **diagnósticos**, de siglas clasificatorias: ADD, TGD, TOC, TOD” (Giannone y Moreno, 2018).

Las leyes de Protección de Derechos de Niños y de Salud Mental entienden que en el transcurso de su infancia y adolescencia los sujetos deben ser considerados **sujetos de derechos** para dejar de ser objetos de custodia. A raíz de estas modificaciones en el marco legal, cumple un rol imprescindible la intervención del Estado y de los distintos actores que componen el entramado social para garantizar la **desnaturalización** de las prácticas de responsabilidad parental, para comprender la complejidad de los contextos psicosociales, de las familias y las instituciones escolares.

Analia Giannone y Marta Moreno, exponen que en las escuelas las descripciones conductuales se transforman en **enunciados identificatorios**, lo que lleva a los niños y las niñas a perder su identidad subjetiva. Llevan rótulos patologizantes que los coloca en una condición deficitaria frente a su familia, sus pares o docentes. En algunos casos, estos rótulos

llegan desde las familias “mi hijo tiene”, “mi hijo es”, que acuden a **tratamientos médicos** con el afán de “normalizar” su conducta.

Existen **mecanismos de escisión**, los cuales logran desvincular los “trastornos de conducta o aprendizaje de su contexto socio-histórico-cultural, según J.A.Castorina. Esto logra como efecto quitar responsabilidad a las escuelas o las familias, adjudicando la condición de un sujeto a déficits de carácter biológico para los cuales se fabrican paliativos bioquímicos que permiten el tratamiento en retroceso de estas “patologías”. “La cuestión central para instalar los **procesos de medicalización**, está en definir un problema en términos médicos, utilizar terminología médica para describirlo, referir a un marco médico para abordarlo y valerse de las intervenciones médicas para tratarlo”. (Faraone y al. 2010).

En el texto, las autoras citan una investigación de Silvia Faraone, donde se describen los pasos que instalan el proceso de **patologización** en el campo de la salud mental. En un primer momento se realiza una búsqueda de causa unívoca y determinista, para el cual rige un paradigma fijo de normalidad que excluye la diferencia con clasificaciones distintivas. Así es como se produce un acto de nominación que construye una denominación que da sentido a lo ocurre a ese sujeto y su vida pasa a ser leída desde esa única condición. A partir de allí toda la historia de ese sujeto, su pasado, su presente y su futuro estarán atravesados por dicha categorización.

“Lo normal en la educación es que la cosa no funcione, que el otro se resista, se esconda o se rebele. Lo normal es que la persona que se construye frente a nosotros no se deje llevar o incluso se nos oponga, a veces, simplemente, para recordarnos que no es un objeto en construcción sino un sujeto que se construye.” (Meirieu, 2014)

## Problema

Según lo investigado en el marco referencial y el desarrollo de la justificación de la temática, entendemos es fundamental la aplicación de la **perspectiva de derechos** en salud dentro de un espacio destinado a la vinculación de los jóvenes con las herramientas de apropiación del conocimiento en salud. Dada la necesidad de establecer un **diálogo** sobre la temática de salud mental entre los adolescentes de la **Provincia de Córdoba**, la existencia de un espacio público de acompañamiento es crucial. ¿El Programa “Por Acá Sí” logra cumplir con sus objetivos? ¿Construye un vínculo participativo con sus grupos de interés? ¿Logra generar contenido que impulse el conocimiento de los paradigmas enunciados en la nueva Ley Nacional de Salud Mental? ¿Es un actor reconocido por los jóvenes como legítimo en materia informativa de salud? ¿Mediante qué estrategias podría posicionarse como un espacio legítimo de consulta en temática de salud mental?

En concordancia con estos **interrogantes**, a fin de indagar acerca de estos ejes transversales elaboramos los siguientes **objetivos** para el presente trabajo final:

1. Caracterizar la situación actual de la comunicación del Programa “Por acá si” y analizar el posicionamiento del Programa en temas de salud
2. Reconocer el conocimiento que tienen los jóvenes respecto del Programa
3. Diseñar estrategias comunicativas para el programa “Por acá si”
  - 1.1. Describir la estrategia comunicacional del programa “Por aca si”.
  - 1.2. Caracterizar medios, redes, contenidos (mensajes) y canales de distribución del Programa.
    - 2.1. Describir los grupos de interés del programa “Por aca si”

2.2. Caracterizar las prácticas comunicativas de los jóvenes y el uso de las redes sociales

2.3. Analizar el interés de los jóvenes sobre las temáticas de salud.

3.1. Elaborar una estrategia de comunicación que resuelva los problemas hallados en el diagnóstico del Programa “Por acá sí”.

# Marco Teórico

## Ideas Sobre La Comunicación Social

La **comunicación** como **ciencia social** da lugar a multiplicidad de definiciones, que llevan a diferentes aplicaciones en el campo disciplinar y científico.

Etimológicamente, el verbo comunicar deriva del latín **communicare** es decir **intercambiar, compartir, poner en común**. Este a su vez proviene de la raíz latina *communis* que da origen a términos como comunidad, comunión (Gomez de Silva, 1988). Si tenemos en cuenta estas definiciones, la comunicación es intrínsecamente social e implica la multiplicidad de sentidos por intercambiar, el diálogo que hace posible la vida en comunidad.

Según el sociólogo francés Dominique Wolton (2007), la comunicación de masas es comunicación social, sin embargo aclara que no se puede invertir el concepto. Ya que, aquello primordial a destacar de la comunicación social es que nadie puede quedar externo a ella.

La comunicación implica la **construcción de significados y sentidos** compartidos a través de diferentes códigos. Dicha construcción describe una práctica social situada. Para Wolton, existen tres polos activos de la comunicación, la comunicación directa, técnica y la social.

Esta última “se centra en las ciencias del hombre y de la sociedad, estudia la comunicación entre los individuos y las colectividades, así como el impacto de las técnicas de comunicación sobre el funcionamiento de la sociedad”.

## ***El Estudio Científico De La Comunicación***

Cuando se intenta abordar teóricamente a la comunicación, ésta se transforma en objeto de estudio cuyos límites son difusos. El **objeto de estudio** de la comunicación es siempre situado, y de acuerdo al contexto infieren en él variables muy distintas entre sí. Estudiar los **procesos comunicativos** nos permite explicar y comprender los modos de funcionamiento de una sociedad, las relaciones humanas, procesos de producción cultural, las lógicas de producción, circulación y reproducción de mensajes y con ellos la construcción de poder, el impacto de las tecnologías, entre otros (Cilimbini et al, 2014).

Entonces, para estudiar a la comunicación debemos tener en cuenta la **diversidad de enfoques** teóricos, metodológicos y prácticos; que pueden ser de utilidad teniendo en cuenta el recorte contextual que se haga del objeto de estudio y la mirada que quiera aportar el/la investigador/a. Una disciplina es una categoría organizacional, que instituye la especialización dentro de las ciencias, es importante destacar que para la correcta aprehensión del objeto de estudio en comunicación, que es variable y contextual, se necesita de la transdisciplinariedad.

La **transdisciplina** comprende las interacciones y reciprocidades entre las disciplinas al interior de un sistema, permitiendo el cruce de informaciones y aboliendo las fronteras disciplinarias. (Morin, 1984).

## ***Información Vs. Comunicación: Receptores y Destinatarios***

Para Wolton (2007), es importante diferenciar los conceptos de información y comunicación.

“Hoy la gran ruptura es que **informar no es suficiente para comunicar**, porque hay demasiados mensajes y receptores. Hoy circula mucha información pero estamos incomunicados. El mundo es muy visible pero incomprensible, porque para compartir

información hay que tener una cultura común ”. En otras palabras la información consiste en un contenido, un mensaje, genérico, que no conlleva un pensamiento estratégico respecto del resto de los componentes que componen a la comunicación, que no tiene garantía de ser performativo, incluso de informar realmente, y que por sobretodo pone al receptor en un lugar de pasividad, donde lo único que importa es la emisión del mensaje.

Hacia la **reivindicación del receptor** en el circuito de la comunicación, Jesús Martín Barbero, nos facilita el concepto de mediaciones, que hace referencia a la intencionalidad comunicativa, y como un mismo mensaje puede alojar multiplicidad de sentidos, pero no sólo en su emisión sino también y más aún en la interpretación, apropiación que hace de del mensaje el propio destinatario. A medida que suceden estas apropiaciones, los mensajes se transforman, y se desdoblán en nuevas prácticas y nuevas acciones. (Martín Barbero, 2009)

Para el autor, las mediaciones “son los lugares en que la cultura se concreta, cambiando la forma en que los receptores absorben el mensaje”. De esta forma podemos hablar de la construcción de un saber colectivo, que empodere a los propios receptores, por sobre la omnipresencia de los medios.

A su vez, reconocer a un **receptor activo**, se materializa introduciendo el concepto de destinatario, el mensaje se transforma de mera información, a un mensaje pensado para quién será recibido, para que sea atractivo, comprendido más fácilmente y para quién sea más factible de apropiarse de dicho mensaje para re significarlo.

“La comunicación no se encuentra separada de las instituciones, sino que está incluida ahí” comenta Barbero, y de ahí el papel estratégico de la comunicación para transformar culturalmente. En la actualidad, el autor celebra un **habla social ampliada**, en la que herramientas tecnológicas como las redes sociales permiten extender el habla, pasar de una sociedad de donde sólo unos pocos eran escuchados, a la capacidad de convertirnos todos en creadores. Y esto también hace posible la idea de que aquello que se sabe, que sabemos, lo

sepamos entre todos. Disminuyendo la verticalidad en la producción y transmisión de mensajes.

### ***Espacios De Comunicación y Poder***

Castells, analiza la comunicación y el poder, y describe: “El **proceso de construcción de significado** opera en un contexto cultural que es simultáneamente global y local y se caracteriza por una gran diversidad. Existe, sin embargo, una característica común a todos los procesos de construcción simbólica: dependen en gran medida de los mensajes y marcos mentales creados, formateados y difundidos en las redes de comunicación multimedia. Aunque cada mente humana construye sus propios significados cuando interpreta los mensajes en sus propios términos, este procesamiento mental está condicionado por el entorno de la comunicación si las relaciones de poder se construyen en gran medida en la mente humana, y si la construcción de significado en la mente humana depende principalmente de los flujos de información e imágenes procesados en las redes de comunicación, parecería lógico concluir que el poder reside en las redes de comunicación y en las empresas propietarias. Esta conclusión puede ser lógica, pero es empíricamente errónea, porque si bien las redes de comunicación son los mensajeros, no son el mensaje. El medio no es el mensaje, aunque sí condiciona el formato y la distribución del mensaje. El mensaje es el mensaje, y el emisor del mensaje está en el origen de la construcción de significado” (Castells, 2009). Entonces, si la comunicación tiene la capacidad de facilitar la **construcción de poder**, hacer comunicación para el empoderamiento, implica amarrar su verdadero significado, poner en común, abrirse a la participación. El punto está en la capacidad de producción de mensajes, y como poner la comunicación a disposición de la preservación de los espacios colectivos de producción de sentidos, donde el saber colectivo,

la duda, la observación, el sentido común se hacen presentes; y permiten dar a conocer multiplicidad de opiniones.

Resume Castells: “La construcción independiente de significados sólo puede llevarse a cabo si conservamos esos terrenos comunales que son las redes de comunicación que Internet ha hecho posible, una creación libre de amantes de la libertad. No será una tarea fácil, porque quienes ostentan el poder en la sociedad red deben cercar la comunicación libre mediante redes comercializadas y vigiladas con el fin de cerrar la mente pública programando la conexión entre comunicación y poder.” (Castells, 2009)

## **Comunicación y Salud**

La relación entre comunicación y salud ha sido posible gracias a la **ampliación del concepto de salud** completando las explicaciones e intervenciones del campo de la medicina y la curación, con el de las ciencias sociales y la promoción de estilos de vida saludables. “El estado saludable de una población, puede ser pensado no sólo desde la esfera de la enfermedad/curación, sino de aspectos más globales como la alimentación, la vivienda, la educación, el nivel socioeconómico, la justicia social, la equidad y la seguridad.” (Regis, 2007)

Desde el concepto de la comunicación avanzar en una **comunicación aplicada**, implica necesariamente, la revalorización del destinatario, y la concepción de un concepto de comunicación en relación directa con las instituciones, la producción de sentidos sociales, la **ciudadanía** en términos de acceso a los mecanismos de producción, distribución y resignificación de mensajes.

“Pensar la Comunicación aplicada al campo de la salud implica, entre otras cosas, construir esquemas y modelos diversos que van desde los enfoques interpersonal, grupal,

intercultural, institucional hasta la intervención en los medios masivos de comunicación y las nuevas tecnologías.” (Regis, 2007)

Las intervenciones por parte de la comunicación en el campo de la salud se pueden rastrear desde 1970, a partir del movimiento conocido como “el pensamiento social en salud”, que se desarrolló principalmente en México y que tuvo como referentes a los sociólogos Juan César García y Eduardo Menéndez y dio origen a un modelo funcionalista de análisis e intervención en las prácticas y procesos de salud. (Regis, 2007)

Este nuevo enfoque, incluye en el análisis del proceso salud-enfermedad el contexto de producción del mismo. Lo cual permite que este sea mejor explicado y así poder intervenir de forma más oportuna.

“Se trata de correr la mirada epistemológica sobre el proceso salud-enfermedad del funcionalismo al marxismo. Incluir en la comprensión del campo, el contexto, la historia, los procesos de producción de los servicios de salud, los actores involucrados, las instituciones formadoras y los valores e imaginarios que sobre la salud/enfermedad se han ido construyendo en América Latina.” (Regis, 2007)

Consiste, en ubicar el proceso en tiempo y lugar de la estructura social, y en la historia particular de cada región; entender la influencia de la propia estructura en la producción y desarrollo del proceso de salud y enfermedad. Así cómo también estimular la formación de profesionales en salud.

En los 80 y 90, la **intervención en salud** tomó dos caminos, por un lado aplicó conceptos de la publicidad que llevaron al uso de los medios masivos como difusores, poniendo a la salud en un lugar de objeto comercial. Por otro lado, se desarrolló el activismo informativo, donde la omnipotencia de los medios para influir en la cultura, en los discursos sociales, fue aprovechada para su utilización estratégica y así proponer iniciativas sociales o políticas sanitarias.

Sumado a esta **visión instrumentalista** de la comunicación en el campo de la salud, podemos encontrar la comunicación alternativa. En esta última el rol del comunicador pasa de ser un facilitador tecnicista, a un educador de procesos sociales ocupado de garantizar el acceso a la salud. Se abre una perspectiva de experiencia social y disciplina, donde la comunicación es un espacio para la reflexión de las prácticas de salud y la posibilidad de dar “voz a los sin voz”. Así, el rol del comunicador esperado, es el de profesional de los medios, y técnico en gestión, donde la comunicación puede ser estratégica, institucional, de planificación y prospección de los resultados, con una mirada enfocada en las necesidades del destinatario.

Por último existe una visión aún más ampliada, en donde el comunicador es productor de **procesos de reflexión y cambio social**, conjuntamente con otros trabajadores de la salud.

Aquí se incluyen los procesos culturales como articuladores de las prácticas situadas de comunicación con los movimientos sociales. Desde esta particularidad, es que el comunicador aborda los procesos de salud. En estos términos, la comunicación es conceptualizada como “el conjunto de intercambios que constituyen la red discursiva sobre salud-enfermedad en una sociedad en particular. Esa “red” es tejida por las prácticas productoras de sentido de los diferentes actores sociales: en este caso son las instituciones de salud, el estado, los sujetos sufrientes, etc., y que se expresan en sus discursos” (Regis, 2007)

### ***Concepciones En Salud***

Ezekiel J. Emanuel y Linda L. Emanuel desarrollan en su texto “ Cuatro modelos de la relación médico-paciente” una clasificación de la interacción entre estos sujetos basada en los **objetivos** de la relación, las obligaciones del profesional, los **valores** del paciente y la **autonomía** que establece respecto de su tratamiento. Estos modelos, según los autores,

constituyen ideales normativos que describen características fundamentales que presenta este tipo de relación.

El modelo **Paternalista** alude a la interacción en la cual el médico, propietario de un conocimiento objetivo, selecciona cuáles serán las **pruebas diagnósticas** y los **tratamientos** adecuados para conducir al paciente a restaurar su salud. Estas decisiones se determinan de acuerdo a los conocimientos del profesional, que se ponen a mayor jerarquía que los deseos del paciente, apelando a su bienestar. “El médico actúa como tutor del paciente , determinando y poniendo en práctica aquello que sea lo mejor para él”. Es obligación del doctor poner por sobre sus propios intereses, los del paciente, tanto como verificar su opinión con la de otros colegas para garantizar la **objetividad del conocimiento**.

El modelo **Informativo** se caracteriza por una relación en la cual el médico proporciona datos sobre su enfermedad y las intervenciones que se ajustan a su necesidad según los conocimientos del profesional, para que en base a eso el paciente decida de acuerdo a sus valores. Esta propuesta se diferencia al tener en cuenta la incertidumbre del conocimiento médico, y la definición clara de los valores del paciente, en la que **los valores del doctor no pueden intervenir**. Es obligación del profesional brindar exhaustivamente datos para que el paciente de manera autónoma tenga el control sobre la decisión de su tratamiento.

En el modelo **Interpretativo** el médico asume un rol de **consejero** para con el paciente, al cual guía en pos de reconstruir sus objetivos, sus aspiraciones y sus prioridades, para así aclarar los valores que lo guiarán de manera autónoma a elegir su tratamiento. A diferencia del modelo anterior, en esta propuesta se tiene en cuenta que a menudo los valores del paciente no se encuentran claros o del todo definidos, por lo que el médico tiene la obligación no solo de proporcionar información sobre su enfermedad y las intervenciones

médicas posibles de efectuar, si no incorporarlo al **proceso general de análisis** en el camino por encontrar el tratamiento que condiga de mejor manera con sus intereses.

El cuarto modelo, descrito por los autores es el **Deliberativo**. En este tipo de relación la **autonomía del paciente es entendida por el médico como autodesarrollo moral**, necesario para ser capaz de analizar los distintos valores relacionados a la salud y sus implicaciones en un tratamiento. El médico actúa como un maestro que invita al debate o deliberación mediante la cual el paciente decidirá de manera autónoma por cual opción optar , es obligación del doctor tener presente que muchos elementos de la moralidad no están relacionados con la salud del paciente y que no se encuentran al alcance de su comprensión profesional .

### ***El Modelo Médico Hegemónico***

Este modelo se constituye e instituye en los países capitalistas centrales, cuando la relación de clases fundamentales se establece a través de la dicotomía burguesía-proletariado. Según Eduardo L. Menéndez dicho paradigma aparece asociado en su desarrollo a la lucha sobre una serie de padecimientos vinculados a las condiciones de vida de las clases subalternas, quienes en consecuencia se convierten en agentes de propaganda de este tipo de práctica médica.

“El Modelo Médico es en consecuencia reconocido por el conjunto de las clases sociales como el medio **más eficaz de cura y de control** de determinadas enfermedades y “desviaciones” (Menéndez, 1985). Esta relación con la clase obrera operó predominantemente en el plano curativo y secundarizó las políticas preventivas en temática de salud laboral.

Las características predominantes de este paradigma son su biologismo, ahistoricidad, asocialidad, pragmatismo, individualidad, participacionismo subordinado, entre otras.

Atributos que ignoran o dejan de lado el contexto colectivo en el cual se contiene a un sujeto, entendiendo que los factores etiológicos y curativos se atribuyen sólo a la persona que es considerada siempre como “paciente”, sin interpretar cuán determinado se encuentra éste por ser trabajador en un determinado proceso productivo.

“La práctica médica convierte el problema específico en un problema abstracto, donde lo determinante es lo genérico, y no la situación específica del trabajador...” (Menéndez, 1985). Este modelo interpreta la enfermedad “en sí” , desatendiendo la red de relaciones sociales, ideológicas y productivas que componen la salud integral del trabajador. Históricamente, este paradigma pone en acento unos u otros atributos en el análisis de las patologías según las condiciones sociopolíticas dominantes. Esta jerarquización de los factores a tener en cuenta en el diagnóstico global de un paciente se expresa a través de distintas funciones que cumple el modelo respecto del Estado, que según describe E. Menendez son cuatro. A) curativo-preventiva; B) normalizadora; C) de control y D) de legitimación.

La primera función, la **curativo-preventiva** es la que predomina en el campo institucional médico, reconocida como más importante y relevante. La función curativa y secundariamente la prevención se materializan como las más frecuentes con las cuales se identifica la práctica médica. El resto de las funciones necesitan manifestarse a través de esta primera, de acuerdo a los objetivos que certifiquen.

E. Menendez plantea que la atención primaria curativa no sólo reproduce el modelo, sino que tiende a legitimarlo. No constituye “en sí” una estrategia de prevención si no que en general racionaliza y refuncionaliza el modelo médico, de manera que sirve a legitimar más que generar una acción modificadora de las condiciones de salud-enfermedad, atendiendo a las intenciones de los inversionistas de la salud. Las acciones preventivas implicarían la cooperación de colectivos sociales a través de participación comunitaria que en general se

propicia de forma pasiva, subordinada, que no interviene en los niveles decisorios. En el modelo médico hegemónico no se han impulsado experiencias de participación real, dado que las inversiones de salud siguen orientadas hacia los recursos humanos y los medicamentos.

### ***El Derecho A La Salud***

“A los **derechos sociales** se los relaciona con derechos a **prestaciones positivas** por parte de los poderes públicos para con la población y que ellos están conectados con la idea de igualdad” (Rosetti, 2018)

El derecho es un instrumento vinculado con el poder en términos políticos, económicos o sociológicos que surgen a fin de favorecer la convivencia social. Pese a esto suele ser usado en sentido contrario ya sea para mantener status quo o generar relaciones asimétricas de dominación.

En su texto “Los derechos sociales como derechos fundamentales. Reflexiones introductorias en un libro sobre derecho a la salud (mental)” Andres Rosetti expone que los derechos fundamentales, como elige llamar a los derechos sociales, se pueden ejemplificar citando el derecho al trabajo, a la salud, a la instrucción, a la asistencia y seguridad social, entre otros, todos aquellos que se encuentran expresamente reconocidos en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el cual reconoce a “toda persona” el derecho al máximo disfrute posible de salud física y mental.

El texto de Rosetti cita el informe “Vidas Arrasadas” publicado por el CELS y el Mental Disability Rights International (MDRI) en el año 2007 el cual describe que alrededor el 70% de las personas internadas en hospitales psiquiátricos de la Argentina son “**pacientes sociales**”. Lo que significa que se encuentran expuestos a una internación de duración indefinida por falta de acceso a sus derechos sociales. En los años 2014 y 2015 se llevó a cabo un estudio que investigó estas problemáticas de carácter **multicéntrico** titulado

“Barreras para la inclusión social de las personas con padecimientos mentales en proceso de externación de instituciones de salud mental en la Ciudad de Buenos Aires y las Provincias de Buenos Aires, Córdoba y Mendoza”, financiado por el Ministerio de Salud de la Nación. El informe final constató que en cuanto el Derecho a la salud las personas externadas continúan recibiendo la atención provista por el hospital psiquiátrico, pero aún así se distinguieron situaciones de discriminación en hospitales generales. Respecto de la vivienda, personas con internación prolongada perdieron alternativas previas a la exclusión relacionadas con la pérdida de titularidad, falta de vínculos o limitaciones de ingreso. Relativo al trabajo, quienes fueron consultados se encontraban desempeñando actividades tanto poco calificadas como remuneradas, consecuencia de relaciones de discriminación en acercamientos al trabajo formal.

El aporte de esta investigación en el texto de Andres Rosetti denota una justificación y ejemplificación de la **implicancia** que existe entre la salud y los derechos de las personas, dimensiones que condicionan la integridad de los seres humanos. Describiendo cómo la vulnerabilidad de los derechos se manifiesta en quienes padecen condiciones vulnerables respecto a su salud. Es un aspecto problemático a considerar, el hecho de tener que “discapacitar” a alguien para que pueda acceder a un derecho, en cuanto a garantizar cupos laborales o planes de vivienda. Las problemáticas de vivienda, trabajo y educación tienen un impacto en la salud mental. El padecimiento mental se vincula con las condiciones y relaciones sociales en que se genera.

Los **servicios de salud** en su mayoría se estructuran para abordar problemáticas “orgánicas” de diversos tipos, atendiendo en especial a la dimensión física de la salud. Esta distinción entre “salud física” y “salud mental” no implica reivindicar el dualismo mente-cuerpo, sino que, como plantea Stolkiner (2012), se conserva el adjetivo “mental” como estrategia analítica para aludir a la especificidad de este subcampo dentro del campo de

la salud, que se define por las instituciones y los actores que lo configuran, y por las formas particulares de producción de sentido que le son propias. Frente a estos servicios se ubican aquellos que abordan aspectos relacionados con la subjetividad del ser humano, sin dejar de atender la implicancia que existe entre mente - cuerpo - sociedad en la integridad de los sujetos.

Andres Rosetti expone que en la actualidad, las normativas en salud mental proponen significativos cambios en el sistema de atención sanitaria, que incluyen el cierre definitivo de los manicomios, la sustitución de estos por dispositivos relacionados a la participación comunitaria y la activación de una red de servicios de base territorial. Este planteamiento propone dejar de lado el manicomio como eje del sistema ubicándolo como última de las opciones, frente a lo que se intenta diseñar un sistema que no se active sólo al momento de la resolución de situaciones de crisis y urgencias, sino “un despliegue de intervenciones diversas, oportunas y adecuadas que aborden y prevengan el malestar psicosocial de los miembros de una comunidad antes de que el mismo se manifieste en dichos cuadros críticos” (Rosetti, 2018).

Este texto invita a concebir la salud mental como un **proceso**, el cual se encuentra sujeto al respeto fundamental de los derechos humanos y sociales de las personas. El proceso es determinado de manera múltiple por determinaciones que condicionan la salud integral de los sujetos, por lo que un equipo médico debería componerse de manera tal que pueda trascender la “asistencia médica tradicional” es decir centrada en la enfermedad y su correspondiente medicación para el caso particular, e inclinarse por un trabajo **interdisciplinario e intersectorial** para lograr captar la integralidad en la cual se circunscribe el proceso salud-enfermedad. La intersectorialidad entiende que aquellos factores como el trabajo, la vivienda, educación, desarrollo social impactan sobre el proceso de salud integral

de los sujetos. Por lo que propone un abordaje anclado a garantizar la comprensión de estas variables para llevar a cabo el desarrollo de un tratamiento médico.

### ***Participación Social en Salud***

Desde la década de los setenta la **participación social** ha sido reconocida en el campo de salud, como una de las actividades básicas de las políticas de atención primaria de la salud. En el caso de América Latina ha sido propuesta como una actividad de intervención necesaria en el **proceso salud/enfermedad/atención**<sup>11</sup>, y a su vez ha atravesado diferentes campos de conocimiento y **acción social**, como lo educativo.

Históricamente, en la época en que surge el concepto, se podía visualizar pragmáticamente en la actividad social de diferentes actores sociales, se trata de procesos de participación colectivos configurados en base a particularidades culturales, ideológicas, étnicas e identitarias. La participación social y la alteridad, resultaban recursos utilizados por diversos sujetos y grupos, como modos de expresión específicos. (Menendez, 2006)

El concepto se desarrolla en base a que fue apropiado por corrientes teóricas que consideran que el capitalismo favorece la conformación de de una sociedad individualista.

La participación social, aparece como un mecanismo de oposición a lo institucionalizado, sin embargo debe ser constante y continua. Consiste en un ejercicio de cuestionamiento de aquello reificado, donde los sujetos experimentan su propio poder y posibilidades. La PS supone el desarrollo autónomo del sujeto, y con ello un ejercicio constante de democratización e incluso ciudadanía al pensarlo en clave de toma de decisiones. (Menendez, 2006) Además aparece como un mecanismo de transformación social

---

<sup>11</sup> Def. Proceso salud/enfermedad/atención: El proceso salud-enfermedad-atención es una construcción individual y social mediante la cual el sujeto elabora su padecimiento, que condiciona los tipos de ayuda a buscar. La percepción de este complejo proceso es personal y subjetiva y sólo puede comprenderse contextualizada en el universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, así como de las condiciones materiales de vida. (Sachi, Hausberg, Pereyra; 2007)

y del propio sujeto. Encuentra fundamento a partir del reconocimiento del proceso relacional de construcción del sujeto, no se trata de un acto individual sino del encuentro con otros.

Existen diferentes **tipos de desarrollos de participación social** en salud, en base a su objetivo se pueden diferenciar: a) aquellas con un objetivo expreso de mejorar el estado de salud, b) aquellas que sumado a este objetivo pretenden legitimar al Estado o grupo que impulsa la actividad, c) participación para la organización de un grupo en el que el proceso s/e/a es el eje central, d) la PS como mecanismo de solución parcial, e) La PS como proceso que asegura la continuación de prácticas médicas entre otras. (Menendez, 2006).

Existen dos acepciones funcionales de la PS en términos de participación comunitaria: “El fin de todo programa de organización y desarrollo de la comunidad es capacitar a la gente de la comunidad para que resuelva sus problemas por sus propios esfuerzos y logre el mejoramiento de su vida... (se debe) estimular, movilizar y asesorar a los vecinos y líderes de la comunidad en el desarrollo de la ayuda mutua y el esfuerzo propio...” (Ware, 1962), hace referencia por ejemplo a la forma adoptada por la mayoría de las ONGs. Por otro lado, la participación social puede estar definida como “el proceso que permite el desarrollo de la población incorporando su capacidad creadora, expresando sus necesidades y demandas, defendiendo sus intereses, luchando por objetivos definidos, involucrando a la comunidad en su propio desarrollo y participando en el control compartido de las decisiones”, esta acepción fue tomada por los sanitaristas que consideraban a la atención primaria, un proceso integral.

Las principales actividades de PS realizadas por los diferentes tipos de instituciones y organizaciones son: a) formación de promotores, agentes, animadores, etc., frecuentemente polivalentes; b) adiestramiento de personal experto en actividades de planificación familiar o de programas alimentarios c) formación de comités de salud; d) promoción y formación de grupos de autoayuda, de detección y trabajo con redes sociales; e) realización de tareas de educación y/o concientización de la población sobre las causas y soluciones de sus

principales problemas de salud; f) favorecer e intervenir en la organización profesional de los promotores, de los curadores populares; g) favorecer la organización de la comunidad para actividades de asistencia y prevención específicas y/o para demandar y/o para luchar por problemas específicos (obtención de agua) o por problemas genéricos; entre otras. (Menendez, 2006)

Para orientar la participación social, podemos clasificarla en base a tipos de grupos sociales en los que se inscribe. Menendez describe tres grupos, el primero de ellos es personas y microgrupos espontáneos: este incluye los grupos domésticos, los grupos de pares, los laborales a nivel de pequeño grupo, por lo general la participación social se traduce en autoayuda y actividades de sostén. En segundo lugar se encuentran microgrupos y mesogrupos contruidos: incluye grupos organizados intencionalmente, en defensa de la prevención o demanda de un tema específico. Y por último aquellos macrogrupos: refieren a grupos, que en algunos casos se constituyen a partir de los anteriores, en la medida que se incluyan momentánea o permanentemente en organizaciones o procesos más amplios. Aquí colocamos los movimientos sociales en salud, que pueden incluir diferentes sectores, requiere de la pertenencia a una organización por mínima que sea.

Menendez rescata la visión necesaria de la participación social, cómo práctica estructurante, que debe permanecer en el tiempo, y que debe tener en cuenta no sólo aquellos términos pragmáticos de transformación social sino también en términos contextuales de desnaturalización y modelos instituyentes, donde se cuestione teórica e ideológicamente.

### ***Salud Comunitaria: Representaciones Sociales De Los Jóvenes Acerca De La Salud***

En base a los resultados de un estudio realizado por Marcelo Barbieri y Joaquin Mirkin en el Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales

de la UBA, los jóvenes refieren a la salud desde dos concepciones diferentes. En primer lugar, lo que llaman la base orgánica, en donde la salud se asocia al buen funcionamiento del cuerpo y la ausencia de enfermedad, y en segundo lugar –en su mayoría de la ciudad de Buenos Aires– se inclina por un concepto de salud ampliado que integra cuerpo y mente e incluye, además, prevención.

Dos factores fundamentales influyen en la salud de los jóvenes de hoy: el estrés psicosocial, por un lado, y el grado de apoyo que reciben de la sociedad, por el otro. Hay diferencias, además, entre varones y mujeres: los hombres se muestran más interesados por lo orgánico mientras que las mujeres incluyen una gama de aspectos que tienen que ver con lo psicológico, lo cognitivo, lo afectivo, etc. Esta segunda posición coincide con el rol que les asignan las sociedades a las mujeres como cuidadoras de la salud.

Los problemas que más preocupan a los jóvenes son el sida (88%) y las adicciones. Sin embargo, cuando se les pregunta normalmente sobre estos temas, queda al descubierto un prejuicio bastante común: el síndrome del sida es un problema de riesgo para los demás y no para uno. De todas maneras, los entrevistados mencionan las siguientes soluciones: realización de charlas en escuelas, ser escuchados y comprendidos, y aumentar las posibilidades de tener acceso real al sistema de salud. Hay algo que llama la atención: los jóvenes reclaman la falta de acceso a médicos, psicólogos, nutricionistas, farmacéuticos, enfermeros, trabajadores sociales, docentes, etc. (Sonis, Bello y De Lellis, 2010).

## **Comunicación Institucional**

Se entiende a la Comunicación Institucional como el **sistema de intercambio** de datos, información, ideas y conocimiento que se establece entre las instituciones públicas y

privadas, nacionales e internacionales por un lado, y su público real y virtual, por el otro. Diferenciando a la comunicación **interna y externa**.

La primera se puede definir como: “Conjunto de procesos de interacción interpersonal, organizacional e inter-organizacional que se establece entre los miembros, en cumplimiento de los objetivos institucionales y en defensa de las estrategias de sobrevivencia de los involucrados”.

En cuanto a la comunicación externa, se trata de un : “Conjunto de actividades y proceso cuya finalidad es la de proveer informaciones, desarrollar e inhibir actitudes y dotar de nuevas habilidades y destrezas, en el marco del tipo de servicios específicos que brinda la institución, a sus públicos meta reales, virtuales y potenciales”.

### ***Comunicación Estratégica*** ® <sup>12</sup>

“Es una disciplina destinada a optimizar la función comunicación de las organizaciones. Propone una hipótesis de trabajo, orientada a ofrecer a los máximos responsables del área un marco referencial y operativo lógico, desde el cual puedan tomar decisiones y actuar.” (Scheinsohn, 1993)

La **función es la creación de valor**, en cuanto la organización cada día representa algo más valioso para sus públicos. El autor, diferencia la comunicación táctica, aquella que aborda los problemas del día a día, de la comunicación estratégica. Esta última, articula las disciplinas tácticas focalizándose en la administración del proceso global y estratégico correspondiente a la creación de valor, mediante el conocimiento de los públicos y sus intereses. A su vez, la comunicación estratégica deberá contribuir al desarrollo y aprendizaje organizacional y gestionar la reputación.

---

<sup>12</sup> (Marca registrada, Daniel Scheinsohn)

## *Dimensiones De Abordaje De La Comunicación Institucional*

La comunicación estratégica se sistematiza mediante temáticas de intervención, que son los campos operativos interrelacionados y multideterminados sobre los cuales la disciplina diagnóstica, pronóstica e interviene.

Daniel Scheisohn en su texto “Dinámica de la comunicación y la imagen corporativa” expone que la realidad de una institución es el conjunto de rasgos y circunstancias objetivas acerca de la existencia de la organización, inabarcables en su totalidad. La **personalidad** corporativa es el recorte que se lleva a cabo, privilegiando en la observación, unos elementos sobre otros en la realidad en la que se está inmerso. Esta descripción de la realidad se define fragmentaria.

Dentro de la personalidad se pueden identificar elementos centrales que conforman esta realidad corporativa:

-Misión: Razón de ser de la empresa.

-Visión: Lo que la empresa es y quiere llevar a ser. Modelo ideal.

-Objetivos: Propósitos concretos a corto y mediano plazo.

-Destrezas: Hábitos característicos del comportamiento de la organización que la diferencian frente a otras.

- Valores y creencias: Creencias son aquellas ideas o principios que una empresa acepta como válidos, los cuales son las bases de sus acciones. En cuanto a los valores, D. Scheinsohn entiende que son cualidades que la empresa desea alcanzar y/o mantener en su práctica.

El autor entiende que existen tres niveles dentro de la personalidad institucional **endo-personalidad, meso-personalidad y exo-personalidad.**

Endo-personalidad, la cual incluye a la misión, los objetivos, los supuestos y las actitudes. Los supuestos son el componente con el que los miembros de una organización perciben, piensan, juzgan y luego actúan en consecuencia.

La meso-personalidad comprende los sistemas, el carácter y las destrezas. “Las decisiones que toma la dirección superior fijan el rumbo de la institución, el carácter determina su fortaleza; los sistemas la eficiencia, y las destrezas la calidad, el desempeño” (Scheinsohn, 1998).

La exo personalidad se encuentra compuesta por el cuerpo corporativo que es el “medio por el cual toda la personalidad corporativa se expresa” (Scheinsohn, 1998). Las instalaciones, equipamientos, recursos, tecnología e inversiones.

En cuanto a la **identidad** de la organización, Daniel Scheinsohn entiende que se compone de una conjunción “aquello con lo que la empresa ha nacido, y aquello en lo que la empresa se ha convertido, pero sobretodo, aquello que la empresa dice ser”. A partir de la elaboración de un **Proyecto corporativo**, que surge como orientativo de un rumbo determinado, con políticas de acción determinada, en el que la organización reflexiona sobre sus principios fundacionales, su historia y sus aspiraciones. Es decir, la identidad se configura a partir de aquellos rasgos pertenecientes a la realidad organizacional, de la cual la organización identifica sus atributos óptimos de ser compartidos, los cuales son asumidos como propios de manera que los diferentes públicos los identifiquen a partir de estas características. Es así cómo se compone el **texto de identidad** de la organización.

La **identidad** son todos aquellos rasgos que caracterizan y diferencian la organización. Existe una identidad físico-visual, la cual se compone de un nombre, logotipo, símbolo, colores corporativos, arquitectura, decoración, lemas, señalización, todos los identificadores que permiten el reconocimiento de la misma por parte de sus públicos.

El autor define el discurso elegido por una organización, como una configuración espacio-temporal de sentido. Es la forma de autorepresentación que la organización asume.

Existen diferentes **tipologías discursivas**: (Scheinsohn, 1998).

Autorreferencial: pone en énfasis la identidad del emisor, la organización expresa lo que ella es, y se posiciona como centro gravitacional del acontecer

Actividad: La organización expresa lo que hace y saber hacer, está orientado al sector de la actividad en que se desempeña.

Vocación: Exalta el beneficio que ofrece a sus públicos, se pone en foco las necesidades de los interlocutores, es de carácter “marketinero”

Relación: Expresa la relación que mantiene con sus públicos y el compromiso con ella.

Scheisohn entiende que a través de toda la información que los públicos de una organización reciben sobre la misma es que construyen un concepto acerca de ella. Es así que el autor define la **Imagen** como la síntesis mental que los públicos forman sobre los actos de una institución, sean o no de naturaleza específicamente comunicacional. Por lo que la imagen se compone de la conceptualización que elabora el público. Ante la emisión por parte de una organización, los sujetos no reaccionan pasivamente, ellas organizan activamente los hechos seleccionando, percibiendo, articulando e interpretando de una manera determinada. La estrategia mediante la cual es posible gestionar indirectamente la imagen corporativa es a través de la comunicación corporativa, creando un marco referencial y operativo lógico desde el cual tomar decisiones y accionar en consecuencia.

Según Scheisohn, existen factores mentales que intervienen en la configuración de la imagen, consecuencia de sus propios procesos mentales. Por un lado la **exposición selectiva**, que refiere a que en general los sujetos se exponen a mensajes con los que se encuentran de acuerdo, que refieren a sus propios intereses. En consecuencia, realizan **percepciones**

**selectivas**, negándose a los mensajes que no se corresponden con sus intereses, para lo cual los modifican o reinterpretan desvincularlos de su sentido original. La **memorización selectiva** configura también la imagen, la cual queda expuesta ante el olvido, si no se produce el proceso de acumulación y sedimentación de los elementos que el público percibe de los mensajes no se compone la imagen pretendida. Otro factor es la **capacidad receptora limitada del público**, el cual se encuentra expuesto a una masividad de mensajes que los empujan hacia una forzosa selección, que se corresponde con las expectativas de cada uno de los sujetos.

La representación mental cognitiva-afectiva que los públicos construyen de la institución, es en gran medida consecuencia de la calidad de la relación que se establece entre ambos, este **vínculo** se articula a través de la comunicación externa. Los sujetos crean expectativas al respecto de las relaciones o contactos posteriores entre ambos. A partir de la identificación de la institución es que se hace posible la **diferenciación** que harán los públicos frente a otras organizaciones.

En ciertas oportunidades sucede que la **imagen generada** en los públicos no es compatible con lo que la institución desea proyectar. Las razones que dan origen a este problema son múltiples y deben recibir un abordaje desde lo comunicacional para poder encauzarlo, volviendo hacia los **atributos identitarios** que la organización quiere ver reflejados en su imagen y a los públicos a los que pretende llegar.

Sanz de la Tajada sostiene el concepto de “**Imagen controlada**”, guiada por la voluntad de la organización, buscando producir el efecto deseado. Las acciones que propone esta perspectiva son por un lado “No sistémicas” es decir que se realizan de forma desestructurada fuera del plan de comunicación, sin mantener una continuidad en el tiempo. Por otra parte se encuentran las planificadas y sistemáticas, aquellas que buscan resultados

específicos, que posteriormente deberán ser cuantificables, realizadas a partir de una estrategia con el uso de recursos técnicos, económicos y humanos asignados.

Scheinsohn propone una **perspectiva vincular**, esta perspectiva resulta la mejor forma operativa para abordar la problemática de la relación que mantiene una organización con cada uno de sus públicos. El principio que sostiene esta teoría, es que entre cada organización y cada público, se configura un **vínculo** particular.

Si bien existe un vínculo diferente con cada público, este vínculo se inscribe, es decir está determinado por un vínculo genérico que lo contiene.

La determinación del vínculo es un instrumento de gestión para que quien opere la comunicación, pueda tener un marco referencial para la toma de decisiones, analice las dinámicas de relación con los públicos, diseñe los mensajes clave y pueda pensar acciones articuladas entre los objetivos de la organización y las expectativas del público. (Scheinsohn, 1998).

A raíz de que los públicos no son homogéneos, podemos hablar de **grupos de interés** donde la clasificación es realizada teniendo en cuenta el interés de los mismos por diversas temáticas, facilitando la agrupación en casos de alta heterogeneidad. Considerarlos grupos de interés implica tener en consideración que estos públicos tienen objetivos propios y que se pueden ver afectados (positiva o negativamente) por el accionar de la organización.

La **segmentación** de los públicos consiste en reconocer y comprender cada uno de los segmentos del público, “para que nuestros mensajes logren responder a los intereses y expectativas de los diferentes públicos, no nos podemos contentar con llegar a todos con un único mensaje, sino que debemos diferenciarlo”. Entonces, la segmentación consiste en elaborar una **adaptación del público** a las expectativas comunicacionales de la organización, mientras que la diferenciación de mensajes es una adaptación de la empresa a las expectativas del público (Scheinsohn, 1993).

Para cada grupo de interés se debe elaborar un mensaje clave. Esto es una instancia de planificación de mensajes acordes a las características del público, una acción previa a la efectivización de dicho mensaje. Es decir, el mensaje clave “es un resultado comunicacional que se propone lograr en un público a través del planeamiento, diseño y transmisión de todos los mensajes dirigidos a dicho público, con el propósito de conseguir un impacto determinado”. (Scheinsohn, 1993)

Para visualizar los vínculos y poder aplicar una estrategia de comunicación específica para cada uno de ellos, se elabora un **Mapa de públicos**. Es un documento que nos permite visualizar cómo el público se segmenta, en base a diferentes categorías descriptivas de dicho público y las características de la relación que este tiene con la organización. Pretende ser un instrumento que sirva para representar, de una manera inteligible, el complejo proceso comunicacional en el que la empresa está inmerso.

El **posicionamiento** es el conjunto de actividades que se llevan a cabo con el objetivo de conseguir una posición valiosa en la mente de los públicos. “Si tomamos conciencia de que las personas poseen determinados mapas de la realidad y logramos posicionar a la empresa, encuadrando a la comunicación dentro de estos esquemas de pensamiento de los públicos, tendremos la oportunidad de establecer interacciones eficaces con ellos” (Scheinsohn, 1993)

La segmentación y la diferenciación de los mensajes se articulan en el accionar del posicionamiento.

El autor describe tres **niveles de análisis del posicionamiento**, el primero es el del segmento, que refiere a aquel que es analizado con un público en particular. El segundo es el posicionamiento corporativo que es un posicionamiento síntesis de la totalidad de los posicionamientos segmento. Y por último, el posicionamiento genérico, que constituye una

categoría de análisis referida a las empresas análogas para establecer una comparación referencial.

La **clasificación de los grupos de interés** se realiza mediante variables tipológicas, que pueden describir el poder de los públicos, la importancia, la posición en cuanto a la relación existente o no con la organización, su composición, el conocimiento de la organización que poseen y la influencia que tienen.

Por otro lado se utilizan descriptores para dar cuenta de las características de los grupos, estos pueden ser geográficos, sociales, económicos, demográficos, psicográficos, de comportamiento, entre otros.

Otra de las temáticas de intervención de la comunicación estratégica, es la comunicación corporativa. Scheinsohn define los **axiomas exploratorios de la comunicación** a modo de marco conceptual.

El primer axioma es “la imposibilidad de no comunicar”, es decir no existe la posibilidad de “no comunicar”, todo intento por no comunicar resulta en una “comunicación negativa”, esto es porque la “no comunicación” es sinónimo de “no conducta”, lo cual es imposible.

El segundo axioma es que “existen dos niveles de comunicación”, el primer nivel es de contenido y el segundo el de relación. “El nivel de contenido está definido por los datos, la información que lleva cada mensaje” (Scheinsohn, 1993); aparte de la información las personas sumamos la transmisión de la interpretación de dicho mensaje, y este es el nivel de relación.

El tercer axioma habla de los dos tipos de lenguajes que existen, “el análogo y el digital”. Cuando la cosa representada es similar al original se trata de un lenguaje analógico. Cuando es representado mediante una palabra, oral o escrita, es lenguaje digital. Mientras que

el analógico se comprende por semejanza con la realidad, el digital se comprende a través de una convención semántica situada.

El cuarto axioma es la “**puntuación y secuencia de los hechos**”, que describe el desarrollo de la comunicación como una secuencia dinámica e ininterrumpida, los interlocutores definen la puntuación y secuencia, y a partir de ellas sus conductas. Si hay una mala interpretación de esa puntuación, podría desencadenar en conductas muy diferentes a las esperadas.

El quinto y último axioma es el de la “**interacción simétrica y complementaria**”, que consiste en las interacciones basadas en la igualdad o en la diferencia. En el caso de las de igualdad, las conductas se igualan recíprocamente. Mientras que en la complementaria, existiendo una diferencia, las conductas se complementan entre sí, configurando una situación distinta a la original.

Teniendo en cuenta estos axiomas, el autor define los tipos de mensajes posibles:

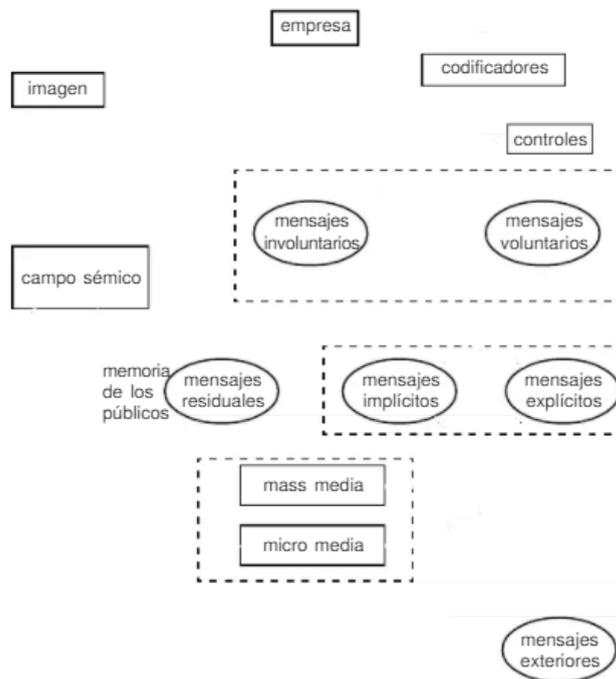
Mensajes intencionales: cuentan con un proceso de codificación técnicamente asistido, con propósito de generar un efecto.

Mensajes no intencionales: cuando la organización genera un mensaje sin habérselo propuesto. Si bien existen formas de corrección, la organización pierde gobernabilidad de la comunicación en estos casos.

Ambas categorías de mensajes se pueden clasificar en: explícitos o implícitos. En aquellos explícitos, predomina lo denotativo y manifiesto. Mientras que en los implícitos, predomina lo connotativo, tácito.

Por último, existen los mensajes residuales. Teniendo en cuenta que toda organización cuenta con una historicidad, aquellos mensajes que prevalecen a través del tiempo en la mente de los públicos son llamados por el autor residuales, pueden ser negativos o positivos.

## *El Circuito De La Comunicación*



Para explicarlo recurrimos a las palabras del autor: “El circuito lo comenzamos arbitrariamente a partir del elemento empresa o organización , definida como un sistema integral comunicacional. El segundo elemento lo constituye el subsistema definido por los mensajes intencionales y mensajes no intencionales. Los mensajes intencionales podemos observar que pasan por procesos de codificación y control. (..) El **proceso de codificación** consiste en saber articular los propósitos de comunicación —contenido y relación— con la creatividad aplicada. El control se refiere a las operaciones tendientes a: la búsqueda de datos que permitan orientar la evaluación (sondeos, encuestas, censos, grupos de foco, etc.), verificar que los mensajes realmente hagan referencia a lo que deben referir, asegurar la adecuada transmisión de los mensajes.

Otro elemento descrito en nuestro circuito comunicacional, lo constituye el subsistema que conforman los **mensajes explícitos y los mensajes implícitos**.

El subsistema que conforman los mass media y los micromedia hace referencia a las diferentes clases de canales por los que puede circular el mensaje. Mientras que los mass

media son medios de alta difusión, los micro media son canales de comunicación selectivos. Comparados con los mass media se trata de canales interpersonales. En los micro media, los interlocutores pueden intercambiar sus roles protagónicos, los mensajes son más o menos personales. Los mensajes residuales tienen su propio canal, la memoria de los públicos.

Otro elemento del circuito comunicacional, lo constituye el **campo sémico**, que es la configuración espacio-temporal en donde confluyen la totalidad del material significativo y en donde interactúa un complejo entramado social. Nos queda por abordar el elemento imagen. Podríamos decir que este elemento es el origen y la resultante (causalidad circular) de la gestión comunicacional.”

### ***Redes Sociales***

Las redes sociales online se crearon basadas en las redes sociales convencionales, intentando imitar las características de los lazos de interacción humanos y reproduciendo los escenarios donde estos se conforman, con el fin último de **crear comunidad**. El feedback que otorgó la aparición de la Web 2.0 permitió la comunicación e interacción de personas conectadas a internet, para luego, a través de **plataformas digitales**, entablar conexiones sociales, no para reemplazar las tradicionales, sino para funcionar como complemento de ellas ayudando a mantener los contactos que se pretenden conservar a pesar de existir una distancia física entre los individuos. (Ensinck, 2008).

Pese a que las redes online aparecieron como un complemento de las redes convencionales, actualmente cuentan con una función simplificadora, también permiten la **interacción** entre usuarios y las marcas que estos desean seguir/consumir. Por lo cual, es necesario que las empresas u organizaciones posean un **plan estratégico** de presencia en las redes sociales virtuales que les proporcionen una apreciable exposición de su marca. La elección de las plataformas debe atender a la identificación de su público objetivo, en qué

espacio virtual interactúan, por lo que es innecesario y no recomendable intentar abarcar todas las redes, fuera de sus objetivos inmediatos. Reconocer cuáles son las plataformas en línea que deben tener en cuenta para empezar a comunicarse con sus consumidores y entablar relaciones.

“Las posibilidades con las que cuentan las organizaciones de interactuar con el consumidor en tiempo real supone una oportunidad para generar vínculos de afinidad con sus clientes y estrechar relaciones personalizadas: es posible ofrecer información actualizada, solucionar conflictos de forma inmediata y estimular la participación del usuario generando contenido de interés común ” (Ojeda y Grandío, 2012).

### ***Facebook***

Facebook es la red social **más utilizada** en el mundo, con más de 1.490 millones de usuarios activos. Nacida en 2004, en la actualidad es la red más versátil respecto del contenido que se comparte en ella. Textos, enlaces, fotos, videos, juegos, aplicaciones, múltiples formatos que le otorgan flexibilidad de usos.

Según Puig, la clave de su éxito radica en que los usuarios registrados ingresan a la red con el principal objetivo de localizar y contactar a sus amistades, por lo que utilizan sus datos reales al comenzar a formar parte de la red. Por lo que Facebook se ha convertido en una gran base de datos verídicos, lo que ha sido fuente de uso para crear publicidades asertivas en múltiples oportunidades.

Para el uso organizacional, esta Red social, aporta múltiples oportunidades para generar un contacto con los usuarios y/o consumidores. Dar a conocer la **situación actual** de la organización, incrementar la presencia de la marca con contenido interesante a las búsquedas de los usuarios, comunicar el proyecto, localizar usuarios relevantes, hacer

encuestas sobre la opinión de los públicos, hacer promociones y concursos, utilizar grupos para crear comunidades, entre otras opciones que brinda la red.

Según Victor Puig, existen **3 tipos de presencias en Facebook**: los perfiles, las páginas y los grupos. Si bien se parecen mucho a los perfiles, la presencia que más se adapta a las características de una empresa u organización es el de página. Se ofrecen seis tipos de páginas diferentes para adaptarla mejor a tu oferta, es importante elegir la correcta ya que la categorización tiene cierto peso en el buscador de Facebook. “Si un perfil recibe amigos, una página recibe menciones de “Me gusta” por parte de los usuarios que quieran estar al día con los contenidos que allí se publican” (Puig, 2015). Pese a esto, el éxito o no de una página no se mide en “Me gustas”, si no respecto a su alcance o las interacciones que obtenga. La interacción que se genera entre perfiles y páginas es siempre iniciada por el perfil. Una cuenta de página de Facebook solo puede contestar comentarios de perfiles que citen sus comentarios primero y pueden contestar mensajes privados.

Para generar interacción con los usuarios, algunas páginas ofrecen juegos o aplicaciones con el objetivo de dinamizar su oferta.

El autor, expone en su desarrollo de la red social, que el administrador de una página de Facebook posee una sección privada mediante la cual es posible obtener estadísticas sobre algunos indicadores de su cuenta. Estas no muestran solo datos de interacción con el contenido publicado, si no información genérica sobre aquellos a quienes les “ha gustado” la página, datos que ayudan a realizar una interpretación del público al que la organización se está dirigiendo. Lo fundamental de estos datos es observar qué tipo de contenido es el que genera más interacción por parte de los usuarios, el concepto llamado engagement es la suma de todas las interacciones que lo configuran. El nivel de engagement es el que otorga mayor visibilidad al contenido que se publica en Facebook.

Santiago Zuccherino, en su texto “Facebook: Bienvenidos a bordo”, expone que quienes se suscriben a Facebook no buscan comprar o realizar alguna actividad comercial (aunque la plataforma lo permite), si no que el principal objetivo gira en torno a **relacionarse**, expresarse y socializar con otras personas. Por lo que si se trata de una marca, empresa u organización el objetivo en Facebook debe ser **construir confianza**. Este autor, propone algunas claves para generar impacto. En primer lugar señala la importancia de publicar en el horario adecuado, según su texto la mayor parte del engagement pasa por horarios nocturnos, pese a esto este rango horario también se corresponde con la participación más baja. Por lo que sugiere probar e interpretar en qué horario responde mejor la audiencia específica de la página. Entre otras claves, propone crear contenido de variedad y calidad para los seguidores, no siempre en torno al producto específico que se está ofreciendo. También, señala la importancia de humanizar las marcas, de manera que las publicaciones se sientan reales y orgánicas, con fotos y mensajes cotidianos. Responder los mensajes privados e invitar a la participación de los usuarios, son algunas de las otras pautas que establece Zuccherino para tener éxito con el alcance de una página de Facebook.

### ***Instagram***

Instagram es una red social que surge y se enfoca alrededor del tratamiento de las imágenes, es una **red visual** que permite subir fotos y videos. Creada en 2010, se caracteriza por ser un espacio ideal para lucir fotos, las organizaciones las utilizan para mostrar sus productos, y los usuarios para compartir momentos y experiencias. Instagram abrió la puerta al retoque del contenido, posibilitando a través de la gran oferta de filtros que permite a sus usuarios perfeccionar sus publicaciones. Permite subir al perfil, llamado feed, fotos y videos de hasta 60 segundos. Contiene historias, las cuales son publicaciones que se encuentran disponibles durante 24 horas. Transmisiones en vivo, reels, entre otro tipo de publicaciones que buscan diferenciar la oferta para atraer la atención visual del público.

Según Paula Lagos y Santiago Zuccherino, Instagram crece de manera exponencial, superando incluso a Facebook, de manera que afirman que el contenido que realmente tiene importancia está sucediendo en esta red social. Por esta razón, es que las organizaciones deben tener presencia en la plataforma con una **estrategia de contenido** clara para lograr un perfil exitoso en Instagram. Entre las pautas que sugieren los autores a la hora de generar un buen impacto en esta red se encuentran: gestionar el registro con un perfil de empresa el cual contenga una descripción que atienda a la misión y visión de la organización, otro ítem tiene que ver con generar imágenes (o videos) de calidad ya que Instagram se caracteriza por tener altos estándares de lo estético, utilizar hashtags y descripciones cortas para lograr mejor segmentación y acercarnos a los usuarios por afinidad. Otra de las claves es ser frecuente en las publicaciones, la planificación para lograr mayor visibilidad.

Instagram, al igual que Facebook, ofrece datos estadísticos más comúnmente llamados “métricas” que permiten observar datos cualitativos respecto de la relación con los públicos objetivos de una propuesta. El número de seguidores es un dato que varía respecto a otros factores de acción: el contenido publicado, la pauta y la promoción en otras redes son variables que afectan la adhesión de los usuarios al perfil de la organización, este número permitirá conocer si las estrategias planificadas tienen los resultados esperados. El engagement, medido a través del promedio de los “me gusta” y comentarios dividido al número de seguidores, permite conocer el compromiso de los usuarios con la marca. Otra métrica importante para un perfil de Facebook se consigue a través de herramientas como Agorapulse, el cual permite conocer cuáles fueron los hashtags utilizados que mayor cantidad de interacciones generaron, para volver a implementarlos.

Según Lagos y Zuccherino, el uso de estas métricas permite conocer la **efectividad de los contenidos**, las posibles amenazas y las oportunidades que se pueden obtener en esta red social mediante un perfil de empresa.

## Gestión del Comportamiento Online

En la era del auge del uso de redes sociales, las organizaciones, empresas, marcas se hacen presente en la cotidianeidad de su público a través de perfiles en los cuales el objetivo es comportarse a tono con su identidad establecida para **ser reconocidos** respecto de estas características. Victor Puig, en su texto “Social Media. 250 consejos prácticos para diseñar tu estrategia en las redes”, entiende que existe una metodología mediante la cual se puede crear una presencia positiva en internet. El objetivo de esta gestión es detectar y analizar las opiniones positivas y negativas que existen sobre el comportamiento de la organización online y publicar contenido que construya una **imagen favorable** de la marca. La reputación online, explica Puig, es algo que otorga el grupo. “Ya no eres tu solo quien tu dices que eres. También eres lo que todos decimos que eres. La reputación es algo que se construye con las opiniones de todos” (Puig. 2015)

En su texto, el autor entiende que en la construcción de la imagen online, existe el fenómeno de la **subjetividad compartida**. Los ciudadanos creen en la opinión de otros ciudadanos porque son como ellos. Frente al director general de una empresa, la opinión de otro par se impone. Por lo que las opiniones de los usuarios tienen mucho más peso en la construcción de la imagen que las estrategias de marketing de las empresas.

Los pasos metodológicos que propone Victor Puig son tres: **Monitorizar, valorar y participar**. La monitorización implica involucrarse en detectar qué se está diciendo, quién lo dice y dónde lo dice. Para considerar lo que se está diciendo, existen dos vertientes, la cualitativa, expresión literal de lo que se dice, y la cuantitativa, cantidad de opiniones negativas y positivas sobre una temática. Quién lo está diciendo, aporta materia para comprender quienes son promotores o detractores de una u otra problemática. Dónde lo dicen arroja información sobre los medios en los cuales interesa tener atención para mantenerlos

siempre a la vista. Monitorear supone trabajar con alertas, herramientas o motores de búsqueda que permitan hacer un filtro sobre la información que necesitamos encontrar.

Valorar y analizar busca responder a la pregunta de ¿Por qué lo dicen? para lo cual no existe ninguna herramienta de monitorización. En esta instancia metodológica, Víctor Puig, señala que es pertinente empatizar con el emisor de la crítica, entender el contexto sobre el que está hablando y no reaccionar de manera defensiva frente a las posturas que se encuentran en oposición a las que compartimos.

La participación es el último paso que propone el autor para la gestión del comportamiento online. Participar implica “tomar partido” en la conversación que ya ocurre en internet. Una de las formas de hacerlo es publicando contenido relevante sobre la temática que queremos tratar y hacia el usuario al que queremos llegar. En redes sociales, el encargado de realizar esta tarea es el community manager, quien se encarga de la atención y el uso de las redes. Disponer de la información que le otorga el proceso de monitorización y valoración de las opiniones online, le provee datos sobre qué publicar y dónde publicarlo.

A la hora de participar, es fundamental plantearse qué se va a aportar. “...no podemos únicamente replicar lo que dicen los demás, tenemos que ser capaces de aportar valor a la comunidad con la que estamos trabajando” (Puig, 2015).

## **Optimización Del Contenido En Redes Sociales**

Lograr que el contenido publicado se destaque frente a otros contenidos requiere, según Puig, una serie de pautas que le otorguen relevancia.

En primer lugar el autor señala que los usuarios buscan utilizando **palabras claves**. Por lo que es importante tener en mente un listado de palabras que el usuario podría utilizar para llegar al perfil de la organización. En esta lista es importante no solo el nombre de la marca o la temática sobre la que refiere, es pertinente agregar palabras referidas al sector, el

modelo de organización, referencias de un lenguaje más cotidiano a la tarea que se lleva a cabo. Esos términos deben estar presentes en varios espacios claves de los perfiles en redes de la organización: En el dominio, en el título de los contenidos y nombres de las secciones; si es una página web, debería encontrarlas en el URL; al principio de cada contenido que se redacte, en el primer párrafo, o al menos en las primeras 50 palabras; en los links o enlaces que se adjunten en la descripción o en las etiquetas o hashtags que se utilicen en las publicaciones.

Otro punto que el autor identifica como relevante a la hora de publicar es cuidar el **contenido**. Ofrecer información relevante y original. Mientras más tiempo los usuarios pasan en el perfil o página web de una organización, el posicionamiento en buscadores, por ejemplo, mejora. Puig explica “Difunde en las redes sociales los contenidos de tu web, utilizando titulares llamativos que capten el tráfico. Facilita también que los lectores de tu web puedan difundir esos contenidos en Twitter o Facebook. A mayor nivel de tráfico de una web, mejor posicionamiento y el llamado “tráfico social” ayuda (Puig. 2015)

Otro punto importante de la optimización del contenido es evitar que se encuentre duplicado de alguna manera, tanto en una misma red social como en redes diferentes. Es fundamental diferenciar el contenido acorde a las funciones y necesidades a la que responde cada red social.

## Marco Metodológico

En este capítulo se presenta el marco metodológico, el cual tiene la finalidad de justificar aquellas elecciones realizadas, en cuanto al método en general como también a las técnicas seleccionadas (Uranga, 2008) En la primera instancia se realizó un primer acercamiento al Programa Por acá sí, con la intención de recolectar información acerca del mismo, poder **identificar la problemática** y **definir las variables** de estudio que guiaron el trabajo de investigación, en particular el diagnóstico. Se trata de un programa que brinda **Asesorías** en Salud Integral a los/as adolescentes, de entre 10 y 19 años, a través de profesionales de salud del Gobierno de la Provincia de Córdoba, garantizando la **confidencialidad** y el **profesionalismo** en la consulta.

Se procedió a construir el **modelo teórico** a partir de las variables observadas. Luego, se prosiguió con el **trabajo de campo** que permitió recoger todos los datos para conocer sobre el Programa “Por acá sí”, las acciones de comunicación, los vínculos con los diferentes grupos de interés y la característica de los mismos.

Se realizó una lectura esencial del Programa y se procedió a actuar en consecuencia, realizando una **propuesta de comunicación** que ayude a la solución de aquellos problemas y dificultades detectadas en el diagnóstico.

Se realizó un análisis del Programa con la intención de demostrar el **valor diferencial** del mismo y sus atributos para mejorar el posicionamiento. También se elaboró un **mapa de públicos** para analizar los intereses y demandas específicas de los jóvenes, y los diferentes grupos de interés del Programa.

Continuando con la descripción metodológica se procederá a definir el concepto de investigación que caracteriza el presente trabajo. Se realizó una **investigación diagnóstica**, la

cual tiene como finalidad analizar una situación determinada de forma exhaustiva. Como lo define Washington Uranga, la realización de un diagnóstico permite “establecer diferencias y regularidades, las características propias de cada situación, reconocer la trama compleja de las relaciones y la forma como los actores se constituyen comunicacionalmente” (Uranga, 2008, p. 33).

El diagnóstico es la **instancia de reconocimiento**, aprendizaje y reflexión de la situación, en nuestro caso, del Programa que permite describir, analizar y sistematizar datos vinculados a la comunicación del mismo hacia el exterior y, de esta manera, reconocer la naturaleza de los problemas o necesidades comunicacionales. Esto permitió abrir el camino para diseñar algunas propuestas de acción que permitan superar estas dificultades.

A continuación se describe el tipo de estudio realizado, la población y muestra elegida, y las técnicas de recolección de datos utilizados en este proceso.

## **Tipo De Estudio**

Con el fin de diagnosticar el estado actual de la comunicación externa y posicionamiento del Programa, se optó por un estudio de tipo **descriptivo**. Según Hernández Sampieri (2014), este tipo de estudio permite “especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”.

Se debe tener un cierto conocimiento sobre el área o la problemática con el fin de poder evaluar cuáles aspectos serán más convenientes medir, cómo se realizará la medición y quiénes serán incluidos en la misma (Avendaño, 2006). El estudio descriptivo tiene la intención de obtener una perspectiva más precisa de la problemática para poder realizar un diagnóstico de la comunicación del Programa.

Para el desarrollo del trabajo final se llevó a cabo una **investigación cualitativa**, la cual tiene el propósito de “examinar la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, profundizando en sus puntos de vista” (Hernández Sampieri, 2014), situándose en el contexto a investigar –en nuestro caso el campo de la salud-, interactuando directamente con el objeto de estudio, de modo que se pueda comprender los significados que éste último le otorga a determinadas experiencias.

Este tipo de metodología es apropiada en cuanto interesa investigar el modo en que se realiza la construcción social de significados, las perspectivas de los actores sociales involucrados, los condicionantes de la vida cotidiana o para “brindar una descripción detallada de la realidad” (Emanuelli y al., 2009).

## **Unidades De Análisis y Muestreo**

La **unidad de análisis** seleccionada para el desarrollo del presente estudio es el Programa “Por acá sí”. Para el abordaje de la investigación se estableció una **población** de estudio centrada en el público externo del Programa, lo que permitió la recolección de toda la información necesaria.

Teniendo en cuenta las características de la población definida por el Programa, se decidió realizar encuestas con la utilización de un Formulario Google. De este modo se podría obtener información respecto a las **características del público** y el **nivel de conocimiento** que tienen los jóvenes del Programa, cómo se desarrollan los flujos y redes de comunicación externas, además de información relacionada con intereses y demandas de los jóvenes.

El **muestreo** empleado es de tipo **no probabilístico**, ya que la elección de los casos depende de la decisión del equipo de investigación (Hernández Sampieri, 2014). Un muestreo no probabilístico de la mano de un enfoque cualitativo permite obtener una gran riqueza para la recolección y el análisis de los datos. El mismo será “por conveniencia”, dado a que los casos fueron seleccionados de acuerdo a la conveniencia del investigador; en particular, recortando la muestra a los contactos efectivos que enviaron respuestas útiles. Así la muestra quedó conformada por 258 casos.

También se tomó en cuenta la información disponible en las redes Instagram y Facebook del Programa<sup>13</sup> y los datos proporcionados –mediante entrevista virtual- de un funcionario del Ministerio de Educación de la provincia de Córdoba que trabajó en colaboración con el Programa.

## **Técnicas De Recolección De Datos**

A continuación, se presentarán las **técnicas de recolección de datos** utilizadas en la investigación, las cuales se basan en un conjunto de reglas y procedimientos que nos permitieron establecer una relación con el objeto de estudio. Las técnicas hacen referencia a “un conjunto de reglas y operaciones concretas para el manejo de los instrumentos” (Emanuelli y al., 2012). La selección de las mismas se realizó con el objeto de poder obtener datos, teniendo en cuenta la problemática detectada y los objetivos planteados.

Las técnicas de recolección de datos seleccionadas permitieron lograr un conocimiento bastante minucioso del Programa:

---

<sup>13</sup> <https://www.instagram.com/poracasicba/>  
<https://facebook.com/PorAcáSí-Salud-Integral-en-Adolescencias>

**Encuestas online:** es una herramienta que se utiliza para recolectar información a través de una serie de preguntas utilizando **internet** como medio de difusión. Las preguntas son como una encuesta tradicional, van dirigidas a un grupo de personas con el fin de conocer tendencias y opiniones.

Se optó por esta herramienta porque las encuestas en línea, ofrecen la oportunidad de llegar a miles de personas de forma instantánea y visualizar sus comentarios en tiempo real.

Los **resultados** también son más fáciles de interpretar, ya que la plataforma permite visualizarlos de una forma clara y ordenada, usando gráficas, comparativas, etc., para que se puedan analizar, compartir y redactar un informe profesional.

Hay diversas formas de invitar a las personas a responder la encuesta en línea: enviar un correo electrónico, publicarla en redes sociales, enviarla por sms, insertarla en tu sitio web o compartirla a través de un código QR. En esta investigación se enviaron los cuestionarios a través de distintas redes sociales pertenecientes a líderes de opinión que cumplen con las características de la población seleccionada.

### **Formulario de encuesta:**

Por acá sí - Una investigación sobre el uso de redes para campañas de salud comunitaria.

¡Hola! Somos Paula y Treia, estudiantes de Comunicación Social en la Universidad Nacional de Córdoba. Necesitamos de tu colaboración para realizar el trabajo final de la carrera. La temática que hemos elegido está orientada al análisis de campañas comunicacionales de Salud Mental para su promoción, concientización y acompañamiento en adolescentes de la provincia de Córdoba. Estamos interesadas en conocer cómo te gustaría intercambiar información sobre salud a través de las redes sociales.

\* La encuesta está destinada a adolescentes de 10 a 19 años, residentes en la Provincia de Córdoba. Si por casualidad no perteneces a este grupo y recibiste este formulario, te pedimos que no respondas. Muchas gracias.

\* Esta encuesta es anónima. Los datos son sólo de uso académico y bajo ninguna circunstancia serán compartidos con nadie.

Te invitamos a contarnos cómo son tus hábitos en las redes. Deja tus opiniones aquí.

Gracias por tu tiempo.

**\*Obligatorio**

Edad \*

Tu respuesta

Género \*

Mujer

Hombre

Otro:

Localidad \*

Elige

¿Tu espacio educativo es...? \*

Público

Privado

Cooperativo

Otro:

### **Comunicación Digital**

¿En donde accedes a internet? \*

En mi casa

En la casa de un familiar

En la casa de un/a amigo/a

En un lugar público

Otro:

¿Tenes celular propio? \*

Sí

No

¿En qué momentos del día te conectas a internet? \*

Mañana

Tarde

Noche

¿Qué redes sociales usas? \*

Facebook

Instagram

Twitter

Whatsapp

Tik tok

No uso

Otro:

¿Cuál es el tipo de publicación que capta más tu atención? \*

Fotografía

Ilustración

Video

Reel

Texto

Otro:

### **Comunicación y Salud**

¿Alguna vez escuchaste hablar sobre...? \*

Ansiedad

Depresión

Estrés

Bulimia

Anorexia

Adicciones

Bullying

Amor propio

Nunca escuche hablar sobre estas temáticas

Si conoces alguna ¿Dónde escuchaste hablar de estas temáticas?

En casa

En la escuela

En la televisión	Sí
En redes sociales	No
En reuniones con amigos/as	¿Alguna vez viste en redes sociales el perfil @poracasicba ? *
Otro:	
¿Te interesaría conocer más sobre estas temáticas? *	Sí
	No
Sí	Lo acabo de ver
No	
¿Conoces alguna persona que padezca alguna de las patologías mencionadas más arriba ? *	

**Entrevista semiestructurada:** técnica de carácter cualitativo en donde se efectúa una conversación “entre una persona que busca información (entrevistador) y otra persona o grupo de personas (entrevistados) que deben tener la posibilidad de brindar información” (Emmanuelli y al., 2012). Es útil para profundizar algunos aspectos tales como creencias, sentimientos, motivaciones, valores y posibles modos de actuar.

Las entrevistas semi estructuradas son aquellas que se desarrollan a partir de un guión de preguntas abiertas que se realizan a los entrevistados, pero dejando lugar para la libre expresión.

### ***Formulario de entrevista***

Entrevistado: Mario Santaella

Cuestionario:

- 1) ¿Cómo fue que entraste a trabajar en el ámbito público y en particular al ministerio de educación?
- 2) ¿Cómo llegaste a ser parte del programa “Por acá sí”?
- 3) ¿Con qué objetivos? ¿Qué esperabas? ¿Qué te proponías?
- 4) ¿Podrías contarnos a qué necesidades responde el programa?
- 5) Respecto de estas necesidades, ¿conocés si hubo un proceso de investigación previa para llegar a ellas y a los objetivos?

- 6) ¿Cómo se procedió con la planificación en base a estos dos elementos? ¿Te parece que se identificaron públicos, mensajes, canales?
- 7) ¿Cómo se realizó la distribución de tareas? ¿quiénes se encargaron de distribuir tareas?
- 8) Contanos ¿Qué actividades realizaste para colaborar dentro del programa? ¿Con qué fin?
- 9) ¿Qué resultados obtuvieron en el programa, a partir de tu participación?
- 10) Actualmente, ¿seguís realizando acciones en el marco del programa?
- 11) ¿Cuál es tu opinión respecto de la ejecución del programa? ¿Y sobre la importancia de hablar de salud con los jóvenes y este tipo de programas, crees que se involucran?

**Revisión documental:** técnica cualitativa en la que se determinan los componentes de un documento. Permite hacerse una idea del desarrollo y las características de los procesos. Se trata de documentos escritos, informaciones, estadísticas, mapas recogidos y elaborados por distintas personas u organizaciones que se utilizan con un objeto determinado en la investigación (Ander Egg, 1985). Esta técnica fue utilizada para el análisis de publicaciones de Instagram y Facebook del programa.

**Clipping de prensa:** El clipping de prensa consiste en recopilar las apariciones en todo tipo de medios de comunicación de una empresa concreta/ temática concreta. La palabra clipping significa en inglés “recorte de periódico” y aunque esta labor nació recogiendo únicamente noticias en este medio, con el paso del tiempo se extendió a la radio y la televisión y con la llegada de Internet a los medios digitales.

### **Perfil del Programa “Por acá sí”**

Una vez finalizada la etapa diagnóstica, se procedió a construir el Perfil del Programa. Según Paul Capriotti, se trata de “un conjunto de atributos, beneficios y valores (centrales, perdurables y distintivos) que la organización ofrece a sus públicos” (Capriotti, 2009). El mismo constituye una toma de decisión estratégica para el Programa y define cómo

quiere ser visto, colaborando al desarrollo de una identidad coherente, diferenciada y atractiva para sus diversos públicos.

Según Capriotti, se necesitan dos momentos para la construcción del Perfil: en primer lugar, se debe definir el enfoque global del mismo; y en una segunda instancia, se debe establecer su estructura.

El Programa “Por acá sí”, no tiene una competencia directa ya que es el único que ofrece **asesoramiento en salud integral** de manera pública y gratuita.

No obstante, se decidió realizar un **análisis de reconocimiento** por parte de los públicos externos (jóvenes entre 10 y 19 años). Por este motivo, se procedió con el segundo momento en la construcción del Perfil, es decir, la determinación de su estructura.

Para establecer la Estructura del Perfil se determinó el conjunto de rasgos, atributos y valores de identificación básicos, asociables al Programa. La estructura a definir será la identidad a comunicar por el programa, es decir, el eje comunicativo de su entidad” (Capriotti, 2009). Estos atributos se dividen en tres tipos:

**Rasgos de personalidad** (el Programa como “persona”): describen las características genéticas o de comportamiento que definen el carácter del Programa. Están ligados a la forma de ser y de expresarse de la entidad. Responde a la pregunta: ¿cómo somos?

**Valores** (el programa como “institución social”): son los conceptos básicos que el Programa asume como institución, en relación con su entorno social, cultural, económico, etc., con la intención de generar credibilidad y confianza. Responden a la pregunta ¿en qué creemos?

**Atributos competitivos** (el Programa como “entidad social”): sistemas de conceptos instrumentales orientados a fortalecer las capacidades competitivas del Programa, con la intención de ganar usuarios y lograr su fidelidad. Responden a la pregunta ¿cómo hacemos nuestro trabajo?

### ***Elaboración del mapa de públicos***

También se construyó un mapa para conocer los diferentes grupos usuarios del Programa. En primer lugar se los identificó, luego se analizó el interés de los mismos respecto de temas de salud integral y finalmente se generó un contenido relevante y una estrategia de posicionamiento del Programa que respondan específicamente a las necesidades y demandas.

### ***FODA***

El análisis FODA consiste en realizar una **evaluación de los factores fuertes y débiles** que en su conjunto diagnostican la situación interna de una organización, así como su evaluación externa; es decir, las oportunidades y amenazas. También es una herramienta que puede considerarse sencilla y permite obtener una perspectiva general de la situación estratégica de una organización determinada. Thompson (1998) establece que el análisis FODA estima el hecho que una estrategia tiene que lograr un equilibrio o ajuste entre la capacidad interna de la organización y su situación de carácter externo; es decir, las oportunidades y amenazas.

## *Planificación*

En una última instancia se elaboró un Plan de Posicionamiento del Programa “Por acá sí”, de modo que esta acción pueda colaborar con la filosofía y los objetivos del mismo, con la intención de que se pueda comunicar adecuadamente a los diferentes públicos usuarios.

Planificar tiene el objeto de resolver los aspectos problemáticos detectados en el diagnóstico comunicacional, a través de determinadas acciones. Ander y Egg (1985) considera que la idea central de una planificación es fijar cursos de acción con el propósito de alcanzar determinadas metas y objetivos mediante el uso eficiente de medios y recursos escasos o limitados. Se planifica con la intención de reducir incertidumbres sobre la base de un mejor conocimiento de la realidad.

***Cronograma***

Meses		Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Etapas del trabajo		Acercamiento inicial	Acercamiento inicial	Planificación metodológica	Trabajo de campo	Trabajo de campo	Análisis de datos	Planificación de proyecto	Revisión y conclusión del trabajo
Contacto con el Programa									
Definición de la Problemática de Estudio									
Elaboración del Marco Teórico									
Elaboración del Marco Metodológico									
D I A G	Revisión Documental								

N Ó S T I C O	Entrevistas								
	Encuestas								
	Categorización y Tabulación de los datos								
	Presentación de los datos								
	Análisis e interpretación de los datos								
	Elaboración de las conclusiones								

Definición de los atributos/valores diferenciales para construir el Perfil del Programa y Públicos									
PLANIFICACIÓN	Definición del plan, los programas y los Proyectos de comunicación para el posicionamiento								

Elaboración de las consideraciones finales								
Entrega del Trabajo Final de Grado								

## Diagnóstico Institucional

En el presente capítulo caracterizamos distintas **dimensiones** de análisis que nos permitirá hacer un abordaje institucional del Programa Por Acá Sí. Esclarecer las diferentes características del programa y su principal grupo de interés nos permitirá dejar en claro una situación inicial para plantar en consecuencia una planificación acorde que permita alcanzar una **situación deseada** en pos de los objetivos del programa.

A fin de dar cuenta de las dimensiones se expondrán datos obtenidos mediante los instrumentos metodológicos antes detallados, que permitirán articular las inferencias sobre el estado del Programa. A su vez, las categorías que guiarán el análisis son las expresadas en el marco teórico, particularmente las concepciones construidas por los esquemas legales del contexto en que él se inscribe el Programa.

### **Personalidad: *Breve historia del programa***

El programa “Por acá si” surge en el año **2017**, en el marco del Programa de Salud Integral de las Adolescencias de la **Provincia de Córdoba**, dependiente de la Dirección de Jurisdicción de Maternidad e Infancia. Dentro del ámbito de la Secretaría de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud, que formula y aplica las políticas de salud materno infantil y de la adolescencia del Ministerio de Salud en todo el ámbito provincial.

Con el fin de brindar a los adolescentes un espacio con horario definido dentro de la escuela, donde puedan hacer consultas de manera anónima sobre distintos aspectos que tienen que ver con su salud integral. El programa organizó **asesorías estudiantiles** para informar y educar tanto a los adolescentes que acuden a los centros educativos, como a equipos de salud y educación que se encuentran a cargo de los mismos. <sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Objetivos extraídos de “Programas área de salud integral de adolescentes”

“El programa se volvió a relanzar, esto venía creo yo desde 2017 con un trabajo paulatino, y se volvió a lanzar en el 2020 con todo lo de la pandemia haciendo una asesoría virtual y telefónica a los estudiantes que quisieran llamar por cualquier consulta que tenga que ver con salud” (Santaella, entrevista 14 de abril del 2021).<sup>15</sup>

En el año 2021, el programa **se reinventa adaptándose a la modalidad online** de la educación remota proponiendo nuevos canales de contacto con los y las adolescentes de la provincia de Córdoba con el objetivo de brindar orientación sobre aspectos de su salud integral y favorecer el acceso al derecho a la salud. En la actualidad, la iniciativa ofrece consultas por mensaje privado a través de las redes sociales Instagram y Facebook de manera de garantizar la confidencialidad de quienes realicen las consultas, con el fin de obtener a posterior encuentros presenciales entre los profesionales de salud y el adolescente interesado. “Dentro de este programa te va a atender un coordinador específico de conocimiento de salud del Ministerio de Salud (...) Ese coordinador con un conocimiento pedagógico previo, lo que ve es como a vos te va a ubicar para que trabajes con un profesional en tu zona. Cuando digo en tu zona hablo de tu ubicación geográfica, que tengas un contacto directo con ellos en las redes y con ese profesional desde lo físico” (Santaella, entrevista 14 de abril del 2021).

### ***Endopersonalidad***

**Misión:** La misión del Programa es brindar asesorías en Salud Integral a los adolescentes, de entre 10 y 19 años, a través de profesionales de salud del Gobierno de la Provincia de Córdoba, garantizando la confidencialidad y el profesionalismo de la consulta.

**Visión:** El programa “Por acá sí” orienta su accionar para conseguir que los y las jóvenes entre 10 y 19 años de la provincia de Córdoba accedan a solicitar consejería con

---

<sup>15</sup> Transcripción completa en Anexo.

profesionales respecto a cualquier aspecto de su salud integral a través de canales digitales que el propio programa se encarga de garantizar.

**Objetivos:**

- Implementar el modelo de atención basado en la personas y la comunidad.
- Acompañar a los jóvenes de la provincia de Córdoba en el ejercicio del derecho a la salud.
- Capacitar a los equipos y gestores en salud.

**Valores y creencias:** Para el Programa Por Acá Sí, estimular la participación de los jóvenes y revalorizar la atención en salud en un formato comunitario son creencias que atraviesan su actividad. Impulsados por el reconocimiento de los sujetos y la interacción con los mismos, dan lugar al acceso y ejercicio del derecho a la salud, como un elemento primordial de su accionar.

Son sus valores la **confidencialidad y el profesionalismo**. Asegurar el anonimato de sus públicos y brindarles una atención acorde y científicamente avalada son concepciones arraigadas en el desarrollo del Programa.

“Si tenés 10 jóvenes que se suman a nuestra charla y que esa charla les ayuda a ver algún punto de la realidad que ellos no están viendo, o les ayuda a tener otra mirada, ya es un éxito pedagógicamente.” (Santaella, entrevista, 14 de abril 2021)

Entre las creencias que podemos identificar constituyen el programa, quienes se encargan de su difusión entienden que es necesario brindar charlas informativas directamente a los estudiantes de manera que ellos mismos obtengan los conocimientos de primera fuente, antes que utilizar otros canales de llegada. “Antes de que nosotros trabajáramos en la temática centro de estudiantes las charlas no eran dictaminadas a jóvenes directamente, sino a los docentes con una lógica que desde una mirada macro es correcta, si yo enseño a un

docente ese docente potencialmente puede enseñar a muchos, en vez de yo juntarme con esos jóvenes y después tener que juntarse con el curso de al lado y el otro. En realidad, no necesariamente esa charla se traslada, ni la formación se vuelve multiplicadora. Al encontrar esta falencia eh... nosotros fuimos la primer área que brinda charlas formativas a los estudiantes” (Santaella, entrevista, 14 de abril 2021).

### ***Mesopersonalidad***

**Destrezas:** El programa Por Acá Sí está conformado por **profesionales interdisciplinarios** que forman parte del Ministerio de Salud y Educación de la provincia de Córdoba. La atención brindada está cubierta por profesionales pedagógicos, y médicos de diferentes áreas, tanto clínicas como psicólogos y psicopedagogos. “Dentro de este programa te va a atender un coordinador específico de conocimiento de salud del Ministerio de Salud. (...) Ese coordinador con un conocimiento pedagógico previo, lo que ve es como a vos te va a ubicar para que trabajes con un profesional en tu zona. Cuando digo en tu zona hablo de tu ubicación geográfica, que tengas un contacto directo con ellos en las redes y con ese profesional desde lo físico.” (Santaella, entrevista, 14 de abril 2021)

### ***Exo Personalidad***

**Actividades y servicios:** El Programa “Por Acá Sí” **brinda asistencia online a adolescentes de 10 a 19 años**. Abordan temáticas de salud integral a través del contacto directo con profesionales vía redes sociales. A su vez ofrecen publicaciones informativas en los medios digitales en los que participan.

Entendemos que el Programa desde su creación y a partir del recorte de la realidad en que está inmerso que se puede ver concretado en su personalidad, concuerda con los objetivos planteados en la nueva ley de Salud Mental, mediante los cuales se intenta

garantizar y respetar los derechos de quienes buscan asesoramiento y atención primaria. El salto del modelo médico hegemónico a un **modelo de atención en salud** donde prime la posición y opinión del paciente, queda expresado en la intención del Programa de comunicarse con sus públicos, constituir un canal de interacción y poner a disposición un grupo de profesionales interdisciplinarios; manifestado a través de su misión, visión y objetivos. Ideas que son materializadas en su exo personalidad, es decir, en las actividades y servicios que ofrece.

En cuanto al abordaje del último nivel de la personalidad institucional no logramos identificar un espacio ya sea virtual o presencial donde se aglutinen y se informen todas las actividades realizadas por el Programa. Consideramos que este aspecto del Programa podría encontrarse **en desarrollo** debido a que su relanzamiento es reciente y al contexto de pandemia que atravesamos.

## **Identidad**

### ***Atributos óptimos de identidad***

La metodología de trabajo del Programa es la conversación directa con los jóvenes a través de medios digitales. Las redes sociales en las que están presentes son: Facebook e Instagram. El contacto es iniciado por el adolescente, y la respuesta es gestionada por profesionales de la salud y del ámbito de la educación.

Son diferenciadores: la atención en salud integral, la gratuidad, y la facilidad de los medios digitales para abordar las consultas.

A su vez, el programa realiza **publicaciones informativas** en las redes sociales, este sería un recurso de posicionamiento para el Programa.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> No se accedió a un texto identitario construido como tal por la organización, los atributos fueron seleccionados de los discursos e imágenes publicados por el Programa en sus medios de difusión.

## ***Tipologías discursivas***

Las tipologías utilizadas por el Programa se corresponden con las de **actividad y relacional**. En los discursos que promueve a través de sus publicaciones, hace hincapié en la explicación de la asesoría que brindan. “Si sentís que estás en una relación violenta y necesitás asesoramiento o querés más información podemos acompañarte, escribinos un mensaje privado” (Fragmento de publicación en redes, 04 de noviembre 2020)

A su vez, se observan tipologías de relación con sus públicos, en el caso del uso de imperativos que son planteados a modo de consejo que describen el compromiso de la organización de incentivar prácticas de buena salud. “¿De qué manera podés cuidar tu salud mental? Expresando tus sentimientos.” (Fragmento de publicación en redes, 10 de octubre 2020)

Los verbos más utilizados en el **discurso** son: compartí, charlá, recordá. Utilizan la primera persona del plural (nosotros) para hablar a su público y a veces lo incluyen en el nosotros. Usan expresiones catalogadas como juveniles, cómo por ejemplo modismos como “ah re”, que denotan un intento de cercanía a las formas discursivas del principal grupo de interés del Programa. Utilizan lenguaje inclusivo al referirse a personas de diferentes géneros, lo aplican con la letra @ o X.

Las informaciones incluidas en las publicaciones se pueden clasificar a modo de texto de divulgación, se presentan como axiomas, o discurso científico legítimo. No se percibe relativización de los conceptos.

## ***Identidad físico-visual***

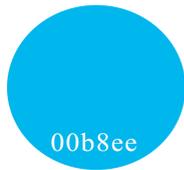
**Nombre:** Por acá sí

**Logotipo:**



## Colores institucionales

### Paleta de colores primaria



### Paleta de colores secundaria



### Tipografía:

La tipografía utilizada es la Roboto Black 900 de acceso gratuito.

### Símbolos

Utilizan elementos iconográficos acordes al público-meta del programa como por ejemplo emojis. A su vez cuentan con personajes que ilustran las situaciones abordadas por las publicaciones. Estas ilustraciones poseen modificaciones a lo largo del tiempo. También emplean imágenes de adolescentes que acompañan las placas de diseño ilustrativo.

## Iconos



## Personajes



## Lemas:

“Te acompañamos en el ejercicio del derecho a la salud”

Al observar la **identidad** del Programa consideramos que no existe una política de acción determinada respecto de la elección de atributos óptimos de la identidad. Esta particularidad, se puede observar en la discontinuidad estética de las publicaciones en redes sociales, así cómo también la amplia variedad de paletas de colores aplicadas y la iconografía utilizada. En cuanto al lema es poco utilizado en las publicaciones generales, sólo se presenta en los anuncios de lanzamiento del Programa. A su vez podemos pensar en la necesidad de llevar a cabo una investigación del contexto en el que se inscribe el Proyecto Corporativo del Programa para ajustarlo a la realidad organizacional y de sus públicos. En términos

discursivos si notamos una continuidad, se expresa concretamente y en más de una oportunidad, el objetivo, los servicios ofrecidos y sus principales valores: confidencialidad y profesionalismo.

## Vínculos

Los públicos con los que el programa “Por Aquí Sí” establece vínculos son:

- Jóvenes
- Profesionales de la salud: médicos clínicos, especialistas, psicólogos, psicopedagogos, psiquiatras
- Instituciones educativas: Escuelas, Centros de Estudiantes, Universidades
- Educadores
- Población en general de la provincia de Córdoba: adultos y adultos mayores
- Otras instituciones: Agencia Córdoba Joven - Municipalidad de Córdoba
- Profesionales de la salud a cargo de la atención del programa
- Educadores pertenecientes al ministerio de educación
- Gobierno de la provincia de Córdoba
- Otras organizaciones de consejería de salud para jóvenes: Casa del joven - Hablemos de todo

Toda organización situada en un **sector**, contexto en particular establece vínculos, o al menos así debería a fines de tener gobernabilidad por sobre los mismos, de diferente naturaleza y con diferentes grupos de interés.

Estos vínculos adquieren diversas características definidas como variables tipológicas y la organización debe conocerlos mediante descriptores es decir características de interés para la organización a la hora de comunicarse con ellos. (Scheinsohn, 1998)

Podemos **agrupar los públicos** detallados anteriormente en base a la relación que sostienen con el Programa: a los cuales el Programa está destinado en primera instancia, aquellos internos al desarrollo del mismo, y todos los destinatarios secundarios que en situaciones circunstanciales o relativas por relaciones entre sí, de alguna forma alguna vez se

ven interpelados por el accionar del Programa; incluso también aquellos que por la propia existencia del Programa deberían verse interpelados, también conocidos como Stakeholders. (Scheinsohn, 1998)

A continuación ponemos a disposición un **mapa de públicos**, describiendo una selección de características que permiten tener una visión global de la composición de los mismos y los propósitos de comunicación que la organización, en base a sus objetivos, posee.

Listado de públicos	Variables tipológicas				Descriptor	Mensaje clave
	Importancia	Posición	Composición	Conocimiento del programa		
Jóvenes	Importancia fundamental	Beneficiarios del programa	Macrogrupo heterogéneo	Parcial	<p>Demográficos: Edad 10 a 19 años / Género: Masculino - Femenino - Otros / Espacio: Colegio público/privado/semipúblico/semiprivado/cooperativo /</p> <p>Geográfico: Provincia de Córdoba</p> <p>Comportamiento: Usuarios</p>	El programa Por Aquí Sí es un espacio de consulta, escucha y atención. Les brinda información sobre el cuidado de su salud.

					de redes sociales	
Profesionales de la salud a cargo de la atención del programa	Importancia fundamental	Aliados	Microgrupo heterogéneo	Profundo y global	Demográficos:	La consultoría en salud es parte de la atención primaria, y genera un beneficio en los destinatarios
					Interdisciplinario	
					Sociales: Profesionales del sector sanitario de categoría juvenil	
					Geográfico: Ciudad de Córdoba	
Instituciones educativas	Importancia coyuntural	Aliados	Macrogrupo heterogéneo	Global poco profundo	Geográfico: Provincia de Córdoba	Es importante incentivar la participación y el conocimiento de los jóvenes acerca de sus derechos en salud integral. Y la existencia de un
					Naturaleza: público/privado/semipúblico/semiprivado/cooperativo	

						espacio de escucha
Educadores	Importancia fundamental	Aliados potenciales	Macrogrupo heterogéneo	Parcial	Geográfico: Provincia de Córdoba	Tienen un rol protagónico en la difusión del programa y sus contenidos.
					Sociales: Profesionales del sector educativo	
Familia	Importancia coyuntural	Aliados potenciales	Macrogrupo heterogéneo	Parcial	Geográfico: Provincia de Córdoba	Tienen un rol fundamental en el apoyo y reconocimiento de los derechos de los jóvenes en salud. Pueden ser destinatarios de mensajes informativos.
					Relación con los jóvenes: de apoyo informativo, de apoyo a raíz de un padecimiento, de desconocimiento, de conflicto a raíz de un padecimiento	

Otras instituciones	Importancia relativa	Aliados potenciales	Macrogrupo heterogéneo	Parcial	Geográfico: Provincia de Córdoba	Colaboran con la difusión del programa
Profesionales de la salud	Importancia relativa	Aliados potenciales	Macrogrupo heterogéneo	Parcial	Geográfico: Provincia de Córdoba	Colaboran con la difusión del programa y la concreción de los derechos del acceso a la salud integral de los jóvenes
					Social: Profesionales del sector sanitario en general	
Educadores pertenecientes al ministerio de educación	Importancia fundamental	Aliados	Macrogrupo heterogéneo	Profundo y global	Geográfico: Provincia de Córdoba	Es importante el trabajo interdisciplinario al interior del programa
					Demográfico: Interdisciplinario	
					Social: Profesionales del sector sanitario educativo	
Gobierno provincial	Importancia	Aliados	Macrogrupo	Parcial	Geográfico: Provincia de	Es importante aportar al

	relativa		heterogéneo		Córdoba	ejercicio del derecho de los jóvenes a la salud integral desde una perspectiva de políticas públicas comunitarias
Otras organizaciones de consejería de salud para jóvenes	Importancia relativa	Aliados potenciales	Macrogrupo heterogéneo	Parcial	Geográfico: Provincia de Córdoba	Es un deseo del Programa tender puentes colaborativos para llegar a más jóvenes, siempre desde una perspectiva de derechos
					Social: Sector público / privado	
					Caracter: Medicina integral / Salud Mental / Atención Primaria / Informativo	

El programa “Por acá sí” se encuentra en primer lugar dirigido a realizar **consejería estudiantil** a través de canales digitales para jóvenes entre 10 y 19 años de la Provincia de Córdoba. Si bien en el desarrollo de este trabajo hemos identificado otros grupos de interés que componen el espectro de los públicos del programa, como profesionales de la salud, instituciones educativas, educadores, entre otros; entendemos que el objetivo principal responde a generar un vínculo de confianza por medio de las redes sociales con aquellos adolescentes que tengan interés en realizar consultas respecto a aspectos de su salud integral.

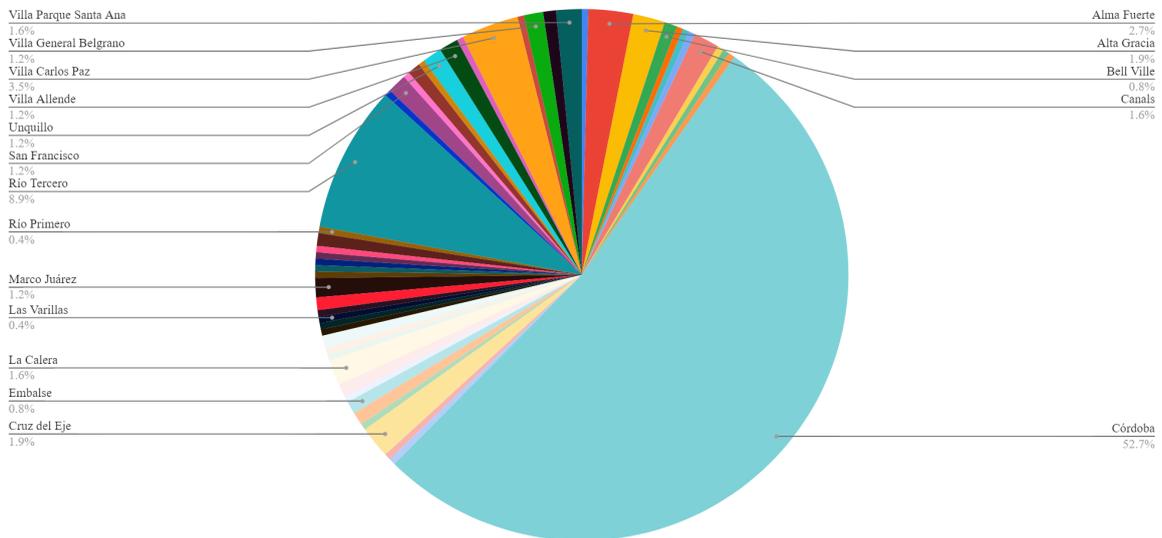
La identificación de este **objetivo** fue el puntapié para, a través de una encuesta online, conocer las características del grupo heterogéneo que conforma el público principal de la propuesta. Esta información permitirá conocer diferentes aspectos del público “jóvenes” y será a la luz de esos datos que realizaremos un análisis de la actualidad del programa.

A continuación, expondremos por medio de qué preguntas abordamos la composición del grupo, identificada a través de las respuestas obtenidas, con el objetivo de describir variables de interés para la composición de una propuesta adaptada a los atributos identificados.

Caracterización del público Adolescentes entre 10 y 19 años de la Provincia de Córdoba - Análisis de datos de las encuestas.

## Geografía

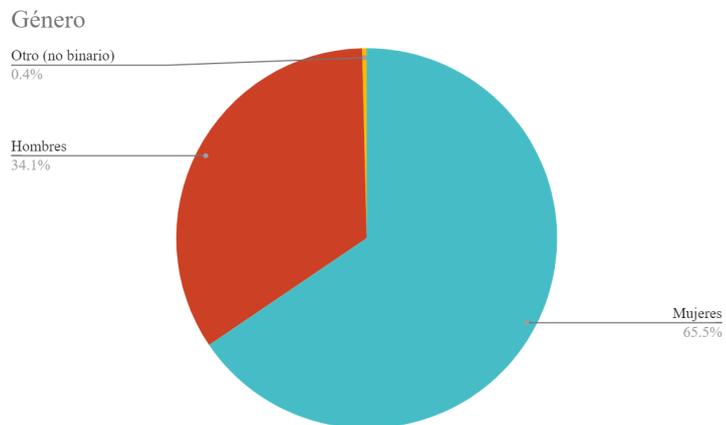
### Localidades



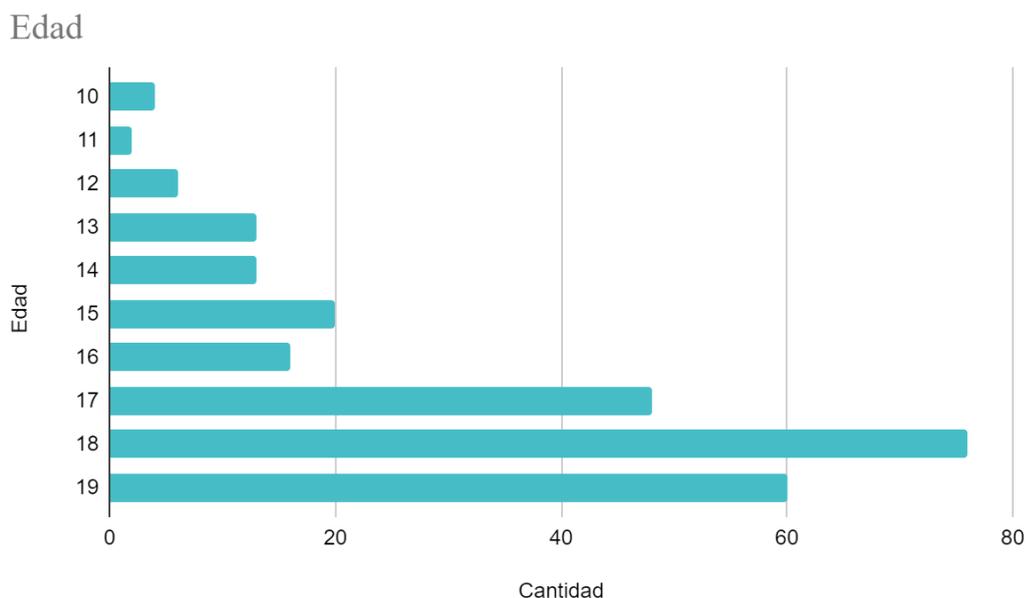
La Provincia de Córdoba identifica oficialmente 289 localidades que la componen, del total de estas localidades obtuvimos respuesta representantes de 50 localidades, lo cual corresponde al 17% del total.

El 52,9 % de los encuestados **residen** en la Capital de la provincia, mientras que el 47,1% restante pertenece al interior de la provincia. Entre las localidades del interior que respondieron en mayor porcentaje el cuestionario podemos identificar: Río tercero con el 8,9%, Villa Carlos Paz con el 3,5% Almafuerite con el 2,7%, Cruz del eje con el 1,9% y Alta Gracias con el 1,9% del total de las respuestas.

## Demografía



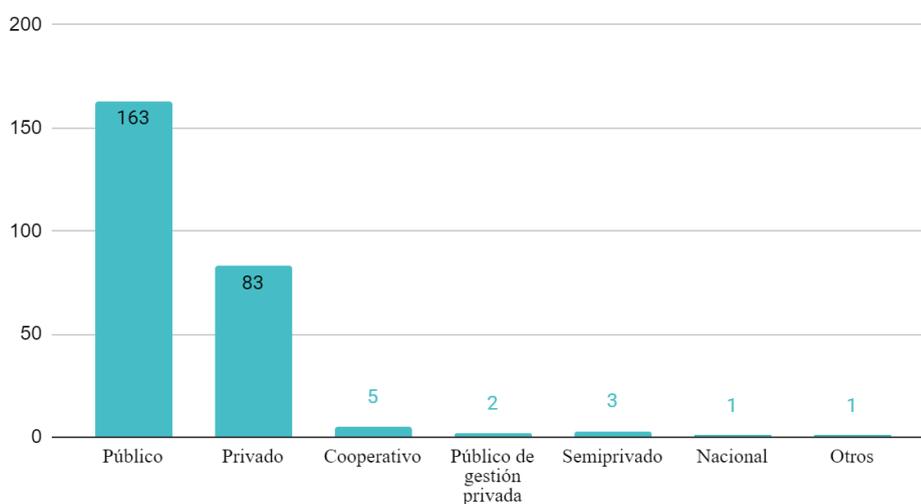
La muestra que compone este cuerpo de análisis presentó una proporción del 65,5 de participantes que se identificaron con el **género** femenino, mientras que el 34,1% de quienes respondieron dijeron pertenecer al género masculino. El 0,4 % indicó identificarse como género no binario.



Respecto de la edad, de 258 respuestas el mayor porcentaje de representatividad lo tuvo el grupo que posee 18 años de edad con el 29,5% sobre el total. El grupo etario

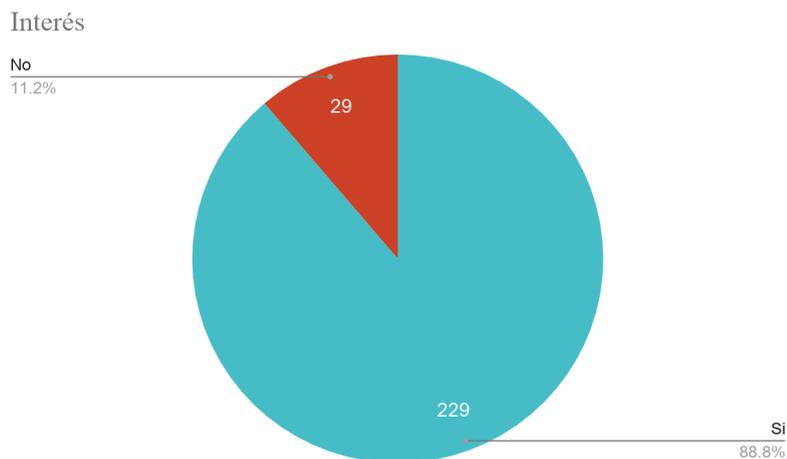
correspondiente a los 19 años sigue en orden con el 23,3% del total de las respuestas. El próximo gran grupo lo componen quienes se identificaron con la opción de 17 años con el 18,6%. Siguen aquellos que respondieron tener 15 años, el 7,8%. 16 años fue la opción que obtuvo 6,2%. 13 y 14 años obtuvieron cada opción 5% del total de las respuestas. Y el menor porcentaje de representatividad lo tuvieron las opciones de 10 años con el 1,6% y 11 años con el 0,8% del total.

Establecimiento educativo



En el **espacio de consulta** respecto del establecimiento educativo de los encuestados, se propusieron algunas opciones de respuestas a las que los consultados sumaron alternativas, si es que no encontraban una que los identificara. De 258 respuestas, el 63,2% declaró pertenecer a un espacio de educación pública. 32,2% identificaron ser parte de un espacio privado. En menor porcentaje, algunos de los encuestados eligieron la opción que correspondía a una institución cooperativa en un 1,9%. El 1,1% optó por la alternativa semi-privada, opción que fue agregada a las facilitadas por el cuestionario. 0,8% eligió público de gestión privada, la cual también fue añadida por los participantes del cuestionario. En tanto la educación Nacional como “otros”, obtuvieron cada una 0,4%.

Respecto del **interés de los encuestados/as en temática de salud mental**, un 88,8% tiene interés en tratar la temática, mientras que un 11,2% no tiene deseos de tratar el tema. En esta pregunta se les consultó por el interés directo con las únicas dos opciones por si o por no, a fines de ser excluyentes.

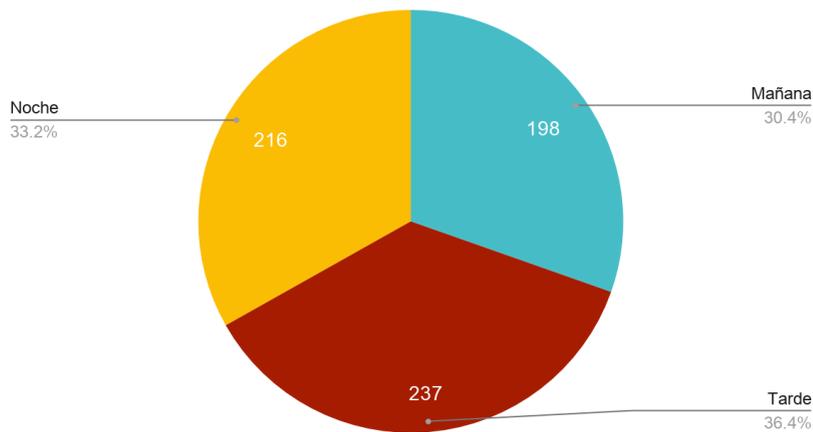


Para **conocer el comportamiento** de los usuarios respecto del uso de los principales canales por lo que el Programa comunica, se les preguntó a los jóvenes sobre el horario del día en que utilizan internet, las redes sociales preferidas y el tipo de contenido que más llama su atención.

En el caso de los horarios de conexión a redes, se les facilitó tres opciones (mañana, tarde, noche) con posibilidad de elegir más de una opción.

El **momento del día** en el que mayor cantidad de jóvenes se conecta es en la tarde con el 36,4%, seguido por la noche con el 32,2% y por último la mañana con el 30,4%. La cercanía de los porcentajes nos permite inferir que una gran cantidad de jóvenes permanece conectado durante todo el día; sin embargo son momentos propicios las últimas horas del día.

### Uso de internet



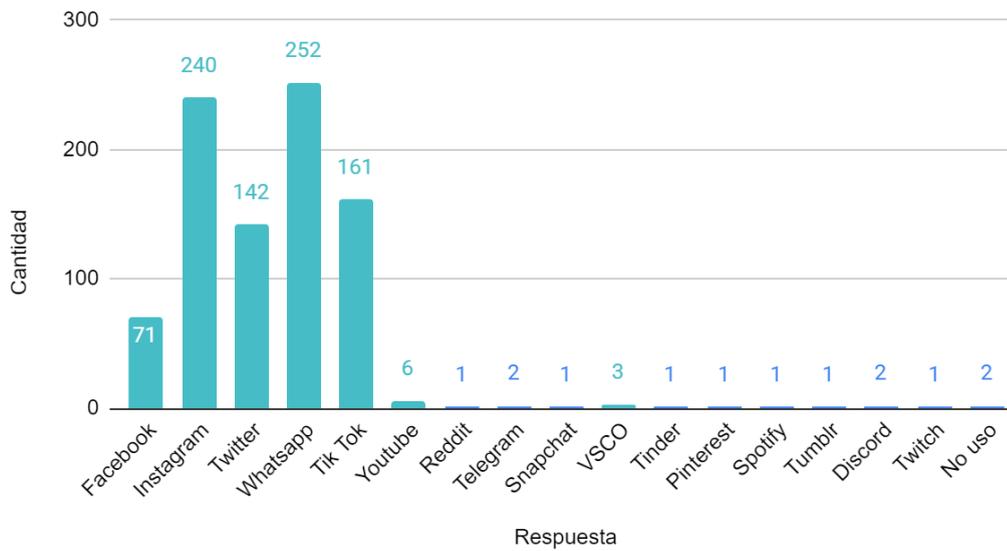
Para conocer la preferencia en redes se les brindó siete opciones: Facebook, WhatsApp, Twitter, Tik Tok, Instagram, “No uso” y otros. La pregunta tenía la posibilidad de elegir más de una opción.

Los encuestados/as respondieron que la red social más utilizada es WhatsApp con 252 respuestas, seguida por Instagram con 240 respuestas, y por Tik Tok en tercer lugar.

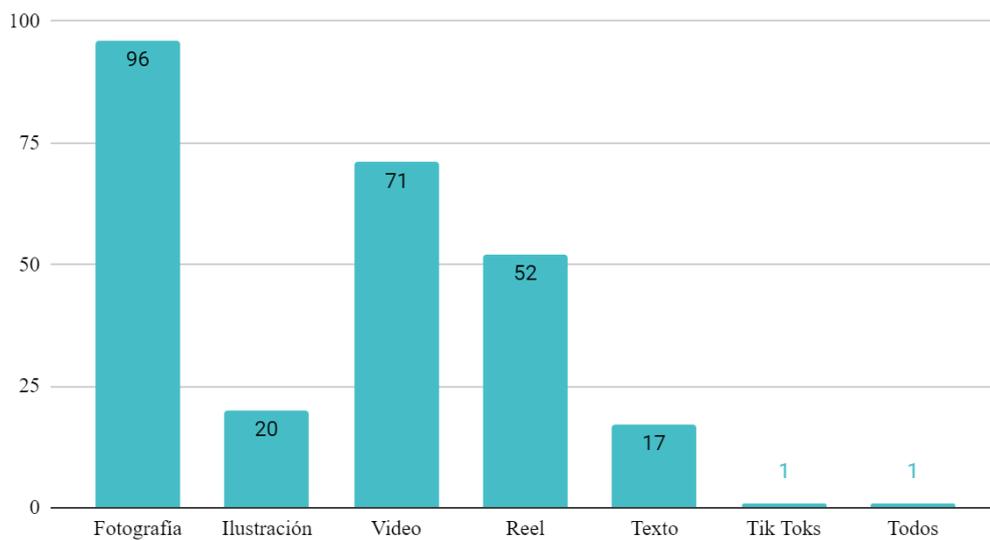
Luego le siguen Twitter con 142 respuestas y por último Facebook que amplía la diferencia con 71 respuestas. A su vez los encuestados agregaron diferentes opciones de otras redes sociales utilizadas, podemos destacar el uso de YouTube con 6 personas que indicaron utilizarla.

Un dato particular es que 2 de los encuestados declararon no utilizar redes sociales en absoluto.

### Redes sociales utilizadas



### Publicación elegida



En cuanto al tipo de publicación que los encuestados prefieren encontrar en redes sociales, la opción que más respuestas obtuvo fue la fotografía con el 37,2% del total. Siguió en porcentaje la preferencia por el video con el 27,5%. En tanto, el 20,2% de los consultados contestaron preferir el Reel. 7,8% seleccionó la opción de ilustración. 6,6% identificaron el texto como contenido elegido para las redes. 0,4% adhirió la opción de tik toks como otra

alternativa a las proporcionadas y por último, otro 0,4% optó por todos los tipos de contenidos.

En base al abordaje de la dimensión vínculos del Programa “Por Acá Sí” entendemos que la organización **no cuenta con un proceso de identificación de públicos** para la gestión de la comunicación. Podemos observar que no se han desarrollado vínculos particulares que se sostengan a través de la diferenciación de mensajes. Consideramos que los públicos que componen la red vincular del Programa son amplios y heterogéneos por lo que podemos nombrarlos grupos de interés.

Sin embargo, a través de la difusión inicial y las comunicaciones realizadas hasta el momento, podemos observar cierto posicionamiento del Programa entre el grupo interés relativo al sector de la salud y la educación.

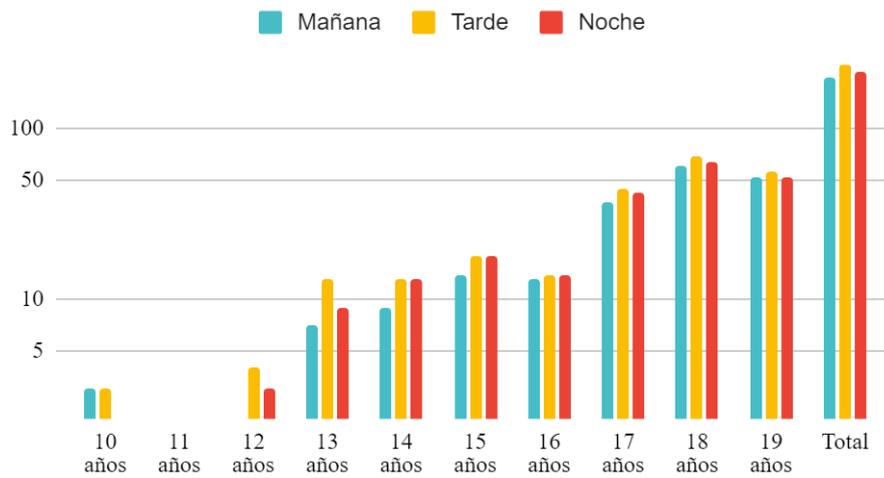
Si bien, el Programa cuenta con un **“público cautivo”** por su interacción con el Ministerio de Educación y con él el acceso a los estudiantes, consideramos que este aspecto no ha sido aprovechado lo suficiente, dejando una posibilidad de trabajo en conjunto en próximas ocasiones.

De acuerdo a las encuestas realizadas al **grupo de interés principal** del Programa, de acuerdo a su objetivo de establecer un vínculo estrecho de interacción con ellos, se intentó en la consulta abordar el interés y las formas de uso de las redes sociales de los jóvenes: sus preferencias, horarios habituales en relación variables como edad, género, ubicación y horarios de conexión. Estas caracterizaciones, son herramientas de gestión comunicacional para el Programa.

La **relación edad con el horario de consumo** de redes sociales de los jóvenes permite observar como comportamiento que a más edad más tarde es el horario de conexión. A partir de los 12 años se comienzan a conectar en el horario nocturno. Así como también, a mayo edad la frecuencia de conexión entre los intervalos de tiempo es más constante, se

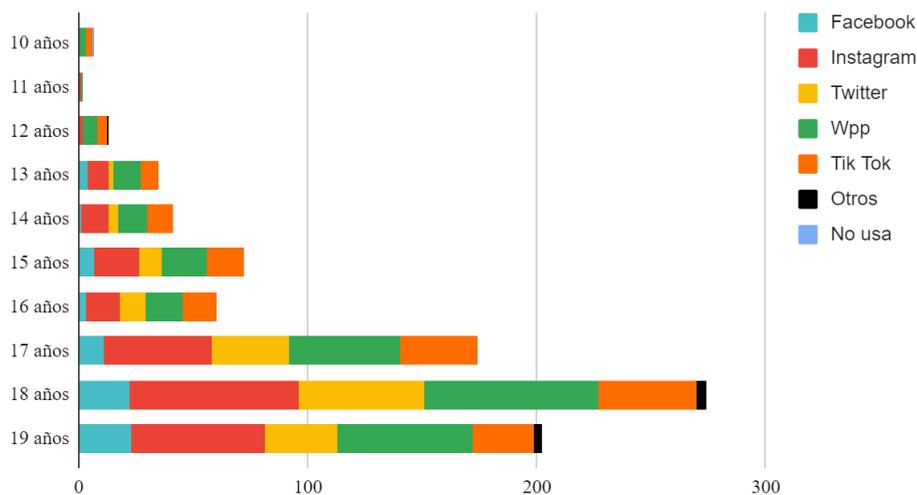
puede observar que a partir de los 16 años, empieza a tomar protagonismo el horario matutino alcanzando las frecuencias del horario tarde y noche.

### Horario de conexión según edad



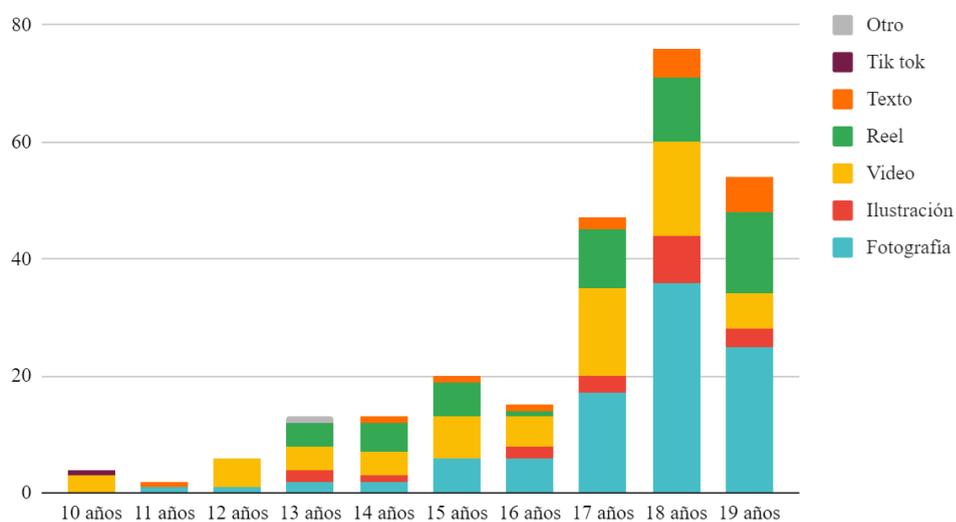
En la **relación edad con las redes sociales** que utiliza se observa que a mayor edad mayor variedad y cantidad de redes usadas. En todas las edades Instagram presenta una alta frecuencia. A partir de los 14 años se estabiliza como uso mayoritario las redes Instagram y WhatsApp.

### Redes sociales utilizadas respecto a la edad



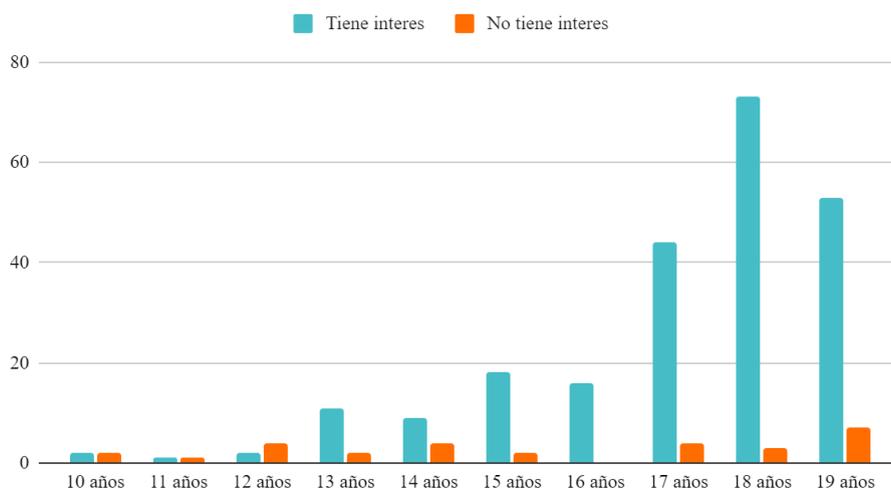
La **relación de la edad con la preferencia de contenido** deja ver que la fotografía llama más la atención a medida aumenta la edad. El video tiene altas frecuencias en todas las edades, sumado a los reels (videos de un minuto) se puede decir que supera las frecuencias de la fotografía. El texto aparece a partir de los 14 años en frecuencias bajas que van en aumento hacia los 19 y 19 años, de manera similar a la ilustración. En el caso de los tik toks se visualizan únicamente a los 10 años.

Edad con el tipo de contenido que consume



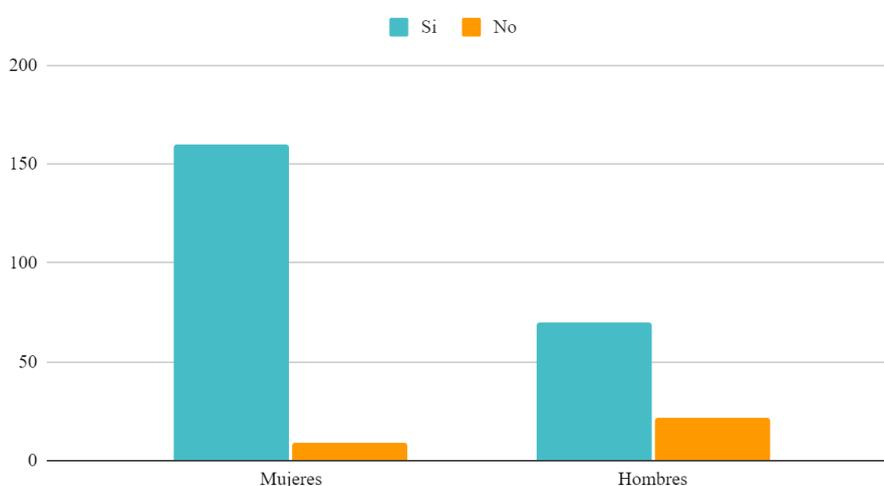
En el caso de la **edad y el interés** podemos decir que la brecha entre la respuesta negativa y positiva se acentúa a partir de los 13 años.

### Interés respecto a la edad



En el caso del **interés relacionado con el género** podemos identificar que en la variable hombres las barras se encuentran más cercanas, indicando que el desinterés se ve más representado en dicha variable.

### Interés respecto del género



Si tenemos en cuenta lo publicado por el Programa y la caracterización del público, podemos decir que se deberían aumentar la **cantidad de redes** en las que se tiene presencia, el tipo de contenido debería incluir lo audiovisual y se debería publicar en horarios tarde/noche principalmente, con alta frecuencia de publicación. Actualmente, el Programa sólo genera contenido visual y de texto, y la frecuencia de publicación es baja.

## **Comunicación**

### ***Canales de comunicación externa***

El Programa se comunica con sus públicos externos a través de redes sociales principalmente. Cuenta con FanPage en Facebook y un perfil en Instagram.

A su vez, para hacer difusión por única vez el Programa realizó una gacetilla de prensa en diferentes medios de la ciudad de Córdoba detallados en el Clipping.

En el vínculo que sostiene el Programa con el ministerio de educación les permitió también hacer charlas con jóvenes de la ciudad de Córdoba a través de los centros de estudiantes de diversos colegios.

Por otro lado, cuenta con un email de contacto informado en la FanPage de Facebook.

A continuación abordaremos en detalle cada uno de los canales utilizados:

### **Facebook**

La página fue creada el 21 de mayo del 2020, actualmente cuenta con 371 seguidores. Su primera publicación fue el 26 de mayo de ese mismo año presentando el programa. La última actualización fue el 28 de abril de 2021.

En su foto de perfil presenta el logotipo de la organización junto con los imagotipos de las áreas de gobierno que avalan la iniciativa: ministerio de educación, ministerio de salud, y el de la gestión del gobierno de la provincia actual. En la foto de portada, el Programa hace eco de los slogans utilizados a nivel nacional por el contexto pandémico actual.

La descripción en el nombre de la página es: PorAcáSí - Salud Integral en Adolescencias.

Cuentan con un botón directo al llamado a la acción: Enviar mensaje.

#NosCuidamosEntreTodos  
**#ResponsabilidadSocial**



**PorAcáSí - Salud Integral en  
Adolescencias**

Sitio web de salud y bienestar

Enviar mensaje

Las publicaciones en el tiempo son **espaciadas**, hay meses en que no publican y cuando lo hacen suelen ser 2 publicaciones mensuales.

Los posts realizados consisten en su mayoría en **carruseles de imágenes** con una breve descripción.

La interacción con el público es prácticamente nula. Existen publicaciones con un máximo de 6 reacciones y 9 compartidos. Y en el caso de la casilla de mensajes, Facebook informa a los usuarios que el tiempo de respuesta del Programa es moderado, aclara “responde normalmente en unas horas”.

En la pestaña de información se describe el objetivo del Programa: “#Por Acá Sí brinda Asesorías en Salud Integral a l@s adolescentes, de entre 10 y 19 años, a través de profesionales de salud del Gobierno de la Provincia de Córdoba, garantizando la confidencialidad y el profesionalismo de la consulta.”

Utilizan las **categorías** ofrecidas por Facebook de: Sitio web de salud y bienestar - Sitio web de adolescentes y niños.

## Información

[Ver todo](#)

 #Por Acá Sí brinda Asesorías en Salud Integral a l@s adolescentes, de entre 10 y 19 años, a través de profesionales de salud del Gobierno de la Provin... [Ver más](#)

 352 personas les gusta esto

 371 personas siguen esto

 Ausente  
[Enviar mensaje](#)

 [programassyr.adolescentes@gmail.com](mailto:programassyr.adolescentes@gmail.com)

 [Sitio web de salud y bienestar · Sitio web de adolescentes y niños](#)

## Instagram

**El perfil fue creado el 26 de mayo de 2020.** La primera publicación data de la misma fecha.

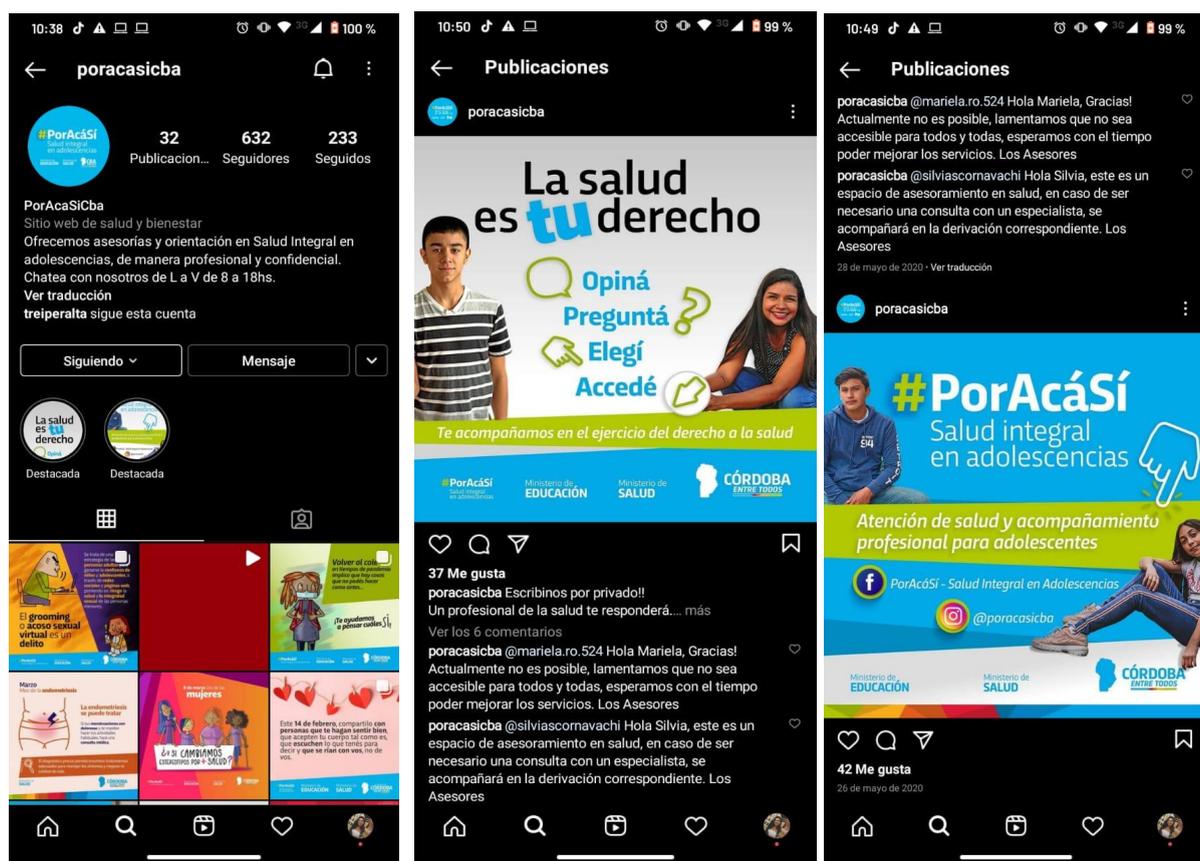
Cuenta con 32 publicaciones realizadas hasta hoy (8 de mayo 2021). Tiene 632 seguidores, y 233 seguidos.

El nombre de usuario es @poracasicba y el nombre del perfil es PorAcaSiCba. Utiliza la misma categoría de Facebook por una cuestión técnica de la red, y en la descripción presenta los servicios del Programa: “Ofrecemos asesorías y orientación en Salud Integral en adolescencias, de manera profesional y confidencial. Chateá con nosotros de L a V de 8 a 18 hs.”

Cuenta con **dos historias destacadas** sin portada, donde se encuentran las dos primeras publicaciones del programa dónde se explica el accionar y se invita a ser parte.

La frecuencia de publicación es la misma que en Facebook y la interacción es mayor pero ha ido disminuyendo con el tiempo. La primera publicación es la que mayor interacción

presenta con 42 me gustas. 4 publicaciones cuentan con comentarios todos de adultos celebrando el contenido. Existen comentarios de adultos consultando por especialidades médicas y alcances del programa en, por ejemplo, personas sordas. Estas consultas son respondidas por el Programa de forma cordial y firmadas por “Los Asesores”, y hay al menos una consulta que no ha recibido respuesta.



### Charlas de difusión vía zoom

A través de la entrevista a Mario Santaella pudimos identificar otro canal de comunicación externo por el cual se realizaron acciones de difusión en el transcurso del 2020. “La convocatoria fue, un viernes a las 10 de la noche lanzó el flyer el ministerio de educación y el lunes se daba la charla. Tampoco es que hubo un gran espectro de tiempo para inscribirte,

tuvimos cerca de 315 inscriptos y 245 participantes, una cosa así” (Santaella, entrevista, 14 de abril 2021).

A través de la Coordinación de Relaciones Juveniles e Intervención Social del Ministerio de Educación de la Provincia de Córdoba se citaron a diferentes jóvenes de la ciudad de Córdoba a formar parte de **dos encuentros vía zoom**. En el primero de ellos se presentó al Programa Por Acá Sí. Se inscribieron 475 estudiantes de 75 colegios participantes. En el segundo encuentro la temática giró en torno a las “relaciones saludables en la juventud”, participaron 43 estudiantes de 19 colegios. En ambos casos los recursos didácticos fueron brindados por profesionales del Programa. (Ver Anexo A)

### *Mensajes*

Los mensajes analizados en este apartado fueron extraídos de los perfiles de Facebook e Instagram del programa, destinados al público externo. La situación de recepción de los mensajes también es compartida por todos aquellos usuarios que entren al perfil de las redes del programa “Por acá sí”.

El **recorte metodológico** que se realizó para seleccionar las placas a analizar fue temporal y temático: se tomaron en cuenta las publicaciones desde el 26/05/2020 al 04/11/2020 que tematizan sobre salud mental.

Desde las perspectivas abordadas por la Ley de salud mental, podemos preguntarnos cuál es la participación de los usuarios en la creación de las placas. Si pensamos en que ellos no han intervenido en el desarrollo, podemos concluir que se estaría sosteniendo argumentos propios del Modelo Médico Hegemónico en el que la conversación y la transmisión de sentidos se da de forma unidireccional, siendo el emisor siempre el profesional médico.

Podemos analizar también, pensando en el espíritu de la ley de salud mental, si a los usuarios a los que están dirigidos los mensajes se los considera como **ciudadanos o como meros beneficiarios del Programa**. Si las comunicaciones se centran en mínimos aspectos que aseguren una mejora en el bienestar o una convocatoria al auto-cuidado, no estarían revalorizando a los sujetos como ciudadanos quienes detentan el derecho a la salud integral en las mejores condiciones, es decir sumando a las comunicaciones aspectos que hagan a la felicidad plena de la persona, reconocimiento pleno de sus derechos y el incentivo a la participación en sociedad. En este sentido, sería importante que el Programa promueva acciones interdisciplinarias, que inviten al ciudadano a participar en la producción del conocimiento acerca de lo que significa la salud mental, que comparta sus conocimiento y sus opiniones acerca de las patologías, tratamientos, entre otras temáticas de abordaje. De esta manera podría acercarse la propuesta al modelo de derechos y participación social.

## Publicación 04/03/2020 - Facebook e instagram del programa



Esta publicación está compuesta por 5 placas, el contenido aborda la **temática de prevención de una posible patología** desde el lugar de identificar comportamientos externos a la persona desde un tono de consejo. Se trata del abordaje de una temática de “riesgo psicosocial”. Desde el discurso se puede identificar la representación de los derechos del paciente:

- “disfrazado de amor romántico”: no ser discriminado, le quita culpabilidad al paciente, ya que el discurso que le puede generar padecimiento se encuentra disfrazado.
- “podemos acompañarte” brinda una alternativa terapéutica no restrictiva.
- “escribinos un mensaje” Toma de decisiones por parte del paciente.

Lo que podemos rescatar como un detalle llamativo de la imagen del potencial paciente en estos casos, representado como una marioneta. Si bien hace alusión a una visión del agresor puede interpretarse como una actitud pasiva y que identifique al padecimiento del paciente como inmodificable.

### Publicación 01/03/2020 “Si notas que un compañero se aísla...” - Facebook e instagram del programa



Esta publicación está compuesta por 4 placas, el contenido aborda la temática de prevención de una posible patología desde el lugar de identificar comportamientos externos a la persona desde un tono de consejo. Se trata del abordaje de una temática de “**riesgo psicosocial**”. En esta oportunidad aborda la posibilidad de ayudar a una posible víctima que esté padeciendo psicológicamente.

Desde los objetivos de transformación institucional de la ley, esta publicación se para desde un lugar de inclusión social, la no estigmatización de la patología y acción terapéutica de habla y/o acompañamiento de familiares y allegados.

Además como se expresa en el artículo 43, el rol de investigación que debe promover el estado provincial, principalmente los de aspectos epidemiológicos, esto se ve reflejado en la presentación de un dato estadístico, que permite dimensionar la problemática y empatizar o identificarse.

### Publicación 10/10/2020 “Día mundial de la salud mental”



En esta publicación, el contenido aborda un concepto de salud mental, que va de la mano con el expresado en la ley “aptitud humana de pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicar, interpretar la realidad y relacionarse socialmente”

Se fomenta el **bienestar general**, la comunicación e inteligencia emocional al promover el habla sobre los sentimientos, el apoyo de los grupos de pares/familia y la inclusión social desde la toma de responsabilidades (“estudio”, “tareas del hogar”) y actividades de esparcimiento.

## Publicación 24/07/2020 “Amor propio”



Esta publicación se compone de 3 placas, su contenido es alusivo al recordatorio del Día internacional del autocuidado. Según enuncia, una **manifestación del autocuidado** es la ejercitación del amor propio, para el cual propone que “El humor es saludable”. En el capítulo 3 del segundo título de la Ley Provincial de salud mental de la Provincia de Córdoba (Red integral de promoción, prevención y asistencia en salud mental. Transformación institucional), el artículo 40 habla de las nuevas modalidades de abordaje de de las problemáticas de salud mental, tanto a nivel de prácticas profesionales como de actividades. En el caso de esta publicación en la red social facebook consideramos que el uso del humor para fomentar el amor propio y combatir los estigmas y estereotipos va en concordancia con las modalidades que plantea la ley de salud mental integral como efectivas. Según la misma ley los estigmas arraigan un proceso inverso al tratamiento, recuperación, rehabilitación, reinserción familiar y comunitaria en caso de quien padece una problemática psicosocial. La publicación alude discursivamente a la prevención de este tipo de padecimientos. Estos tienen la capacidad de producir un deterioro en la aptitud de pensar, responder emocionalmente,

recordar, comunicar, interpretar la realidad y relacionarse socialmente, por lo que en la segunda placa el programa aconseja relacionarse con la realidad, el cuerpo, las relaciones de manera consciente y saludable.

### Publicación 17/07/2020 “¿Por qué tengo pensamientos negativos?”



La publicación del 17 de julio se compone de 5 placas, su contenido introduce la **problemática psicosocial llamada ansiedad**.

La primera pieza realiza una pregunta retórica ¿Por qué tengo pensamientos negativos? A modo de apertura del desarrollo. La intención es describir algunos de los

síntomas que podrían alertar a quién padece de ansiedad para identificar el momento de hablar con un especialista. Estos son expuestos en la segunda placa.

Esta publicación describe algunas características que adopta el padecimiento de ansiedad en el comportamiento de los individuos y también algunas de sus manifestaciones físicas/corporales. Hacia el final de una de las columnas descriptivas citamos “el padecimiento de ansiedad constante afecta la vida cotidiana, produce estado de alerta, dificultad para la concentración y a veces, puede generar actitudes agresivas con los afectos”. Según el título 3 “De los diagnósticos e internaciones” que registra la ley de salud mental provincial, el artículo 46 describe los requisitos al que todo diagnóstico interdisciplinario en salud mental debe ajustarse, entre ellos aclara “La existencia de diagnóstico relacionado a la salud mental no autoriza a presumir peligrosidad para sí o para terceros; la posibilidad de riesgo de daño para sí o para terceros debe ser evaluada profesionalmente”. Esta publicación del 17 de julio de 2020 alude a que quien padece ansiedad puede tomar una actitud agresiva hacia terceros, desoyendo la recomendación de la ley que no autoriza si no a un profesional para un caso específico evaluar la peligrosidad de un paciente.

En el ámbito de la comunicación, podemos analizar diferentes aspectos que hacen a las buenas prácticas. Según el primer axioma de la comunicación (Scheinsohn, 1998) es **imposible no comunicar**, en este sentido, el Programa al no publicar con frecuencia y al presentar un tiempo de respuesta considerable está realizando una acción comunicacional, que impacta directamente en lo que el público ve y construye sobre el mismo. Estas construcciones se pueden traducir en consideraciones de inactividad o falta de eficacia. Siguiendo en la misma línea de los axiomas de la comunicación, si evaluamos el uso del lenguaje analógico y digital, teniendo en cuenta opiniones de los propios jóvenes como por ejemplo Jazmín (19 años) quien expresó que los dibujos utilizados por el Programa eran infantiles; podemos decir que la representatividad del lenguaje analógico no se encuentra

dentro de la realidad del público objetivo, sino más bien está situada en la realidad del emisor. Por otro lado, en base a la secuencialidad de los mensajes, en los carretes publicados se puede ver como un mensaje abierto, sin conclusiones, afecta a la secuencialidad de los mismos. El recurso de completar una idea con varias imágenes se debe pensar como partes de un todo interrelacionado con un inicio y un fin.

En cuanto al uso de las redes sociales, el Programa replica el contenido en su perfil tanto de Instagram como de Facebook. Teniendo en cuenta que cada canal responde a necesidades específicas de los usuarios y a sus propias lógicas en términos de lenguaje, consideramos que no generar contenido específico adaptando los mensajes de manera estratégica, no responde a un uso correcto de las redes.

Cada red específica brinda **métricas** que permiten conocer cuál es el nivel de interacción que los usuarios generan con el contenido. Según lo que se observa en sus páginas en redes sociales, el Programa no ha sufrido ninguna modificación respecto del formato de contenido que presenta, por lo que entendemos que no se han observado o generado inferencias mediante el uso de métricas para modificar la interacción con sus grupos de interés.

Facebook es una plataforma donde los usuarios buscan relacionarse y expresarse. El contenido que brinda el Programa no genera interacción, solo funciona como canal para brindar información. La aplicación otorga herramientas como encuestas, juegos, entre otras, que permitirían más Feedback con los usuarios del Programa. Obteniendo así mayor cantidad de engagement.

En cuanto a la red social Instagram, al igual que en Facebook, el Programa ofrece únicamente el formato de contenido **“imagen”**. Esta red ofrece múltiples formatos de contenido que permiten diversificar los mensajes que mejor se adapten a cada uno de ellos. Historias, IGTV, Reels, son algunas de las herramientas que el Programa podría utilizar para

captar la atención de los usuarios. En las encuestas realizadas, observamos que los jóvenes se encuentran atraídos por múltiples formatos de contenido. Repararnos también en que el perfil no posee gran frecuencia de publicación, espaciando las mismas con semanas de por medio, cualidad que no favorece el uso de esta red.

Si pensamos en el objetivo del Programa de convertirse en un canal de consultoría y conversación con los jóvenes, podemos acudir a palabras de Scheinsohn para ver qué deberíamos hacer para lograr nuestro cometido. El autor propone: “Si tomamos conciencia de que las personas poseen determinados mapas de la realidad y logramos posicionar a la empresa, encuadrando a la comunicación dentro de estos esquemas de pensamiento de los públicos, tendremos la oportunidad de establecer interacciones eficaces con ellos”. Por consiguiente, es factible entender que para llegar a establecer un vínculo de comunicación fluida, de **confianza**, primero debemos comunicar para posicionarnos, darnos a conocer y principalmente constituirnos como un interlocutor legítimo. En este sentido nos preguntamos, ¿Es acorde plantear como objetivo general la interacción directa? ¿Se deberían pensar nuevos objetivos de posicionamiento que devengan en la intención inicial del Programa?

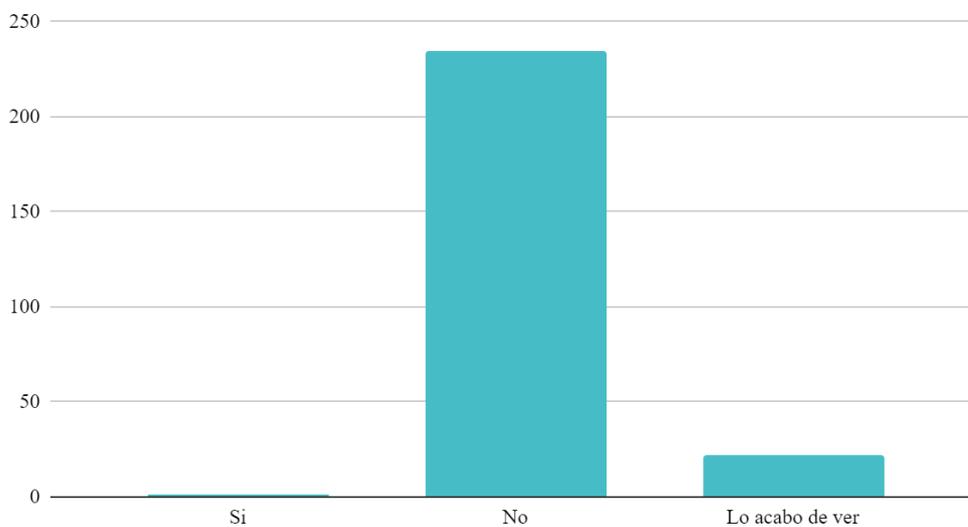
## **Imagen**

### *Análisis del reconocimiento, valoración y posicionamiento del Programa*

El programa cuenta actualmente con 1003 seguidores (entre Facebook e Instagram), de los cuales pudimos observar al menos 34 pertenecen al rango etario designado como objetivo de los servicios ofrecidos por el Programa.

Por otro lado, en la encuesta realizada a 258 jóvenes, se les consultó si conocían al Programa por acá sí, el 91,2% de los encuestados afirmó no conocerlo (235). Mientras que el 8,5% (22) buscó el perfil en redes en ese momento y el 0,4% ya lo conocía (1).

Reconocimiento del programa "PorAcasí"



Ejercer una valoración acerca del Programa es difícil sino se lo conoce y mucho menos sino se lo ubica en relación a un sector para reconocerlo. Sin embargo, en base a los comentarios que se pueden observar en las redes sociales, la imagen percibida por los públicos respecto del Programa es positiva: “Aplausos” comentó Graciela<sup>17</sup>, e incluso algunos perfiles de organizaciones del sector emiten valoraciones también positivas: “Me encantó el posteo y lo publiqué” expresó la cuenta “sexualidad\_y\_género”<sup>18</sup>

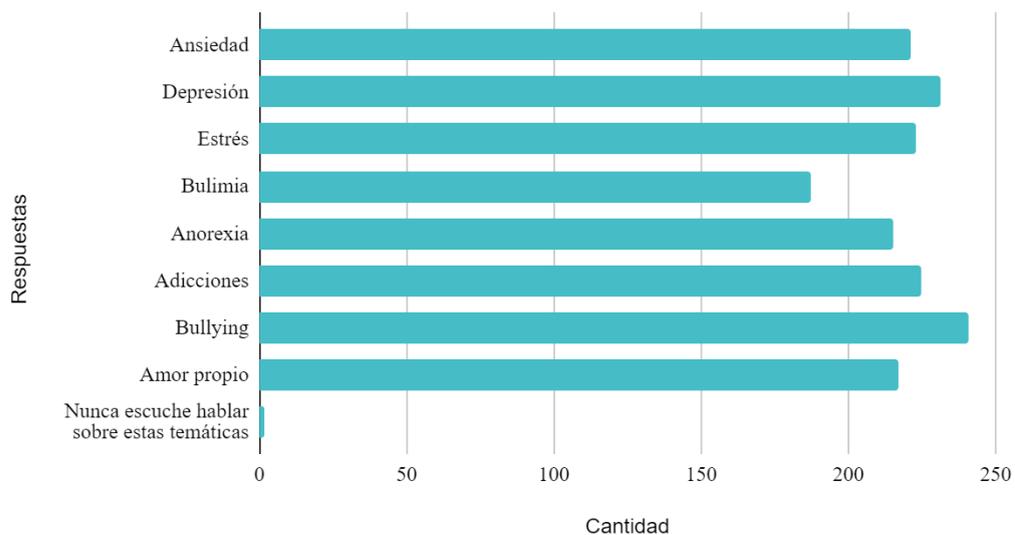
De igual manera aquellos usuarios que emiten valoraciones no son parte del público joven que más interesa al desarrollo del Programa.

En cuanto al reconocimiento y valoración de los públicos acerca de las temáticas que ofrece el Programa, consideramos que hay un claro interés donde se podría trabajar. Se les preguntó a los jóvenes que patologías de salud mental reconocían, el siguiente gráfico ilustra las respuestas obtenidas.

<sup>17</sup> En la publicación del 31/08/2020

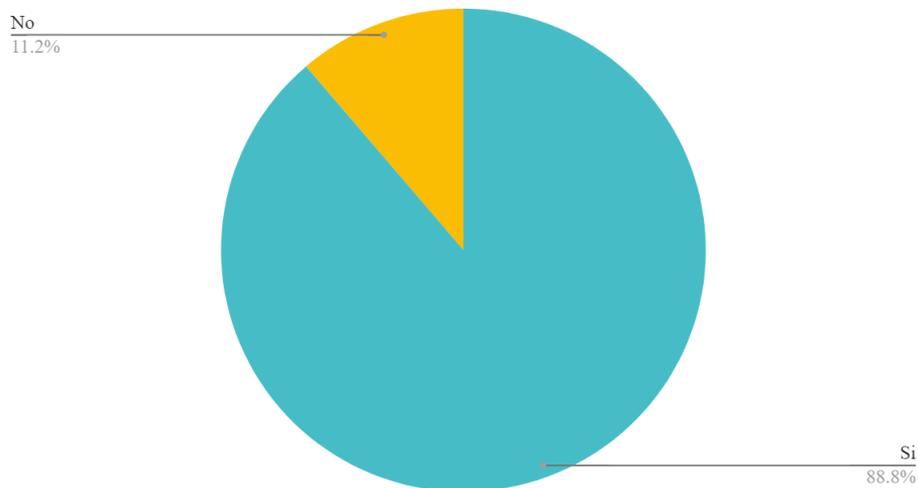
<sup>18</sup> En la publicación del 24/07/2020

### Patologías reconocidas



Seguido a esta pregunta, se les consultó si estaban interesados en charlar y conocer más sobre estas temáticas, el 88,8% de los jóvenes encuestados respondió que sí estaba interesado.

### Interés en conocer sobre temáticas de salud mental



Por otro lado si hablamos de la valoración del contenido publicado por el Programa, pudimos obtener la opinión de un usuario del mismo que luego de visualizar las publicaciones en general declaró:

“Los posteos me simpatizan, el mensaje es claro pero corto. Me parece que las publicaciones están muy saturadas de dibujos, los logos son muy grandes. Los dibujos son lindos, pero siento que no son para adolescentes, están como infantilizados. El mensaje está dirigido a alguien como si no fuera yo, como si no fuera para mí. Me da curiosidad y ganas de seguir mirando, sin embargo cuando hablan de ansiedad y amor propio, está bueno visibilizar eso, pero siento que le falta mucha info, hay más para decir” Jazmín, 19 años<sup>19</sup>

### ***Buzón de sugerencias: herramientas de análisis de imagen de sus públicos***

A fines de **mejorar el posicionamiento** evidenciado por los colaboradores del Programa, es que toman contacto con Mario Santaella y la Coordinación de Relaciones Estudiantiles, para hacer alguna acción de difusión en conjunto con el Ministerio de Educación, como Mario comentaba en la entrevista: “lo que hacen ellos es pedirnos a nosotros que utilicemos el programa y que lo levantemos para ver si los centros de estudiantes lo tomaban como propio y empezaban a darle una vueltita de tuerca. En ese momento, la página de Instagram del “Por acá sí” tenía 300 seguidores... habría que ver ahora cuantos tiene, pero bueno, lo que hicimos nosotros fue eh... hacer una reunión virtual.”

La primera reunión, que se realiza a través de una convocatoria por redes sociales, logró una revalorización del programa. “Eso hizo que explotaran las... no explotaran pero que se revalúe y aumentará considerablemente, en un 150% las consultas que tuvo en el primer mes el programa y ahí fue creciendo porque nosotros fuimos adhiriendo a otras charlas, se fue sumando más información”. En este primer encuentro participaron 240 jóvenes, a los cuales se les consultó, a modo de buzón de sugerencias anónimo, sobre las

---

<sup>19</sup> Entrevista informal

temáticas que les interesa abordar en las charlas posteriores que se desarrollarían en el marco del programa. Con esa información, atendiendo a la demanda del público objetivo, para captar su interés fue que se generó contenido para publicar en los canales del programa, es decir redes sociales.

Si bien esta herramienta tuvo éxito para indagar acerca del contenido que los jóvenes esperaban abordar mediante una propuesta con estas características, las charlas no fueron promocionadas, y se limitó la posibilidad de expansión del reconocimiento del programa.

“Comunicacionalmente, lo que no se compartió fueron las charlas que hicimos nosotros. No promocionaron, entre comillas digo, porque nosotros no lo necesitamos porque tenemos un público cautivo, porque los estudiantes están dentro de los colegios, pero... lo que sí hicieron fue tomar de esas charlas específicas y generar contenido para las redes sociales” (Santaella, entrevista, 14 de abril 2021).

Considerando que la imagen es la síntesis mental que elaboran los públicos sobre una organización determinada, podemos pensar que aquellos elementos que se ponen a disposición de los públicos susceptibles de su apropiación e interpretación pueden ser controlados para efectuar una gestión de las construcciones que realizan.

Así es que podemos afirmar que mientras no exista una regulación, una gobernabilidad, de la comunicación corporativa que sea parte de un Proyecto y con una planificación específica, no existirá una gestión de la imagen institucional de los públicos. Dicha gestión necesita de la constante retroalimentación para la corrección del rumbo desde las herramientas comunicacionales. En el caso del Programa, podemos afirmar que al no existir una coherencia y **continuidad comunicacional integral**, y al no contar con mecanismos de revisión de la opinión de los públicos, no existe una gestión comunicacional a largo plazo y por consiguiente no hay una regulación de la imagen. Sin embargo, sí existe una

imagen formada por los públicos, todo aquello ya comunicado intencional o no intencionalmente por el Programa, ha intervenido en la conformación de la misma.

Según lo desarrollado en el marco teórico por Scheinsohn, en la configuración de la imagen intervienen factores mentales como la exposición selectiva. Las encuestas realizadas nos muestran que existe interés en la temática de salud mental, por lo que sí los jóvenes conocieran el programa, este concepto indica que seleccionaron el contenido que propone “Por acá si”. Otro de los factores que intervienen en la construcción de la imagen es el de memorización selectiva. En este caso, pudimos identificar que al no haber acumulación y sedimentación de contenido destacado por la organización no se obtiene la imagen pretendida. Por otro lado, la capacidad receptora limitada del público, nos lleva a reflexionar sobre las posibilidades que hay de que los sujetos elijan recibir el contenido que brinda la propuesta, si el programa “Por Acá Si” no se posiciona previamente en el sector.

La **representación mental** que los públicos hacen de la imagen se encuentra íntimamente relacionada con el vínculo de interacción que se construye entre ambas partes. Si tenemos en cuenta que esta interacción no está sucediendo, podemos reflexionar acerca de que resulta imposible tomar en cuenta esta categoría como un factor mental a favor de esta construcción.

Es importante resaltar el rol de los públicos internos en la conformación de la imagen desde la difusión de la identidad organizacional. Para aumentar la gestión de la imagen y tender hacia una construcción positiva, el público interno es un gran recurso. Consideramos que es una herramienta que el Programa está dejando de lado, mostrar quienes trabajan, de qué manera lo hacen y a su vez hacer cultura interna, permiten influir no sólo lo que los protagonistas de la organización dirán de nosotros, sino también en algunos conceptos que los públicos podrían elaborar, como por ejemplo facilitar la confianza por cercanía.

## Conclusiones diagnósticas

A partir del análisis realizado, elaboramos un cuadro FODA para presentar sintéticamente las ideas reveladas por el diagnóstico. Utilizamos esta herramienta metodológica partiendo desde el objetivo general de este trabajo final, con la intención de situar el análisis de fortalezas, oportunidades, amenazas y debilidades en un accionar específico.

<b>Objetivo de análisis: Reposicionamiento</b>	
<b>Fortalezas:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● La personalidad del Programa tiene concordancia con lo que propone la nueva ley de salud mental desde una perspectiva de derechos.</li><li>● La readaptación de la propuesta del Programa a la virtualidad.</li><li>● La vinculación con el Ministerio de Educación.</li><li>● La gratuidad de los servicios que ofrecen.</li><li>● Contar con perfiles en dos de las redes más utilizadas por los jóvenes.</li></ul>	<b>Oportunidades:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● En el sector, el Programa cuenta con un posicionamiento inicial.</li><li>● Facilidad de llegada al público cautivo en las escuelas.</li><li>● El interés de los públicos en temáticas de salud mental.</li><li>● Las redes sociales en las que se encuentran permiten otros formatos para repensar los mensajes a fines de generar interacción con el público.</li></ul> ley .
<b>Debilidades:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● No se encuentra consolidado el proyecto identitario.</li><li>● Al no existir una gestión de la comunicación no se obtiene la imagen pretendida.</li><li>● No se utilizan todos los recursos brindados por las redes sociales para generar mayor interacción.</li><li>● No existen herramientas de</li></ul>	<b>Amenazas:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● Otras organizaciones con proyecto identitario consolidado puedan ser elegidas por los públicos.</li><li>● Continuidad del contexto pandemia como limitante de recursos presenciales.</li><li>● Evolución constante de las herramientas y canales de redes.</li><li>● Discontinuidad del apoyo del sector público, por ejemplo: cambio de</li></ul>

<p>medición de la imagen.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● La falta de identificación, caracterización y segmentación del público para la producción de mensajes claves.</li></ul>	<p>gestión.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------

## Propuesta

### Planificar y Elaborar Proyectos

José Manuel Mille Galán propone definir la noción de **proyecto** bajo dos aspectos, de forma genérica una unidad de acción específica que expresa la intención de hacer en pos de un objetivo. En un proceso de planificación, esta unidad constituye la agrupación de un grupo de elementos que se inscriben en una unidad mayor, el **programa**, y que este último está contenido a su vez en una dimensión global: el **plan**.

El plan constituye el nivel máximo de estructuración y organización de la acción. “Establece grandes prioridades, estrategias, objetivos generales”. Se encuentra en el nivel estratégico. Los programas integran el conjunto de acciones que desarrollan a la práctica del plan. “Implican el nivel medio o táctico de la estructuración de la acción”. Los proyectos constituyen el conjunto de acciones interrelacionadas que desarrollan un programa, conformando el nivel operativo, los proyectos definen actividades de resultados tangibles, compuestas por tareas de desarrollo concreto.

Para desarrollar un proyecto hay que plantearse una serie de preguntas que den lugar a la aprehensión de la realidad, para poder hacer una previsión. Las respuestas a estas preguntas darán lugar a una guía que orientará todo el proyecto llamado **guión memoria**.

### Plan de Comunicación

El plan que se propone para la gestión de la comunicación estratégica del Programa “Por Acá Sí” tiene como objetivo reposicionar la iniciativa, principalmente en el grupo de interés objetivo del Programa; para así lograr el reconocimiento necesario como un espacio legítimo de consulta en temáticas de salud integral. Para lograrlo, proponemos como Plan una estrategia que responda a cuatro aristas: el conocimiento y caracterización de los grupos de

interés para una mayor gestión comunicacional, la unificación identitaria del Programa, la creación de nuevas situaciones de recepción acorde a las preferencias de los públicos con mayor exposición de variedad de contenidos, y por último una propuesta ampliatoria de las herramientas de difusión.

Con dichos proyectos, y teniendo en cuenta aquellos datos relevados en el diagnóstico, pretendemos contribuir a largo plazo en una estrategia de posicionamiento, que permita al Programa ser reconocidos entre otros y por los públicos objetivos, con quienes establezca vínculos perdurables, colaborando a la percepción de la imagen deseada y logrando una construcción positiva de sentidos en los ciudadanos.

Coincidimos a su vez en perdurar los rasgos que adecuan el Programa a las iniciativas propuestas por la ley de salud mental, a fin de que sus prácticas incidan en los sujetos como ciudadanos, permitiendo el empoderamiento de los mismos y su apropiación de las políticas públicas de salud integral.

En particular, retomamos el primer recorte de contenido de relevancia a tomar por el programa, cuando hablamos de salud integral, es importante poner como foco la revalorización de la salud mental.

Con estos ejes en consideración, nos predisponemos a hacer una descripción de los proyectos a abordar.

### **Proyecto N°1: “Gestión Vincular: Segmentación De Los Públicos y Generación De Mensajes Claves”**

A partir del mapa de públicos desarrollado en el trabajo diagnóstico, en la dimensión de vínculos, este proyecto se orientará a lograr la segmentación definitiva de los grupos de interés del Programa “Por Acá Sí”. A partir de esta es que se procederá a caracterizar los

segmentos para diseñar mensajes claves diferenciados y pertinentes a las expectativas de la organización y sus públicos.

Una vez establecida la segmentación basada en el mapa de públicos propuesto en el diagnóstico, se procederá a rediseñar la herramienta de recolección de datos (encuesta) elaborada para la caracterización del público adolescente de la Provincia de Córdoba utilizada en el trabajo diagnóstico. La encuesta es una técnica que nos permite conocer tendencias dentro de grandes grupos de interés heterogéneos como los que componen los vínculos del Programa.

Para concluir con el desarrollo de este proyecto, se elaborará un gráfico solar del mapa de públicos que se constituya como una herramienta para la gestión de la comunicación. La visualización de los públicos en un gráfico, permite a la hora de diseñar comunicaciones y planificarlas tenerlos en cuenta a cada uno de ellos y sus particularidades; a través de qué canales comunicarse, cuáles son las tipologías de mensaje clave, entre otros datos.

***Objetivos generales:***

1. Segmentar y caracterizar los grupos de interés del Programa “Por Acá Sí”
2. Desarrollar mensajes claves pertinentes a las expectativas del Programa y cada uno de los grupos de interés segmentados

***Objetivos específicos:***

- 1.1 Elaborar el gráfico solar donde quede definida la segmentación de los grupos de interés del Programa “Por Acá Sí”
- 1.2 Diseñar encuestas destinadas a caracterizar los grupos de interés segmentados
- 1.3 Divulgar las encuestas por canales oficiales en colaboración con el Ministerio de Educación.
- 1.4 Sistematizar en gráficos los resultados de las encuestas

2.1 Describir las características y expectativas de los grupos de interés segmentados en base a los resultados obtenidos en las encuestas realizadas

2.2 Elaborar mensajes claves basados en las expectativas de la organización con cada grupo de interés identificado y sus respectivas características.

En este proyecto intervendrán aquellas personas responsables de la comunicación del Programa, internos al mismo. Deberán trabajarlo a la par de profesionales de la comunicación que puedan colaborar en la construcción del gráfico y formalización de la caracterización de los grupos de interés. Sin embargo, el presente proyecto no cuenta con muchos más recursos o gastos, por lo que será accesible para el Programa.

Sugerimos a modo práctico, evaluar los segmentos realizados mediante los algoritmos de las redes sociales. Facebook e Instagram poseen en la gestión de páginas herramientas de segmentación, donde seleccionando filtros de características te informan la cantidad de usuarios de la plataforma que se encuentran por debajo del recorte realizado. Así podemos conocer fácilmente si el público posee demasiada amplitud y hay continuar delimitando mediante características, cómo por ejemplo el interés, o es acorde a nuestro objetivo. En el caso de que se muestre que el público es “muy acotado”, sugerimos no tomar acciones ya que ese dato está propuesto para la realización de campañas pagas y en el caso de la segmentación por mapa de públicos para la construcción de mensajes claves es coherente que trabajemos con públicos bien definidos y que se complementen con el resto de los segmentos.

La evaluación del proyecto se realizará a través de un seguimiento de los nuevos usuarios que haya alcanzado el Programa por medio de sus redes sociales, identificando a qué grupos de interés pertenecen, a modo de relevar si la segmentación y la consecuente elaboración de mensajes ha sido efectiva para alcanzar a los grupos objetivo del “Por Acá Sí”. A su vez, si esos nuevos usuarios no se pueden identificar dentro de los grupos de interés

segmentados anteriormente, se debería actualizar el mapa a modo de evaluar la proyección de acciones en base a esos nuevos grupos identificados.

Para tales acciones, se contempla dentro del proyecto la capacitación interna a los responsables de la comunicación del Programa “Por Aquí Sí”. Tal capacitación constará de dos instancias. En primer lugar, los colaboradores del programa participarán de la elaboración del mapa solar de públicos en conjunto con profesionales de comunicación organizacional pertenecientes al área de comunicación del Gobierno de la Provincia de Córdoba. Serán formados respecto al uso práctico del mapa, con opción a dos asesorías posteriores brindadas por los mismos profesionales. En una segunda instancia, los responsables de comunicación del Programa serán capacitados en el uso de métricas de las redes sociales utilizadas, con el fin de poder evaluar adecuadamente los resultados de las acciones realizadas.

## **Proyecto N° 2: “Tipificación Del Proyecto Identitario Del Programa “Por Aquí Sí”**

En el desarrollo de la dimensión identidad del diagnóstico institucional realizado, pudimos concluir que no se puede identificar en el Programa una continuidad a nivel físico-visual, rasgo del que se puede concluir que no existen criterios unívocos respecto al proyecto identitario del “Por Aquí Sí”. Como analizamos previamente, esta dimensión es la que le permite a la organización seleccionar sus atributos óptimos de identidad, recortados de la realidad organizacional, para luego ser identificados a partir de estos frente a sus públicos. Si estos rasgos no poseen un criterio, los usuarios que observen las manifestaciones de la identidad visual no identificarán los atributos con los que el Programa se define, dificultando el reconocimiento de él por parte de los grupos de interés.

Este proyecto intentará dar continuidad visual al Programa y rescatar aquellas tipologías discursivas que el Programa ya posee constituidas, a fines de construir una única línea de acción.

### ***Objetivos generales***

1. Administrar los atributos óptimos de identidad del Programa “Por Acá Si”
2. Sintetizar los atributos identitarios del Programa Por Acá Si en un Manual de Identidad Corporativa

### ***Objetivos específicos***

1.1 Seleccionar los atributos visuales que se utilizarán como parte del proyecto identitario.

1.2 Actualizar los elementos iconográficos en relación al contexto de referencia del Programa y sus públicos.

2.1 Describir las aplicaciones de los componentes de la identidad físico-visual.

2.2 Regular los usos de cada uno de los componentes a modo de guía práctica.

Para la ejecución de este proyecto se elaborará un Manual de Identidad Corporativa donde se desglosen todos los rasgos que componen la identidad físico-visual y discursiva del Programa “Por Acá Sí”. Cada uno de ellos será descrito en todas sus posibles usos y aplicaciones de acuerdo a los canales y formatos en los que la organización se desarrolle.

De los elementos ya creados por el Programa, como logo y paleta de colores, se seleccionarán los más pertinentes en relación con los objetivos para dar cuenta de su uso estructurado. A su vez, en el caso de la iconografía, se actualizará de acuerdo a lo relevado en el diagnóstico, a fin de que se encuentre en consonancia con los intereses de los grupos de interés.

El manual se dividirá en diferentes apartados que contendrán: Usos del logo, constitución y uso de la paleta de colores, tipografía, significado y uso del slogan, proyecto identitario: misión, visión, valores, iconografía a aplicar, plantillas para redes sociales. La composición del manual contendrá también elementos discursivos, basados en el texto de identidad, y la descripción de su correcta utilización para ser aplicados en los diferentes canales donde se haga presente la organización: Saludos, mensajes preestablecidos, respuestas automáticas, formato de citas, etc.

En el desarrollo de dicho Manual deberán trabajar los colaboradores del Programa en conjunto con un comunicador/a social. Posterior a la finalización del archivo se deberá comunicar internamente y capacitar sobre su uso. Los recursos intervinientes en este proyecto serán humanos en cuanto a la comunicación y el diseño, y materiales en el caso de programas de diseño. Para evitar mayores gastos se mantendrá en formato virtual sin necesidad de impresión.

La aplicación del manual será evaluada mediante el establecimiento de políticas institucionales y la designación de un guardián de marca que puede ser un colaborador propio del Programa. A los tres meses posteriores de su lanzamiento se realizará un nuevo relevamiento de contenidos presentes en los canales para constatar el buen uso del Manual.

### **Proyecto N° 3: “Diversificación De Canales Externos”**

Como se dio a conocer en las conclusiones diagnósticas y en el desarrollo de las dimensiones comunicación y vínculos, el Programa al día de hoy se encuentra presente en dos redes sociales: Facebook e Instagram y produce sólo dos tipos de formato de contenido: imagen y texto. Es de interés de los públicos la amplitud de canales, debido a que utilizan más de una red social y a raíz de que se pudo identificar los espacios en donde los jóvenes reconocieron haber abordado temáticas de salud mental. Los porcentajes han demostrado que

las redes sociales y la escuela son los que fueron elegidos por sobre otros ambientes propuestos.

Estos datos, señalan que el grupo de interés espera encontrar información en temática de salud mental tanto en las redes sociales como en las escuelas, por lo tanto las propuestas de difusión tendrán que estar apuntadas a estos canales. Se sumará, a fines de aumentar el posicionamiento, la vía pública que apunta a una segmentación únicamente espacio - temporal.

***Objetivos generales:***

1. Crear nuevos canales externos adecuados a las preferencias del grupo de interés principal.
2. Describir la estrategia de implementación y uso de cada uno de ellos.

**Objetivos específicos:**

- 1.1 Crear y optimizar una cuenta de Tik Tok.
- 1.2 Crear y optimizar una cuenta de WhatsApp Business.
- 1.3 Pactar en colaboración con el Ministerio de Educación espacios de charla en las escuelas de Córdoba y el interior de la provincia de Córdoba.
- 1.4 Generar cartelera para el posicionamiento del Programa en la vía pública en la Ciudad de Córdoba.
- 2.1 Definir el uso y la planificación de contenidos de Tik Tok.
- 2.2 Definir el uso y la planificación de contenidos de WhatsApp.
- 2.3 Definir el uso y la planificación de contenidos de Instagram.
- 2.4 Definir el uso y la planificación de contenidos de Facebook.

Por consiguiente, en este proyecto proponemos una diversificación que le permita al Programa tener presencia en diferentes espacios. Por un lado, se creará en el plan de gestión de redes dos nuevos canales: WhastApp y Tik Tok.

En el caso de WhatsApp, se desarrollará una cuenta Business de este canal y se difundirá con los otros canales, apuntando a la omnicanalidad, para impulsar la conversión de consultas desde esta red que es la más utilizada. Con la creación de Tik Tok se apuntará a los grupos de interés más jóvenes de 10 a 13 años, según los datos relevados, en el canal se redirigirá el contacto a las otras redes sociales.

Por otro lado, este proyecto propone utilizar el recurso de contacto con el Ministerio de Educación para elaborar pequeños equipos interdisciplinarios que recorran las escuelas de la Provincia, tanto en capital como en el interior, con el objetivo de profundizar acerca del conocimiento sobre las patologías en salud mental y proponer como canal de comunicación posterior los intercambios por medio de redes sociales. Esta metodología podría implementarse a través de un cronograma de visitas de manera presencial, como con encuentros virtuales, pactando previamente su divulgación por medio de los canales de las instituciones involucradas.

En la vía pública, se comenzará por hacerlo en la Ciudad de Córdoba utilizando espacios del gobierno Provincial, donde se realizará cartelería de difusión en formato sextuple. Estos carteles contendrán contenido conciso de salud mental en jóvenes a modo de disparadores de la atención, sumado a los contactos de redes sociales, incluyendo un código QR que derive a la red principal: Instagram.

Para desarrollar este Programa se necesitarán recursos materiales y humanos, en relación al diseño e impresión en el caso de la cartelería, para acceder a los mismos se utilizará el presupuesto del Programa que le destinan ambos ministerios, de Salud y

Educación respectivamente. En el caso de las charlas, se acudirá a profesionales del sector público que deseen realizarlas ad honorem.

La evaluación del presente proyecto será realizada mediante la revisión del indicador de cantidad de seguidores y el engagement (Interacción por sobre seguidores) el aumento progresivo de ambos indicadores de cada red social, dependerá del contenido y la frecuencia de publicación pero al utilizar los canales adecuados se generará una gran ventaja.

#### **Proyecto N° 4: “Nuevas generación de contenidos: participación social y formatos actuales”**

En el presente proyecto se propone la nueva generación de contenido, teniendo en cuenta las preferencias de los jóvenes respecto de los formatos y los contenidos mostrados como de su interés. A su vez se los hará parte de la propia producción.

En cuanto a los formatos preferidos, los audiovisuales de diferentes duraciones son los más votados en las encuestas, con 123 respuestas entre videos y reels.

A partir de la caracterización por medio de la encuesta al grupo de interés compuesto por adolescentes de la Provincia de Córdoba de entre 10 y 19 años, pudimos conocer algunas tendencias respecto a cuáles son las patologías, pertenecientes al campo de la salud mental, que los jóvenes más identifican o reconocen. Las 3 patologías más conocidas son el Bullying, Depresión y Adicciones. Con respecto a esto, proponemos generar contenidos que permitan ahondar en temáticas que no se encuentran reconocidas o divulgadas entre el público joven, sin desatender aquellas más identificadas. A modo de brindarle al grupo de interés herramientas que les permitan conocer en profundidad el campo de la salud mental, identificar patologías diversas, e instaurar en el discurso cotidiano esta dimensión fundamental de la perspectiva integral de la salud. Estos contenidos serán diseñados en base a los criterios establecidos por la nueva ley vigente (nacional y provincial) de salud mental,

atendiendo a la perspectiva de derechos, que incluye garantías y obligaciones tanto a los pacientes (o potenciales pacientes) como a los profesionales de la salud.

Para definir nuevos mensajes de difusión con el objetivo de captar mayor reconocimiento en otros grupos de interés, será necesaria la previa caracterización de los mismos. De manera que la selección y gestión de la difusión hacia estos grupos se evalúe de manera pertinente, atendiendo la metodología utilizada para diseñar la gestión de difusión para el grupo Adolescente de la Provincia de Córdoba.

***Objetivos Generales:***

1. Generar nuevos mensajes que aborden las temáticas identificadas a partir de las encuestas.
2. Adaptar los mensajes realizados a los formatos preferidos por el grupo de interés conformado por los jóvenes.
3. Generar un vínculo de participación de los jóvenes en la producción del contenido.

***Objetivos específicos:***

- 1.1 Diseñar dentro de un grupo interdisciplinario un abordaje de cada una de las temáticas específicas de salud mental.
- 2.1 Crear audiovisuales de diferentes duraciones.
- 3.1 Promover la realización de mensajes audiovisuales por los propios jóvenes a través de la realización de un concurso.

En Tik Tok e Instagram, se propondrá comenzar a producir contenido audiovisual en el que se relatan temas de interés de salud y dudas de los grupos de interés. La definición de estas temáticas se hará a través de una sección de buzón de ideas en Instagram. Si bien en ambos se utilizará el mismo formato, diferirá la duración del contenido. En el caso de Tik

Tok, serán mensajes de 1 min, con formato de insight. Y en el caso de Instagram se podrán hacer IGTV con un máximo de 10 min.

Por otro lado, en base a la diversificación de contenidos se propondrá calendarizar las comunicaciones con un mínimo de 2 mensajes por categoría de contenido por mes.

Es decir, implementar la realización de publicaciones ilustradas, fotografías, videos cortos y largos.

El Programa realizará sus propios contenidos, solventando los gastos con el presupuesto anual asignado, priorizando si fuera necesario calidad del contenido por sobre cantidad. A su vez desarrollamos a continuación la segunda parte de este proyecto que le permitirá al Programa contar con contenidos por fuera a los producidos por sí mismo.

Para desarrollar este proyecto, se tendrá en consideración la intención de involucrar al público a nivel provincial extendiendo los límites de la Ciudad de Córdoba y el marco de la ley de salud mental para dar protagonismo a los propios jóvenes en las producciones. Se organizará así, en conjunto con el Ministerio de Educación de la Provincia de Córdoba, un concurso de formato audiovisual para redes en temáticas de salud mental.

Así serán los jóvenes quienes producirán sus propios videos para luego ser seleccionados como material de difusión en las redes del Programa. Los videos que sean seleccionados se publicarán y a su vez sus autores recibirán un premio a establecer por el propio Ministerio. El concurso se desarrollará por ediciones anuales, y los colegios decidirán acerca de su participación. Estará habilitada en colegios de nivel secundario de todas las edades, pudiéndose generar grupos de trabajo intercurros. En el contexto de la virtualidad, los estudiantes podrán grabar videos individuales en sus hogares y trabajar en conjunto la idea y el proceso de montaje.

Los criterios de evaluación serán originalidad y pertinencia de la temática orientada por el cuerpo docente. El comité evaluador será conformado por el propio Programa “Por Aquí Sí”

Este proyecto se evaluará mediante la participación de los estudiantes en la creación de los videos y a su vez, los indicadores de interacción en los nuevos formatos en comparación con los formatos utilizados anteriormente.

### Calendarización de los proyectos

<b>Proyecto N° 1</b>			
<b>Actividad</b>	<b>Agosto</b>	<b>Septiembre</b>	<b>Octubre</b>
Revisar los segmentos realizados en la etapa diagnóstica para su definición definitiva			
Rediseñar la encuesta de relevamiento			
Procesar los datos para caracterizar los grupos de interés			
Definir los mensajes claves para cada grupo de interés			
Elaborar un gráfico solar como método de consulta			

<b>Proyecto N° 2</b>			
<b>Actividad</b>	<b>Octubre</b>	<b>Noviembre</b>	<b>Diciembre</b>
Seleccionar atributos visuales			
Revisar el relevo del diagnóstico respecto de los intereses del público			
Actualizar elementos iconográficos			
Describir las aplicaciones de la identidad físico visual			
Regular los usos de cada uno de los componentes			
Elaborar el manual de identidad corporativa del Programa			

Proyecto N°3				
Actividad	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
Crear y optimizar una cuenta de Tik Tok				
Definir el uso y planificación de contenidos en Tik Tok				
Crear y optimizar una cuenta de Whatsapp Business				
Definir el uso y planificación de contenidos en Whatsapp				
Definir el uso y planificación de contenidos en Instagram				
Definir el uso y planificación de contenidos en Facebook				
Pactar espacios de charlas en las escuelas				
Crear un cronograma de visitas a las escuelas				
Diseñar cartelería para la vía pública				
Imprimir cartelería para la vía pública				
Distribuir cartelería en la vía pública				

Proyecto N°4							
Actividad	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Realizar una planificación mensual de contenido en redes sociales que contemple la variedad de formatos							
Designar las tareas de diseño y publicación en redes sociales							
Coordinar con el Ministerio de Educación el lanzamiento del concurso de videos							
Recibir y evaluar los videos realizados por los estudiantes							
Elegir los videos a publicar							
Calendarizar las publicaciones e informar a sus autores							

## **Aproximación al desarrollo del Proyecto N° 2**

A continuación presentamos una primera muestra del Manual de Identidad del Programa “Por Acá Sí”, correspondiente con el Proyecto N°2. Se decidió poner en marcha este proyecto que tiene como resultado la producción de un Manual a modo de documento de consulta; a raíz de que, en conjunto con el Proyecto 1, es de primera necesidad para la continuación del funcionamiento diario del Programa “Por Acá Sí”. En este Manual se dejan en claro los principales atributos identitarios y su aplicación visual: historia, logotipo acompañado de sus usos recomendados, paleta de colores y tipografía. Se trata de un primer bosquejo, ya que resta por sistematizar el uso iconográfico entre otros recursos. A partir de este Manual, se establece un puntapié en cuanto a la política comunicacional de uso de marca, que abarca a todas las acciones y productos comunicacionales a desarrollar de ahora en más. Con estas consideraciones en cuenta, ponemos el Manual a disposición.

# # PorAcáSí

Manual de Identidad Corporativa

# índice

<b>Historia</b>	<b>pág. 3</b>
<b>Logotipo</b>	<b>pág. 4</b>
<b>Usos del logotipo</b>	<b>pág. 5</b>
<b>Paleta de colores</b>	<b>pág. 6</b>
<b>Tipografía</b>	<b>pág. 7</b>

# 2017

El programa “Por acá sí” surge en el **año 2017**, en el marco del Programa de Salud Integral de las Adolescencias de la Provincia de Córdoba, dependiente de la Dirección de Jurisdicción de Maternidad e Infancia. Dentro del ámbito de la Secretaría de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud, que formula y aplica las políticas de salud materno infantil y de la adolescencia del Ministerio de Salud en todo el ámbito provincial.

Brinda asesorías online sobre salud integral a jóvenes de la Provincia de Córdoba.

# #PorAcáSí

El logotipo se compone del icono numeral que representa un hashtag sumado a la frase “por acá sí”.

El **hashtag** es un término asociado a asunto o discusiones que desean ser indexadas en redes sociales. Formando un hipervínculo que unifica todas las intervenciones bajo un mismo título. Sumado a este uso técnico de las redes sociales, principalmente en Twitter, cuenta con un uso coloquial y cultural, haciendo referencia a palabras que sintetizan una acción, momento o situación, dichas en contexto por los propios interlocutores. Es principalmente difundido entre los jóvenes por su mayor presencia en las redes sociales.

En cuanto a la **frase** “por acá sí” es un modismo coloquial utilizado por los jóvenes en la variante: “no es por ahí” o “es por acá” que indica cuando una opción es o no la correcta o la más beneficiosa.

usos correctos

# PorAcáSí

# PorAcáSí

# Por  
Acá  
Sí

# Por  
Acá  
Sí

usos incorrectos

PorAcáSí

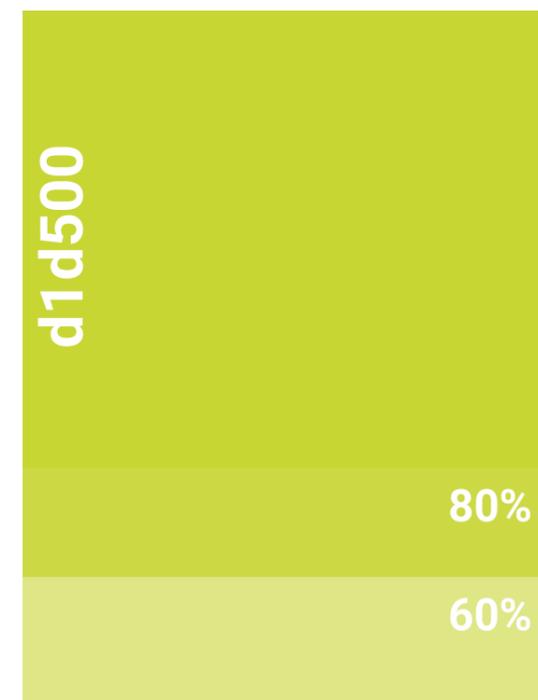
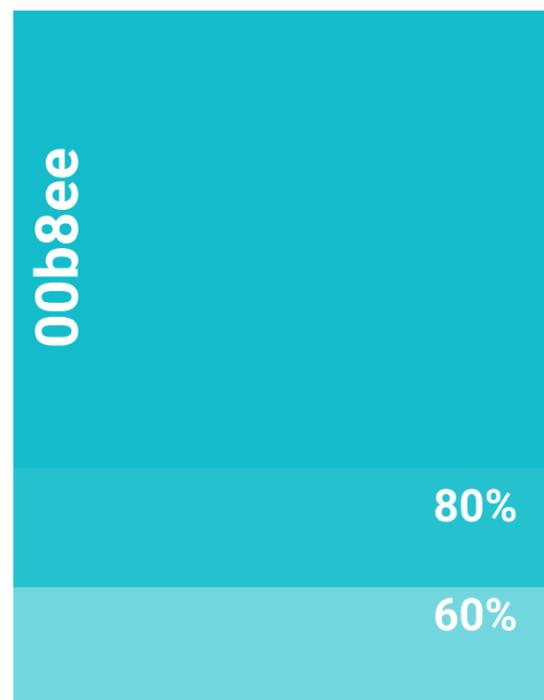
#*PorAcáSí*

# Por  
Acá  
Sí

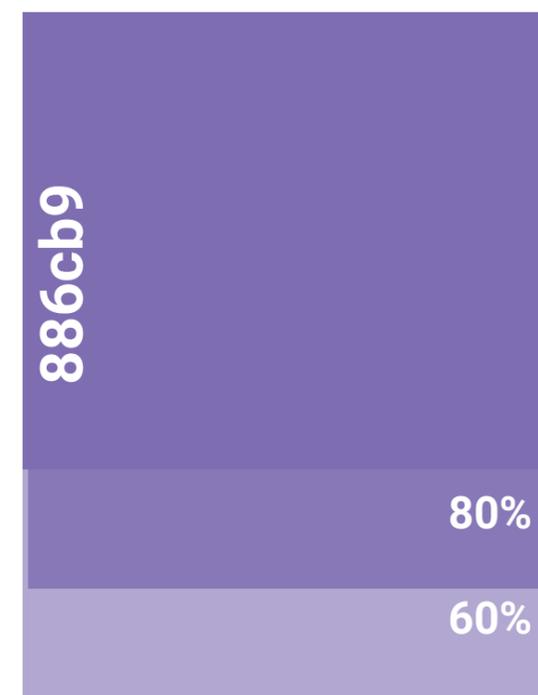
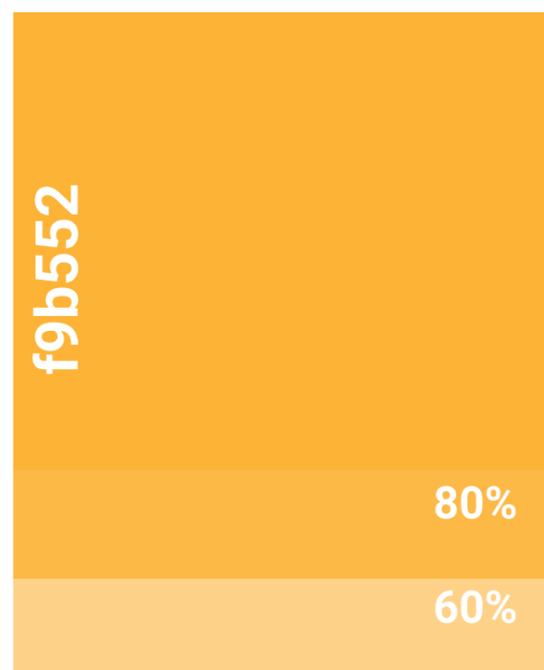
Por Acá Sí

# paleta de colores

## paleta primaria



## paleta secundaria



# Roboto

Roboto thin

Roboto light

Roboto regular

*Roboto italic*

Roboto medium

Roboto bold

Roboto black

Por Acá Sí  
Por Acá Sí

**#PorAcáSí**

## Bibliografía

- Ander-Egg, E.** (1985). Introducción a la planificación estratégica, Buenos Aires, Argentina. Editorial Lumen/Humanitas.
- Avendaño, M. C. C.** (2006). Elementos de Metodología y Prácticas Locales - Cuadernos de Análisis I. Argentina. Editorial BR Copias.
- Castells, Manuel** (2009). Comunicación y poder. España. Editorial Alianza
- Cilimbini, A., Lucero, D., la Cruz, E., Galdeano, G., Ramello, H. y Alaniz, M.** (2014). Introducción a la carrera de comunicación social. Córdoba, Argentina, Editorial Copy-Rápido
- Cunill-Grau, N.** (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales. Un acercamiento analítico-conceptual. Gestión y Política Pública, XXIII (1), 5-46.
- Emanuel, E. J. y Emanuel, L.L.** (1999) Cuatro modelos de la relación médico paciente, Bioética para Clínicos pp. 109-126, Madrid, España, Editorial A. Couceiro.
- Emanuelli, P., Egidos, D., Von Sprecher, R., Ortúzar, I., García Lucero, D., Dorado, C. y Ulla, C.** (2009). Herramientas de metodología para investigar en comunicación, conceptos, reflexiones y ejercicios prácticos. Córdoba, Argentina. Editorial Copy Rápido.
- Gomez de Silva, G.** (1988) Breve diccionario etimológico de la lengua española, México, Editorial Fondo de cultura económica.
- Hernández Sampieri, R.** (2014). Metodología de la Investigación. México. Editorial McGraw-Hill Interamericana
- Martín Barbero, Jesús** (2009). Una aventura epistemológica. Colombia. Editorial Matrices.
- Menéndez, E.** (1985). Modelo médico hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción en el sector salud. En Cuadernos Médicos Sociales, N° 33, Rosario, Argentina.
- Menendez, E.** (1998). Participación Social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado. Cuadernos Médico Sociales N° 73 pp 5-22, Rosario, Argentina.

- Puig Valls, V.** (2015) Social media. 250 consejos prácticos para diseñar tu estrategia en las redes sociales. Madrid, España. Editorial RA-MA
- Regis, S.** (2007). Reflexiones sobre las prácticas de comunicación en el campo de la salud. Argentina. Universidad Nacional de Córdoba.
- Rosseti, A. y Monasterolo, N.** (2016). Salud mental y derecho. Reflexiones en torno a un nuevo paradigma. Córdoba, Argentina, Editorial Espartaco.
- Rosseti, A. y Monasterolo, N.** (2018) Salud mental y derecho. Derechos sociales e intersectorialidad. Córdoba, Argentina, Editorial Espartaco.
- Sanz de la Tajada, L.** (1996). Auditoría de la imagen de empresa: métodos y técnicas de estudio de la imagen. Madrid, España. Editorial Síntesis.
- Scheinsohn, A. D.** (1998) Dinámica de la Comunicación y la Imagen corporativa. Buenos Aires, Argentina. Editorial Fundación OSDE.
- Sonis, A; Bello, J. De Lellis, M.** (2005) Sociedad y salud. Módulo I de Capacitación del Posgrado en Salud Social y comunitaria. Programa Médicos Comunitarios. Ministerio de Salud de la Nación.
- Stolkiner Alicia** (2012) Infancia y medicalización en la era de “la salud perfecta” .Revista Propuesta Educativa Número 37 – Año 21 – Vol 1.
- Uranga, W.** (2008). Prospectiva estratégica desde la comunicación. Buenos Aires, Argentina
- Wolton, D.** (2007) Pensar la comunicación, Argentina, Editorial Prometeo libros.
- Zuccherino, S.** (2018) Social Media Marketing. La Revolución de los Negocios y la Comunicación Digital. Buenos Aires, Argentina. Editorial Temas.

## **ANEXO**

**ENCUESTAS**  
**258 RESPUESTAS**

**POR VARIABLE**

**EDAD**

Respuesta	Cantidad	Porcentaje
10	4	1,6%
11	2	0,8%
12	6	2,3%
13	13	5%
14	13	5%
15	20	7,8%
16	16	6,2%
17	48	18,6%
18	76	29,5%
19	60	23,3%
Total	258	100%

Moda: 18 años

**GÉNERO**

Respuesta	Cantidad	Porcentaje
Mujeres	169	65,5%
Hombres	88	34,1%
Otro (no binario)	1	0,4%
Total	258	100%

Moda: Mujeres

**LOCALIDAD**

Respuesta	Cantidad	Porcentaje
Alcira Gigena	1	0,4%
Almafuerte	7	2,7%
Alta Gracia	5	1,9%
Bell Ville	2	0,8%
Berrotarán	1	0,4%
Bialet Massé	1	0,4%
Brinkmann	1	0,4%
Canals	4	1,6%
Chalacea	1	0,4%
Colonia Tirolesa	1	0,4%
Corral de Bustos	1	0,4%
Córdoba	136	52,9%
Cosquín	1	0,4%
Cruz Alta	1	0,4%
Cruz del Eje	5	1,9%
Despeñaderos	1	0,4%
Elena	2	0,8%
Embalse	2	0,8%
Estación Juárez Celman	1	0,4%
Huerta Grande	2	0,8%
La Calera	4	1,6%
La Cruz	1	0,4%
La Cumbrecita	1	0,4%
La Falda	2	0,8%
La Paisanita	1	0,4%

La Pampa	1	0,4%
Las Varillas	1	0,4%
Luque	1	0,4%
Malagueño	2	0,8%
Marco Juárez	3	1,2%
Mendiolaza	1	0,4%
Pilar	1	0,4%
Piquillín	1	0,4%
Pueblo Italiano	1	0,4%
Río Ceballos	1	0,4%
Río Cuarto	2	0,8%
Río Primero	1	0,4%
Río Tercero	23	8,9%
Salsipuedes	1	0,4%
San Francisco	3	1,2%
San Marcos Sud	1	0,4%
Santa Rosa de Calamuchita	2	0,8%
Tancacha	1	0,4%
Unquillo	3	1,2%
Villa Allende	3	1,2%
Villa Ascasubi	1	0,4%
Villa Carlos Paz	9	3,5%
Villa Del Totoral	1	0,4%
Villa General Belgrano	3	1,2%
Villa Giardino	2	0,8%
Villa Parque Santa Ana	4	1,6%
Total	258	100%

**ESPACIO EDUCATIVO**

Respuesta	Cantidad	Porcentaje
Público	163	63,2%
Privado	83	32,2%
Cooperativo	5	1,9%
Público de gestión privada	2	0,8%
Semiprivado	3	1,1%
Nacional	1	0,4%
Otros	1	0,4%
Total	258	100

**COMUNICACIÓN DIGITAL****LUGAR DE ACCESO A INTERNET**

Respuesta no excluyente	Cantidad
En casa	256
En casa de un familiar	44
En casa de un amigo	42
En lugares públicos	37
Colegio	1
Consultorio Psicológico	1
Residencia Universitaria	1
Total	258

**CELULAR PROPIO**

Respuesta	Cantidad	Porcentaje
-----------	----------	------------

Si	256	99,2%
No	2	0,8%
Total	258	100

### **MOMENTOS DE CONEXIÓN A INTERNET**

Respuesta	Cantidad
Mañana	198
Tarde	237
Noche	216

### **UTILIZACIÓN DE REDES SOCIALES**

Respuesta	Cantidad
Facebook	71
Instagram	240
Twitter	142
Whatsapp	252
Tik Tok	161
Youtube	6
Reddit	1
Telegram	2
Snapchat	1
VSCO	3
Tinder	1
Pinterest	1
Spotify	1
Tumblr	1

Discord	2
Twitch	1
No uso	2

Modas : Whatsapp e Instagram

### **PUBLICACIÓN QUE CAPTA MÁS ATENCIÓN**

Tipo de publicación	Cantidad	Porcentaje
Fotografía	96	37,2%
Ilustración	20	7,8%
Video	71	27,5%
Reel	52	20,2%
Texto	17	6,6%
Tik Toks	1	0,4%
Todos	1	0,4%
Total	258	100%

Moda: Fotografía y Video

### **SOBRE LO QUE ESCUCHARON HABLAR**

Respuestas	Cantidad
Ansiedad	221
Depresión	231
Estrés	223
Bulimia	187
Anorexia	215
Adicciones	225
Bullying	241
Amor propio	217
Nunca escuche hablar sobre estas temáticas	2

Las 3 más escuchadas en orden: Bullying - Depresión - Adicciones

### **DÓNDE ESCUCHARON HABLAR**

Respuesta	Cantidad
En casa	145
En la escuela	199
En la TV	123
En RRSS	229
Con amigos	166
En las exploradoras	1
En la universidad (psicología)	1
Libros	1
Total	múltiple opción

### **TE INTERESARÍA CONOCER MÁS SOBRE ESTAS TEMÁTICAS**

Respuesta	Cantidad	Porcentaje
Si	229	88,8%
No	29	11,2%
Total	258	100%

### **CONOCÉS ALGUNA PERSONA QUE PADEZCA ALGUNA DE ESTAS PATOLOGÍAS**

Respuestas	Cantidad	Porcentajes
Si	194	75,2%
No	64	24,8%
Total	258	100%

### **CONOCES POR ACÁ SÍ**

Respuesta	Cantidad	Porcentajes
Si	1	0,4%
No	235	91,1%
Lo acabo de ver	22	8,5%
Total	258	100%

## RELACIÓN DE VARIABLES

### 1) Relación edad con horario de consumo

	Mañana	Tarde	Noche	Total (Cant. de encuestados s/edad, base %)
10	3 (75,00%)	3 (75,00%)	2 (50,00%)	4
11	0	2 (100,00%)	0	2
12	2 (33,33%)	4 (66,67%)	3 (50,00%)	6
13	7 (53,85%)	13 (100,00%)	9 (69,23%)	13
14	9 (69,23%)	13 (100,00%)	13 (100,00%)	13
15	14 (70,00%)	18 (90,00%)	18 (90,00%)	20
16	13 (81,25%)	14 (87,50%)	14 (87,50%)	16
17	37 (77,08%)	44 (91,67%)	42 (87,50%)	48
18	60 (78,95%)	68 (89,47%)	63 (82,89%)	76

19	52 (86,67%)	56 (93,33%)	52 (86,67%)	60

## 2) Relación edad con que redes sociales usa.

	Facebook	Instagram	Twitter	Wpp	Tik Tok	Otros	No usa	Total (Cant. de encuestados/edad, base %)
10				3 (75,00%)	3 (75,00%)		1 (25,00%)	4
11		1 (50,00%)		1 (50,00%)				2
12		2 (33,33%)		6 (100,00%)	4 (66,67%)	1 (YT) (16,67%)		6
13	4 (30,77%)	9 (69,23%)	2 (15,38%)	12 (92,31%)	8 (61,54%)			13
14	1 (7,69%)	12 (92,31%)	4 (30,77%)	13 (100,00%)	11 (84,62%)			13
15	7 (35,00%)	19 (95,00%)	10 (50,00%)	20 (100,00%)	16 (80,00%)	2 (VSCO - Reddit) (10,00%)		20

16	3 (18,75%)	15 (93,75%)	11 (68,75%)	16 (100,00%)	15 (93,75%)	3 (Snap/Discord/Twicht) (18,75%)		16
17	11 (22,92%)	47 (97,92%)	34 (70,83%)	48 (100,00%)	34 (70,83%)	3 (Pinterest, VSCO, Telegram) (6,25%)		48
18	22 (28,95%)	74 (97,37%)	55 (72,37%)	76 (100,00%)	43 (56,58%)	4 (5,26%)		76
19	23 (38,33%)	58 (96,67%)	32 (53,33%)	59 (98,33%)	27 (45,00%)	3 (5,00%)		60

### 3) Relación edad con el tipo de contenido que consume

	Fotografía	Ilustración	Video	Reel	Texto	Tik tok	Otro	Total (Cant. de encuestados/edad, base %)
10			3 (75,00%)			1 (25,00%)		4
11	1 (50,00%)				1 (50,00%)			2
12	1 (16,67%)		5 (83,33%)					6

			%)					
13	2 (15,38%)	2 (15,38%)	4 (30,77%)	4 (30,77%)			1 (7,69%)	13
14	2 (15,38%)	1 (7,69%)	4 (30,77%)	5 (38,46%)	1 (7,69%)			13
15	6 (30,00%)		7 (35,00%)	6 (30,00%)	1 (5,00%)			20
16	6 (37,50%)	2 (12,50%)	5 (31,25%)	1 (6,25%)	1 (6,25%)			16
17	17 (35,42%)	3 (6,25%)	15 (31,25%)	10 (20,83%)	2 (4,17%)			48
18	36 (47,37%)	8 (10,53%)	16 (21,05%)	11 (14,47%)	5 (6,58%)			76
19	25 (41,67%)	3 (5,00%)	6 (10,00%)	14 (23,33%)	6 (10,00%)			60

4) **Relación edad con el tipo de patologías que conoce.**

	Ansi edad	Depresi ón	Estrés	Bulimia	Anor exia	Adiccio nes	Bullyin g	Amor propi o	Nunc a escuc hó hablar	Tota l (Ca nt. de enc uest ado s

										s/ed ad, base %)
10	2 (50,0 0%)	2 (50,00 %)	3 (75,0 0%)			2 (50,00 %)	4 (100,00 %)	1 (25,0 0%)		4
11							1 (50,00 %)		1 (50,0 0%)	2
12	4 (66,6 7%)	4 (66,67 %)	5 (83,3 3%)		2 (33,3 3%)	2 (33,33 %)	5 (83,33 %)	3 (50,0 0%)	1 (16,6 7%)	6
13	10 (76,9 2%)	11 (84,62 %)	8 (61,5 4%)	5 (38,46%)	6 (46,1 5%)	11 (84,62 %)	12 (92,31 %)	9 (69,2 3%)		13
14	12 (92,3 1%)	13 (100,00 %)	13 (100, 00%)	9 (69,23%)	11 (84,6 2%)	13 (100,00 %)	13 (100,00 %)	11 (84,6 2%)		13
15	17 (85,0 0%)	18 (90,00 %)	17 (85,0 0%)	14 (70,00%)	18 (90,0 0%)	18 (90,00 %)	18 (90,00 %)	16 (80,0 0%)		20
16	15 (93,7 5%)	16 (100,00 %)	16 (100, 00%)	9 (56,25%)	13 (81,2 5%)	13 (81,25 %)	14 (87,50 %)	13 (81,2 5%)		16
17	37 (77,0 8%)	44 (91,67 %)	39 (81,2 5%)	39 (81,25%)	41 (85,4 2%)	43 (89,58 %)	46 (95,83 %)	40 (83,3 3%)		48

18	70 (92,11%)	71 (93,42%)	69 (90,79%)	64 (84,21%)	70 (92,11%)	68 (89,47%)	73 (96,05%)	72 (94,74%)		76
19	54 (90,00%)	52 (86,67%)	53 (88,33%)	47 (78,33%)	52 (86%)	54 (90,00%)	55 (91,67%)	52 (86,67%)		60

### 5) Relación edad con donde ha escuchado de la temática . PLANIFICACIÓN

	En casa	En la escuela	En la televisión	En redes sociales	En reuniones con amigos/as	Total (de respuestas s/ edad, base del %)
10	4 (100,00%)	3 (75,00%)	1 (25,00%)	1 (25,00%)	1 (25,00%)	4
11		1 (50,00%)				2
12	3 (50,00%)	3 (50,00%)	2 (33,33%)	3 (50,00%)	1 (16,67%)	6
13	6 (46,15%)	10 (76,92%)	4 (30,77%)	10 (76,92%)	3 (23,08%)	13
14	7 (53,85%)	12 (92,31%)	9 (69,23%)	10 (76,92%)	10 (76,92%)	13
15	10 (50,00%)	16 (80,00%)	4 (20,00%)	17 (85,00%)	5 (25,00%)	20
16	9 (56,25%)	13 (81,25%)	10 (62,50%)	16 (100,00%)	15 (93,75%)	16

17	27 (56,25 %)	39 (81,25 %)	22 (45,83%)	45 (93,75%)	31 (64,58%)	48
18	44 (57,89 %)	54 (71,05 %)	41 (53,95%)	72 (94,74%)	61 (80,26%)	76
19	35 (58,33 %)	49 (81,67 %)	32 (53,33%)	55 (91,67%)	39 (65,00%)	60

**6) Relación edad con interés en temática de salud mental .**

	Si les interesa	No les interesa	Total (de respuestas s/ edad, base del %)
10	2 (50,00%)	2 (50,00%)	4
11	1 (50,00%)	1 (50,00%)	2
12	2 (33,33%)	4 (66,67%)	6
13	11 (84,62%)	2 (15,38%)	13
14	9 (69,23%)	4 (30,77%)	13
15	18 (90,00%)	2 (10,00%)	20
16	16 (100,00%)	0	16
17	44 (91,67%)	4 (8,33%)	48
18	73 (96,05%)	3 (3,95%)	76
19	53 (88,33%)	7 (11,67%)	60

**7) Relación género con el interés .**

	Mujeres	Hombres	Total
Si	174 (96,13%) / (71,31%)	70 (76%) / (28,68%)	244
No	7 (3,87%) / (24,14%)	22 (24%) / (75,86%)	29
Total	181	92	

**8) Relación LOCALIDAD (CAPITAL;INTERIOR) - PATOLOGÍAS DE SALUD MENTAL QUE CONOCE.**

	Ansiedad	Depresión	Estrés	Bulimia	Anorexia	Adicciones	Bullying	Amor propio	Nunca escuchó hablar	Total
Córdoba Capital	126 (92,6%)	131 (96,3%)	124 (91,17%)	103 (75,7%)	120 (88,2%)	122 (89,7%)	130 (95,5%)	125 (91,9%)	1 (0,7%)	136 (100%)
Interior de la Prov.	107 (88,4%)	113 (93,3%)	112 (92,5%)	95 (78,5%)	108 (89,2%)	116 (95,8%)	121 (100%)	105 (86,7%)	2 (1,6%)	121 (100%)

**9. Relación LOCALIDAD (CAPITAL;INTERIOR) - DÓNDE ESCUCHÓ HABLAR DE LAS PATOLOGÍAS**

	Casa	Escuela	TV	RRSS	Amistade	Otros	Total

					s		
Córdoba capital	70 (51,4%)	102 (75%)	71 (52,2%)	129 (94,8%)	92 (67,6%)	Libros (1) Explorad oras(1) (1,4%)	136 (100%)
Interior de la Prov.	68 (56,1%)	99 (72,7%)	58 (47,9%)	109 (90%)	81 (66,9%)	Universi dad (1) (0,8%)	121 (100%)

#### 10. Relación ESPACIO EDUCATIVO - DÓNDE ESCUCHÓ HABLAR DE LAS PATOLOGÍAS

	Casa	Escuela	Tv	RRSS	Amistades	Otros	Total
Público	96 (58,8%)	125 (76,6%)	88 (53,9%)	155 (95%)	116 (71,1%)		163 (100%)
Privado	49 (59%)	73 (87,9%)	37 (44,5%)	69 (83%)	48 (57,8%)		83 (100%)
Cooperativo	3 (60%)	5 (100%)	3 (60%)	5 (100%)	5 (100%)		5 (100%)
Público de gestión privada	1 (50%)	1 (50%)			1 (50%)		2 (100%)
Semi-privado	2 (66,6)	2 (66,6%)	1 (33,3%)	2 (66,6%)	1 (33,3%)		3 (100%)
Nacional				1 (100%)	1(100%)		1 (100%)
Otros		1 (100%)		1 (100%)			1 (100%)

### 11. Relación INTERES EN SALUD MENTAL - FORMATO DE CONTENIDO DE INTERÉS

	Fotografía	Ilustración	Video	Reel	Texto	Tik Toks	Todos	Total
Si tiene interés	77 (34,6%)	22 (9,9%)	53 (23,8%)	50 (22,5%)	19 (8,55%)	0	1 (0,4%)	229 (100%)
No tiene interés	3 (10,3%)	0	17 (58,6%)	6 (20,6%)	2 (6,8%)	1 (3,4)	0	29 (100%)

### 12. Relación INTERES EN SALUD MENTAL - PATOLOGÍAS DE SALUD MENTAL QUE CONOCE

	Ansiedad	Depresión	Estrés	Bulimia	Anorexia	Adicciones	Bullying	Amor propio	Nunca escuchó hablar	Total
Si tiene interés	212 (95,4%)	174 (78,3%)	215 (96,8%)	184 (82,8%)	181 (81,5%)	217 (97,7%)	229 (100%)	213 (95,9%)	2 (0,9%)	229 (100%)
No tiene interés	21 (72,4%)	21 (72,4%)	21 (72,4%)	14 (48,2%)	17 (58,6%)	22 (75,8%)	28 (96,5%)	18 (62%)	1 (3%)	29 (100%)

### 13. Relación INTERES EN SALUD MENTAL - DÓNDE ESCUCHÓ HABLAR DE LAS PATOLOGÍAS

	Casa	Escuela	Tv	RRSS	Amistades	Otro	Total
Si tiene interés	134 (58,5%)	185 (80,7%)	118 (51,5%)	219 (95,6%)	162 (70,7%)	2 (0,8%)	229 (100%)

No tiene interés	15 (51,7%)	22 (75,8%)	11 (37,9%)	20 (68,9%)	11 (37,9%)	1 (3,4%)	29 (100%)
------------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	-------------	--------------

#### 14. Relación INTERES EN SALUD MENTAL - CONOCE A ALGUIEN CON ALGUNA PATOLOGÍA

	Conoce a alguien con alguna patología	No conoce a nadie	Total
Si tiene interés	181 (79%)	48 (21%)	229 (100%)
No tiene interés	13 (44,8%)	16 (55,17%)	29 (100%)

### ENTREVISTA MARIO SANTAELLA

#### CUESTIONARIO

- 1) ¿Cómo fue que entraste a trabajar en el ámbito público y en particular al ministerio de educación?
- 2) ¿Cómo llegaste a ser parte del programa “Por acá sí”?
- 3) ¿Con qué objetivos? ¿qué esperabas? ¿qué te proponías?
- 4) ¿Podrías contarnos a qué necesidades responde el programa?
- 5) Respecto de estas necesidades, ¿conocés si hubo un proceso de investigación previa para llegar a ellas y a los objetivos?
- 6) ¿Cómo se procedió con la planificación en base a estos dos elementos? ¿Te parece que se identificaron públicos, mensajes, canales?

- 7) ¿Cómo se realizó la distribución de tareas? ¿quiénes se encargaron de distribuir tareas?
- 8) Contanos ¿Qué actividades realizaste para colaborar dentro del programa? ¿Con qué fin?
- 9) ¿Qué resultados obtuvieron en el programa, a partir de tu participación?
- 10) Actualmente, ¿seguís realizando acciones en el marco del programa?
- 11) ¿Cuál es tu opinión respecto de la ejecución del programa? ¿Y sobre la importancia de hablar de salud con los jóvenes y este tipo de programas, crees que se involucran?

## ENTREVISTA DESGRABADA

**Paula:** Te queríamos preguntar ¿cómo fue que entraste a trabajar en el ámbito público? Y en particular ¿Cómo llegaste a relacionarte con el Ministerio de Educación?

**Mario:** Bueno, en el Ministerio de Educación... conozco al ministro. El ministro de Educación Walter Grahovac que en este momento es el primer ministro a nivel provincial que cumple... que empieza mejor dicho cuatro gestiones. Acá en Córdoba no hubo antes ningún ministro que tenga esa cantidad de gestiones encima, mucho más pensando que se cambiaron los gobernadores y por ende se cambió la gestión de esos gobernadores.

Cuando yo iba al secundario y estaba en el centro de estudiantes, conocí al ministro por reuniones y demás... Y en algún momento... Bueno, después de que yo me egreso al año siguiente se discute la ley de educación nuevamente. Se renueva la ley de educación y en esa ley de educación por primera vez en la historia de las provincias argentinas, una provincia haga una ley que contemple los centros de estudiantes dentro de los secundarios. Entonces para armar esa ley y como nosotros lo habíamos discutido en los colegios el año anterior... Esta ley se hizo en 2010 pero nosotros la discutimos en 2009. El ministro me convoca como parte de los estudiantes que digamos... asesoraban al ministerio sobre la discusión dentro de las escuelas. Ya dictaminada la Ley, yo trabajaba en otro ámbito y el ministro vuelve a convocarme a mi y a otros compañeros que habíamos trabajado con centros de estudiantes para empezar a formar centros de estudiantes y ayudar a que se vuelva cotidiana esta tarea dentro de los colegios. Pasados unos años, nosotros les fuimos dando continuidad a ese trabajo por más de que voluntarismo porque no había una paga si no que era una cuestión más de trabajo social para decirlo de alguna forma. El ministro decide crear un área después de que nosotros presentamos algunos proyectos en base a nuestro trabajo y en 2015 crea el área de asuntos estudiantiles en ese momento y me pone a cargo a mi y a otra compañera que tenía el mismo recorrido que yo pero en otras escuelas, entonces, bueno, dejo de trabajar en lo privado que era a lo que me dedicaba a trabajar en ese momento y me vengo a trabajar a lo público cuando el ministro de educación nos ofrece ese puesto. Después, al comienzo de esta gestión se cambió el nombre para poder generar... nosotros le decimos "el raviol", una manera poco seria, pero para poder generar el espacio dentro del organigrama de la coordinación. Entonces, empezamos a ser Coordinación de relaciones estudiantiles y hoy en día ya estamos directamente dentro del organigrama del Ministerio de Educación. Dependemos de la Dirección de programas especiales del Ministerio de Educación que es una de las tres áreas que se dividen después del Ministro, es la segunda línea el de las direcciones, una de las direcciones es programas especiales y nosotros estamos allí. Compartimos, por ejemplo, con cooperadoras, con otros espacios así puntuales que no necesariamente van al espacio pedagógico por más de que lo hacemos, pero no va al trabajo áulico del día a día de clase sino a lo relacionado al **trabajo en comunidad**.

**Paula:** Contanos un poco ¿Cómo llegaste a ser parte del programa “Por acá sí”? ¿Cómo fue que lo encontraste o que te encontraron?

**Mario:** El programa “Por acá sí” yo tengo entendido que... puede que mis datos sean poco precisos porque yo no lo forme al programa, no? Pero bueno, yo les voy a contar más o menos la historia de cómo nuestra coordinación empezó a trabajar con ellos.

El programa “Por acá sí” Es un programa de **tutoría y acompañamiento desde una mirada de salud pública juvenil**, en todas sus variantes: Psicológicas, consumo, violencia... en todas las etapas que puede trasladarse. **El programa atiende alumnos de primaria y secundaria. El programa se volvió a relanzar, esto venía creo yo desde 2017 con un trabajo paulatino, y se volvió a lanzar en el 2020 con todo lo de la pandemia haciendo una asesoría virtual y telefónica a los estudiantes que quisieran llamar por cualquier consulta que tenga que ver con salud**, si? Cuando se lanza, se lanzó en Marzo o Abril, apenas se desató la pandemia... no la pandemia si no cuando se lanza la cuarentena estricta. A las dos semanas relanzaron... este programa de manera virtual y pasado un mes y medio ven que tenían pocas consultas, cerca de **250 consultas** aproximadamente. Si nosotros podemos pensar que tenemos 938.000 estudiantes en la provincia, 250 consultas es un número ínfimo. Entonces, ¿qué sucedió? Como nosotros conocemos a los compañeros que están trabajando en el área de salud del Ministerio de Educación, porque el programa “Por acá sí” es lanzado en coordinación entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud de la Provincia, si? Varias de las personas que trabajan desde salud pero dentro del Ministerio de Educación que tiene un área de salud se contactan conmigo porque habíamos hecho otros trabajos anteriormente trabajando con centros de estudiantes. Entonces, lo que hacen ellos es pedirnos a nosotros que utilicemos el programa y que lo levantemos para ver si los centros de estudiantes lo tomaban como propio y empezaban a darle una vueltita de tuerca. En ese momento, la página de Instagram del “Por acá sí” tenía 300 seguidores... habría que ver ahora cuantos tiene, pero bueno, lo que hicimos nosotros fue eh... hacer una reunión virtual. La primera del año, porque todavía no estaba como bien definido como iba a ser la trayectoria anual. Nuestras áreas no pueden lanzar, digamos, programas y sobrepasar lo pedagógico porque sería un inconveniente, ¿no cierto? Entonces lo único que hicimos fue una reunión virtual convocada abiertamente... convocando a los directores que mayor trabajo tienen hoy en día con nosotros, los centros de estudiantes que mayor relación tienen con nosotros. **En esa primera reunión se presentaron 240 estudiantes a la reunión virtual.** Eso hizo que explotaran las... no explotaran pero que se revalúe y aumentará considerablemente, en un 150% las consultas que tuvo en el primer mes el programa y ahí fue creciendo porque nosotros fuimos adhiriendo a otras charlas, se fue sumando más información. Pero **la idea de la charla era ser informativa y una muestra también del programa. Para que pibes y pibas se puedan ubicar y de esa manera contactarse directamente. Dentro de este programa te va a atender un coordinador específico de conocimiento de salud del Ministerio de Salud. Cuando llamas vos Paula y consultan por... A ver, no quiero decir una estupidez pero... no sé, o por un dolor de cabeza, o porque sienten bullying, porque se sienten aislados por el tema de la cuarentena, o porque no entienden cómo se está desarrollando su cuerpo. Ese coordinador con un conocimiento pedagógico previo, lo que ve es como a vos te va a ubicar para que trabajes con un profesional en tu zona. Cuando digo en tu zona hablo de tu ubicación geográfica, que tengas un contacto directo con ellos en las redes y con ese profesional desde lo físico.** Que vos puedas juntarte con un profesional, un psicólogo que sea de tu barrio o de tu localidad, de lo que fuere, y que ese tenga contacto directo porque el Ministerio de Salud es el que coordina que los especialistas de salud trabajen digamos con esos jóvenes. Mas o menos así, mirándolo muy por encima es el programa y nosotros tuvimos ese

encuentro de esa forma. Después llevamos adelante varias charlas más con ellos. Hemos hecho cuatro o cinco, y bueno, ahora está pendiente una reunión con el área de salud... un par de programas para lanzar pero... bueno. Sin las autorizaciones pendientes no lo hacemos.

**Paula: Te quería consultar... La primera reunión y las posteriores ¿Cómo fue la convocatoria?**

**Mario:** Todas nuestras convocatorias son a través de los directivos y de los centros de estudiantes que nosotros conocemos. Entendemos que hay un mundo donde uno no llega. Aparte teniendo en cuenta que del año pasado a este año ha bajado entre un 30 y 40% nuestra... la cantidad de centro de estudiantes armados por el tema de las elecciones y demás... Convocamos desde ahí y se suman docentes también. No tenemos ningún inconveniente en que se sumen a la charla docentes porque no tocamos temas particulares de (...no se entiende...). No sé si respondí tu pregunta.

**P: Entonces sería desde los directivos y los propios centros de estudiantes...**

**M:** Si, pero no necesariamente tienen que ser del centro de estudiantes. Los estudiantes pueden ser de cualquier curso, no cambia. Nosotros trabajamos principalmente con secundaria, pero hemos hecho algunos trabajos con chicos de primaria también.

**P: Y ¿Qué temática se abordaba en la reunión?**

**M:** Algo que nosotros cambiamos de la perspectiva del Ministerio de Educación es que todas las charlas, formaciones, encuentros que se daban eran dictaminados para docentes, digamos. Antes de que nosotros trabajáramos en la temática centro de estudiantes las charlas no eran dictaminadas a jóvenes directamente, sino a los docentes con una lógica que desde una mirada macro es correcta, si yo enseño a un docente ese docente potencialmente puede enseñar a muchos, en vez de yo juntarme con esos jóvenes y después tener que juntarse con el curso de al lado y el otro. En realidad, no necesariamente esa charla se traslada, ni la formación se vuelve multiplicadora. Al encontrar esta falencia eh... nosotros fuimos la primer área que brinda charlas formativas a los estudiantes, si? Eso es importante para dejarlo en claro. Después, cuando arrancamos estas charlas e invitamos a los docentes, la primer charla fue solamente de presentación del programa. Es más, nosotros... nuestras redes, nosotros tenemos el instagram de relaciones estudiantiles del Ministerio de educación eh... lo que hicimos fue potenciar como primer encuentro relanzando el programa, un mes después, solo que para centros de estudiantes. Era la misma presentación que hizo el Gobernador con el Ministro, en gobierno lo hicimos nosotros solo que para los estudiantes directamente. Ahí fue informativo, después hicimos diversas charlas, de distintas temáticas donde invitamos a participar a los docentes, pero lo que planteamos es que el momento es de los estudiantes para que los estudiantes tengan un correlato. Como la mayoría de los colegios con los que trabajamos tenemos cierta confianza, nosotros dinamitamos por ahí algunas participaciones de los docentes para que no copen la charla. Pero siempre está abierto a la convocatoria de docentes y estudiantes.

**P: Cuando planificaron estas charlas ¿Cuáles fueron los objetivos que se plantearon? ¿Qué esperaban del público joven que asistiera?**

**M:** Y primero que nada poder darles una contención... en este panorama incierto. Al día de hoy no podemos planificar a largo plazo, porque no sabemos qué va a suceder dentro de un mes. Por ejemplo, estamos muy cerca nosotros de... de cerrar las clases presenciales, por más

de que lo que dijo ayer el gobernador... digamos, la intención es mantenerla todo lo posible. Pero hasta que lo lógico diga... sea posible mantenerla. Si el aumento de casos este sigue, si seguimos rompiendo récords y demás, las clases inevitablemente se van a tener que dejar presencialmente, y eso a los estudiantes les genera muchos inconvenientes, y les genera mucha frustración y muchas dudas. Vos imaginate un pibe que entra a primer año que no conoció su escuela el año pasado. No es una simpleza. Ni hablar cuando vos te pones a pensar en los chicos que se egresan y demás. Pero bueno, yo ahí tengo un encuentro, un choque con lo que piensan algunos especialistas. Porque vos lo puedes trasladar en tiempo al egreso, porque continuas en una carrera en la Universidad o continuas en la secundaria o continuas tu formación para ir a una vida laboral, si ? La finalización de una cosa, ahora, el comienzo... uno cuando entra al colegio... ustedes lo deben haber vivido. El primer año no sabes quienes son los profesores, los docentes, cuál es el pasillo que va al baño, como te tenes que tratar con los pibes como no, si es seño o profe. Es complicado el primer año, entonces viendo esa realidad nosotros apuntamos a los años más chicos en el primer informe, en la primera reunión y después fuimos trabajando con la mayoría. Pero el objetivo era que los jóvenes, por más de que entendíamos que no tocábamos la mayoría del espectro de los jóvenes, conocieran que tenían un lugar donde podían conseguir contención, ciertas respuestas de lo que sentían en ese momento.

**Paula: ¿En ese sentido, te pregunto que vos mencionaste que en el instagram tenían 300 seguidores cuando los llamaron, el aumento de seguidores fue un objetivo medible que ustedes se propusieron?**

**M:**No, porque como nosotros íbamos a seguir con distintas charlas. Íbamos a usar la primera para continuar con distintas charlas. Es más, después nos sorprendió, porque nosotros esperábamos un número de 100 a 120 personas en la primera charla, y en realidad se duplicó. Después fuimos más conscientes de la situación en la que estábamos, y nos dimos cuenta que dirigida a estudiantes había una sola charla anual. Y la convocatoria fue, **un viernes a las 10 de la noche lanzó el flyer el ministerio de educación y el lunes se daba la charla. Tampoco es que hubo un gran espectro de tiempo para inscribirte, tuvimos cerca de 315 inscriptos y 245 participantes, una cosa así.** Pero nosotros conociendo el espectro con el trabajamos en los centros de estudiantes, y entendiendo la virtualidad, y la cantidad de estudiantes que no se pueden conectar y que eso también es una realidad, y el ministerio es muy consciente de eso. Nos sorprendió el primer número, y después bueno en las distintas charlas, ya fuimos dividiendo por inspección, ya recortamos un poco, recortamos zonalmente, se achicaron, son charlas de 60, 70 pibes, más o menos por charla.

**P:**Respecto más allá de la urgencia, el resto de las necesidades que abarca el programa, aquello con lo cual inició en 2015, ¿Conocés si hubo algún proceso de investigación previa, para llegar a esas necesidades?

**M:**No sabría decirte, porque no fui yo quien lo coordina. Lo que yo puedo decirte, es que hubo un trabajo muy profesional de parte de ellos.

**P:**¿Desde las charlas hubo una planificación a largo plazo?

**M:**Nosotros sí, lo que sí nosotros no cuantificamos, si se suman 10 pibes, si se suman 200 está bárbaro, no vamos a hacer cantidad.

Intentamos ir más a calidad. **Si tenés 10 jóvenes que se suman a nuestra charla y que esa charla les ayuda a ver algún punto de la realidad que ellos no están viendo, o les ayuda a tener otra mirada, ya es un éxito pedagógicamente.** Nuestra planificación como

coordinación de relaciones estudiantiles, no pasa por cantidades. Porque también somos coherentes con los equipos que tenemos, **tenemos 4 o 5 personas trabajando**, de 900000 estudiantes, se vuelve muy difícil, aparte, antes de la pandemia nuestro trabajo era viajar al interior. Hay 3800 instituciones en la provincia, de los cuales tenemos mil y pico que son secundarios, después tenes superior, terciarios, entendemos nosotros que con el equipo que tenemos no podemos llegar físicamente a los lugares que tenemos que llegar, en los cuatro años de gestión por más que fuéramos visitando 3, 4 colegios por día.

Entonces, la virtualidad ayuda a poder sortear ese inconveniente, pero te muestra otro que es que vos tenés hoy en la argentina que vivimos, **el 60% de los pibes bajo la línea de pobreza, entonces claramente tenés por lo menos un porcentaje del 30, 40% de los jóvenes que no tienen la tecnología necesaria para conectarse.**

**No es que porque pasamos a la virtualidad le llega a todo el mundo, en realidad no es así.**

Y se tiene bastante en claro en el Ministerio de Educación, y se están haciendo bastantes trabajos para poder digamos solventar esa situación con los jóvenes que no tienen los recursos.

**P:** Te consulto, en ese sentido, cuándo Por Acá Sí los contacta a la coordinación, ¿cómo fue la instancia en la que ustedes deciden hacer charlas? ¿Por qué les pareció lo más conveniente que sacar un flyer, o cualquier otro tipo de comunicación?

**M:** La primera charla fue una convocatoria abierta, nosotros lo teníamos armado, pero se aprobó desde la comunicación, ustedes sabrán que la comunicación se maneja otra agenda distinta, más en un ministerio, **donde tenemos 70.000 empleados, más de 15, 16 áreas.**

Cuando se aprueba comunicacionalmente, lanzar los flyer que aparte tenían que ser, coordinado entre el ministerio de educación y el ministerio de salud, para que los flyer sean con la temática del programa y no con la temática de nuestra coordinación, que es distinta. Se lanzó en un fin de semana, así que todo fue muy exitoso porque no se esperaba tanta gente. y **no queríamos hacer un flyer porque ya estaba hecho, cuando se convocó y cuando se lanzó que el gobernador y el ministro de educación Juan Scharetti, y Walter Grahovac, lanzaron este programa, quedó en el aire que hacía, que significaba el contenido quedó en el aire.**

Dicho sea de paso, **nuestras redes lo compartieron pero en nuestra área no sabíamos específicamente a dónde iba.**

Por esta razón, en vez de hacer un flyer, donde no comunica necesariamente el contenido del programa, porque es bastante más amplio que una imagen, lo que hicimos fue hacer una reunión informativa.

De esa reunión informativa, lo que sucedió es que muchos jóvenes participaron de un feedback ida y vuelta y nos presentaban distintas situaciones. Entonces, basado en esas situaciones lo que hicimos nosotros fue contabilizar las situaciones, los pedidos, y bueno decir, necesitamos brindar una charla de esto, de esto, de esto, porque esto es lo que nos están pidiendo los chicos, o estas son las situaciones en las que se sienten intervenidos o atravesados.

**P:** Ahí en algún momento ustedes tuvieron una instancia, cómo colaborativa respecto de estas charlas que dieron ustedes desde la coordinación, con alguna de las redes sociales para generar y difundir el contenido?

**M:** Comunicacionalmente, lo que no se compartió fueron las charlas que hicimos nosotros. Lo que sí hicieron, por una decisión del ministerio de salud, de no intervenir

**en las políticas educativas, es que agarraron todas las temáticas que nosotros fuimos haciendo y empezaron a generar contenido sobre esas temáticas.**

No promocionaron, entre comillas digo, porque nosotros no lo necesitamos porque tenemos un **público cautivo, porque los estudiantes están dentro de los colegios**, pero... lo que sí hicieron fue tomar de esas charlas específicas y generar contenido para las redes sociales. Que capaz que ahí, antes nuestra intervención venía un poco más parada. Por **la poca cantidad de consultas que venía teniendo**, lo que no quita que haga falta mucho más trabajo y hay que seguirlo girando y esto hay que darle mucha rosca. Pero tuvieron un aumento y lo primero que nos comunicaron es el agradecimiento por ayudar a multiplicar estas consultas.

**P:** ¿Cuál fue el método de feedback?

**M:** Fue la charla directa con los jóvenes, creamos distintas encuestas desde las redes de instagram. Lo que pasa es que, somos muy conscientes de que nuestras redes de instagram llegan a pocos estudiantes. Creo que la coordinación llega a cerca de 400 jóvenes, tiene un año, para ser un espacio educativo está bien, pero no es representativo de la comunidad educativa. **Nosotros usamos esa herramienta para ver que querían trabajar la siguiente charla, por más de que ya las teníamos organizadas ver cuál iba a ser de acuerdo al interés primera, segunda, tercera.**

**Nosotros dividimos las charlas por inspección, por zona.**

**T:** ¿Alguna vez pensaron en cómo llegar a ese público que no accede a las redes?

Eso excede a la temática del por acá sí, nosotros por ejemplo nuestra área fue una de las encargadas de las entregas de paicor y de los programas que se dieron en los colegios, en su momento en plena pandemia. Pero sale del por acá sí esa temática. Porque el por acá sí su ingreso es o telefónico o desde las redes. Después el ministerio de educación tiene muchísimos otros accesos hacia los jóvenes que no tienen estas herramientas, nosotros nos hemos hecho cargo del programa vincular el cual ha vuelto a ingresar a jóvenes que habían desaparecido del estamento educativo, a 3700 jóvenes. Si hemos hechos otros trabajos, que tiene que ver con revincular chicos que no tienen los recursos. Contactamos a la familia, la fuimos a visitar, les entregamos los materiales impresos que se generaron desde provincia y desde nación, algunos hasta pudimos darles herramientas tecnológicas. El ministerio de educación ha comprado 100.000 computadoras para repartir. El gobierno de la provincia hizo un acuerdo con Bancor para que los docentes de padres y estudiantes puedan comprar computadoras. Eso está en las redes, pero excede del programa por acá sí explícitamente.

	Fecha	Hora	Cantidad de seguidores	Me gusta / Reacciones	Compartido	Comentarios	Tipo de contenido	Link	Observaciones
Tipo de publicación			336						
Publicación general	08/03/2021	11:18		0	0	0	imagen + copy + hashtag	<a href="https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=279393597115663&amp;id=112963417092016">https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=279393597115663&amp;id=112963417092016</a>	
Publicación general	14/02/2021	14:44		0	1	0	4 placas + copy + hashtag	<a href="https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=265358868519136&amp;id=112963417092016">https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=265358868519136&amp;id=112963417092016</a>	
Publicación general	15/12/2020	14:40		0	0	0	5 placas + copy + hashtag	<a href="https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=225990992455924&amp;id=112963417092016">https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=225990992455924&amp;id=112963417092016</a>	
Publicación general	01/12/2020	11:49		0	0	0	3 placas + copy + hashtag	<a href="https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=215750600146630&amp;id=112963417092016">https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=215750600146630&amp;id=112963417092016</a>	
Actualización foto de portada	04/11/2020	10:44		0	0	0			
Publicación salud mental	04/11/2020	10:25		2	5	0	5 placas + copy + hashtag	<a href="https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=200977318290625&amp;id=112963417092016">https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=200977318290625&amp;id=112963417092016</a>	
Publicación salud mental	02/11/2020	13:00		3	1		4 placas + copy + hashtag	<a href="https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=200374545017569&amp;id=112963417092016">https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=200374545017569&amp;id=112963417092016</a>	

	Fecha	Hora	Cantidad de seguidores	Me gusta / Reacciones	Compartido	Comentarios	Tipo de contenido	Link	Observaciones
Publicación salud mental	11/10/2020	11:06		3	2		3 placas + hashtag	<a href="https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=193534269034930&amp;id=112963417092016">https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=193534269034930&amp;id=112963417092016</a>	
Publicación salud mental	28/09/2020	13:31		1			4 placas + hashtag	<a href="https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=189274269460930&amp;id=112963417092016">https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=189274269460930&amp;id=112963417092016</a>	
Publicación general	08/09/2020	11:50		4	4		4 placas + hashtag	<a href="https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=182618303459860&amp;id=112963417092016">https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=182618303459860&amp;id=112963417092016</a>	
Publicación general	31/08/2020	13:03		3	5		3 placas + hashtag	<a href="https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=179735047081519&amp;id=112963417092016">https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=179735047081519&amp;id=112963417092016</a>	
Publicación general	18/08/2020	22:23		2	2		3 placas + hashtag	<a href="https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=175613170827040&amp;id=112963417092016">https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=175613170827040&amp;id=112963417092016</a>	
Publicación general	12/08/2020	14:04		5	4		2 placas + hashtag	<a href="https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=173669561021401&amp;id=112963417092016">https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=173669561021401&amp;id=112963417092016</a>	

	Fecha	Hora	Cantidad de seguidores	Me gusta / Reacciones	Compartido	Comentarios	Tipo de contenido	Link	Observaciones
Publicación salud mental	24/07/2020	11:19		4	6		3 placas + copy + hashtag	<a href="https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=167181451670212&amp;id=112963417092016">https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=167181451670212&amp;id=112963417092016</a>	
Publicación general	20/07/2020	10:22		3	1		3 placas + copy + hashtag	<a href="https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=165518358503188&amp;id=112963417092016">https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=165518358503188&amp;id=112963417092016</a>	
Publicación salud mental	17/07/2020	10:30		2	4		5 placas + copy + hashtag	<a href="https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=164363775285313&amp;id=112963417092016">https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=164363775285313&amp;id=112963417092016</a>	
Publicación general	07/07/2020	13:14		1	0	0	4 placas + copy + hashtag	<a href="https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=160585262329831&amp;id=112963417092016">https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=160585262329831&amp;id=112963417092016</a>	
Publicación general	02/07/2020	12:20		4	0	0	4 placas + copy + hashtag	<a href="https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=158698809185143&amp;id=112963417092016">https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=158698809185143&amp;id=112963417092016</a>	
Publicación general	12/06/2020	13:43		4			1 placa + hashtag	<a href="https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=145114683876889&amp;id=112963417092016">https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=145114683876889&amp;id=112963417092016</a>	

	Fecha	Hora	Cantidad de seguidores	Me gusta / Reacciones	Compartido	Comentarios	Tipo de contenido	Link	Observaciones
Publicación general	12/06/2020	12:51		1			1 placa	<a href="https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=145092557212435&amp;id=112963417092016">https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=145092557212435&amp;id=112963417092016</a>	
Publicación general	10/06/2020	8:53		6	2		1 placa	<a href="https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=133722798349411&amp;id=112963417092016">https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=133722798349411&amp;id=112963417092016</a>	
Publicación salud mental	08/06/2020	8:26		2	1		1 placa + copy + hashtag	<a href="https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=132767698444921&amp;id=112963417092016">https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=132767698444921&amp;id=112963417092016</a>	
Publicación salud mental	06/06/2020			2			1 placa + copy + hashtag	<a href="https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=132054508516240&amp;id=112963417092016">https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=132054508516240&amp;id=112963417092016</a>	
Publicación general	03/06/2020	13:58		3	2		1 placa + copy + h	<a href="https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=130274262027598&amp;id=112963417092016">https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=130274262027598&amp;id=112963417092016</a>	
Publicación salud mental	31/05/2020	12:25		4	2		1 placa + copy + h	<a href="https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=123984162656608&amp;id=112963417092016">https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=123984162656608&amp;id=112963417092016</a>	

	Fecha	Hora	Cantidad de seguidores	Me gusta / Reacciones	Compartido	Comentarios	Tipo de contenido	Link	Observaciones
Publicación general	30/05/2020	15:38		1			1 placa + copy + h	<a href="https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=122444869477204&amp;id=112963417092016">https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=122444869477204&amp;id=112963417092016</a>	
Publicación general	28/05/2020	11:05		6	9		1 placa + copy + h	<a href="https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=118310373223987&amp;id=112963417092016">https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=118310373223987&amp;id=112963417092016</a>	
Publicación general	26/05/2020	12:51		20	9	32	1 placa + copy + h	<a href="https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=117280309993660&amp;id=112963417092016">https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=117280309993660&amp;id=112963417092016</a>	



# LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL N° 26.657

## DECRETO REGLAMENTARIO 603/2013

Dirección Nacional de  
Salud Mental y Adicciones



Ministerio de Salud  
Presidencia de la Nación

# **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



**LEY NACIONAL DE  
SALUD MENTAL**

N° 26.657

**DECRETO REGLAMENTARIO**

603/2013

# ÍNDICE

## LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL N° 26.657

### CAPÍTULO I

Derechos y garantías ..... pág.8

### CAPÍTULO II

Definición ..... pág.10

### CAPÍTULO III

Ámbito de aplicación ..... pág.12

### CAPÍTULO IV

Derechos de las personas con  
padecimiento mental ..... pág.12

### CAPÍTULO V

Modalidad de abordaje ..... pág.17

### CAPÍTULO VI

Del equipo interdisciplinario ..... pág.20

**CAPÍTULO VII**

Internaciones ..... pág.21

**CAPÍTULO VIII**

Derivaciones ..... pág.32

**CAPÍTULO IX**

Autoridad de Aplicación ..... pág.33

**CAPÍTULO X**

Órgano de Revisión ..... pág.37

**CAPÍTULO XI**

Convenios de cooperación  
con las provincias ..... pág.41

**CAPÍTULO XII**

Disposiciones complementarias ..... pág.43

**DECRETO**

REGLAMENTARIO 603/2013 ..... pág.47

---

**LEY NACIONAL DE  
SALUD MENTAL**  
N° 26.657

---

# CAPÍTULO I

## DERECHOS Y GARANTÍAS

---

ARTÍCULO 1º.- La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

ARTÍCULO 2°.- Se consideran parte integrante de la presente ley los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. Asimismo, la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990, se consideran instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas.

## CAPÍTULO II

### DEFINICIÓN

---

ARTÍCULO 3°.- En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. 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 pre-valetientes en la comunidad donde vive la persona.

c) Elección o identidad sexual.

d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

ARTÍCULO 4º.- Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.

ARTÍCULO 5º.- La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.

## CAPÍTULO III

### ÁMBITO DE APLICACIÓN

---

ARTÍCULO 6°.- Los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente ley.

## CAPÍTULO IV

### DERECHOS DE LAS PERSONAS CON PADECIMIENTO MENTAL

---

ARTÍCULO 7°.- El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

- a) Derecho a recibir atención sanitaria y

social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud.

b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia.

c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos.

d) 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.

e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe.

f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso.

g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas.

h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el Órgano de Revisión.

i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado.

j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales.

k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades.

l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación.

m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente.

n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable.

o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados.

p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de activi-

dades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

## CAPÍTULO V

### MODALIDAD DE ABORDAJE

---

ARTÍCULO 8°.- Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

ARTÍCULO 9°.- El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

ARTÍCULO 10.- Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley.

Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

ARTÍCULO 11.- La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales

como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

ARTÍCULO 12.- La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios.

## CAPÍTULO VI

### DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

---

ARTÍCULO 13.- Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.

## CAPÍTULO VII

### INTERNACIONES

---

ARTÍCULO 14.- La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

ARTÍCULO 15.- La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos

interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. 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.

ARTÍCULO 16.- Toda disposición de internación, dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos:

a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra.

b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar.

c) Consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda. Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará invalidado si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria.

ARTÍCULO 17.- En los casos en que la persona no estuviese acompañada por familiares o se desconociese su identidad, la institución que realiza la internación, en colaboración con los organismos públicos que correspondan, debe realizar las averiguaciones tendientes a conseguir datos de los familiares o lazos afectivos que la persona tuviese o indicase, o esclarecer su identidad, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible. La institución debe brindar colaboración a los requerimientos de información que solicite el

Órgano de Revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

ARTÍCULO 18.- La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de SESENTA (60) días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al Órgano de Revisión creado en el artículo 38 y al juez. El juez debe evaluar, en un plazo no mayor de CINCO (5) días de ser notificado, si la internación continúa teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria, con los requisitos y garantías establecidos para esta última situación. En caso de que la prolongación de la internación fuese por problemáticas de orden social, el juez deberá ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos y la externación a la mayor brevedad posible, comunicando dicha situación al Órgano de Revisión creado por esta ley.

ARTÍCULO 19.- El consentimiento obtenido o mantenido con dolo, debidamente comprobado por autoridad judicial, o el incumplimiento de la obligación de informar establecida en los capítulos VII y VIII de la presente ley, harán pasible al profesional responsable y al director de la institución de las acciones civiles y penales que correspondan.

ARTÍCULO 20.- La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar:

a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la

firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra.

b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento.

c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.

ARTÍCULO 21.- La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de DIEZ (10) horas al juez competente y al Órgano de Revisión, debiendo agregarse a las CUARENTA Y OCHO (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20. El juez en un plazo máximo de TRES (3) días corridos de notificado debe:

a) Autorizar, si evalúa que están dadas las causales previstas por esta ley.

b) Requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a evaluar si existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema de la internación involuntaria y/o.

c) Denegar, en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso debe asegurar la externación de forma inmediata.

El juez sólo puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria cuando, cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 20, el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla.

ARTÍCULO 22.- La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación

y solicitar la externación en cualquier momento. El juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento.

ARTÍCULO 23.- El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 18 ó 26 de la presente ley. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente. Queda exceptuado de lo dispuesto en el presente artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal.

ARTÍCULO 24.- Habiendo autorizado la internación involuntaria, el juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a TREINTA (30) días corridos a fin de reevaluar si persisten las razones para la con-

tinuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación. Si transcurridos los primeros NOVENTA (90) días y luego del tercer informe continuase la internación involuntaria, el juez deberá pedir al Órgano de Revisión que designe un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento, y en lo posible independiente del servicio asistencial interviniente, a fin de obtener una nueva evaluación. En caso de diferencia de criterio, optará siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada.

ARTÍCULO 25.- Transcurridos los primeros SIETE (7) días en el caso de internaciones involuntarias, el juez, dará parte al Órgano de Revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

ARTÍCULO 26.- En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los artículos 20, 21, 22, 23, 24 y 25 de la presente ley. En el caso de niños, niñas y adolescentes, además se procederá

de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos.

ARTÍCULO 27.- Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos.

ARTÍCULO 28.- Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592.

ARTÍCULO 29.- A los efectos de garantizar los derechos humanos de las personas en su relación con los servicios de salud mental, los integrantes, profesionales y no profesionales del equipo de salud son responsables de informar al Órgano de Revisión creado por la presente ley y al juez competente, sobre cualquier sospecha de irregularidad que implicara un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento o limitación indebida de su autonomía. La sola comunicación a un superior jerárquico dentro de la institución no relevará al equipo de salud de tal responsabilidad si la situación irregular persistiera. Dicho procedimiento se podrá realizar bajo reserva de identidad y contará con las garantías debidas del resguardo a su fuente laboral y no será considerado como violación al secreto profesional. Debe promoverse la difusión y el conocimiento de los principios, derechos y garantías reconocidos y las responsabilidades establecidas en la presente ley a todos los integrantes de los equipos de salud, dentro de un lapso de NOVENTA (90) días de la sanción de la presente ley, y al momento del ingreso de cada uno de los trabajadores al sistema.

## CAPÍTULO VIII

### DERIVACIONES

---

ARTÍCULO 30.- Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar. Los traslados deben efectuarse con acompañante del entorno familiar o afectivo de la persona. Si se trata de derivaciones con internación, debe procederse del modo establecido en el Capítulo VII de la presente ley. Tanto el servicio o institución de procedencia como el servicio o institución de destino, están obligados a informar dicha derivación al Órgano de Revisión, cuando no hubiese consentimiento de la persona.

## CAPÍTULO IX

### AUTORIDAD DE APLICACIÓN

---

ARTÍCULO 31.- El Ministerio de Salud de la Nación es la Autoridad de Aplicación de la presente ley, a partir del área específica que designe o cree a tal efecto, la que debe establecer las bases para un Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios establecidos.

ARTÍCULO 32.- En forma progresiva y en un plazo no mayor a TRES (3) años a partir de la sanción de la presente ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del DIEZ POR CIENTO (10%) del presupuesto total de salud. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

ARTÍCULO 33.- La Autoridad de Aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país.

ARTÍCULO 34.- La Autoridad de Aplicación debe promover, en consulta con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y con la colaboración de las jurisdicciones, el desarrollo de estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados.

ARTÍCULO 35.- Dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días corridos de la sanción de la presente ley, la Autoridad de Aplicación debe realizar un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado para relevar la situación de las personas internadas, discriminando datos personales, sexo, tiempo de internación, existencia o no de consentimiento, situación judicial, situación social y familiar, y otros datos que considere relevantes. Dicho censo debe reiterarse con una periodicidad máxima de DOS (2) años y se debe promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización.

ARTÍCULO 36.- La Autoridad de Aplicación, en coordinación con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental. Dichos planes, así como todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanismos claros y efi-

cientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

ARTÍCULO 37.- La Autoridad de Aplicación, en coordinación con la Superintendencia de Servicios de Salud, debe promover la adecuación de la cobertura en salud mental de las obras sociales a los principios establecidos en la presente ley, en un plazo no mayor a los NOVENTA (90) días corridos a partir de la sanción de la presente.

## CAPÍTULO X

### ÓRGANO DE REVISIÓN

---

ARTÍCULO 38.- Créase en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa el Órgano de Revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.

ARTÍCULO 39.- El Órgano de Revisión debe ser multidisciplinario, y estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.

ARTÍCULO 40.- Son funciones del Órgano de Revisión:

a) Requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos.

b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado.

c) Evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del juez.

d) Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30 de la presente ley.

e) Informar a la Autoridad de Aplicación periódicamente sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes.

f) Requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares.

g) Hacer presentaciones ante el Consejo de la Magistratura o el Organismo que en cada jurisdicción evalúe y sancione la conducta de los jueces en las situaciones en que hubiera irregularidades.

h) Realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación.

i) Realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos.

j) Promover y colaborar para la creación de órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, sosteniendo espacios de intercambio,

capacitación y coordinación, a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones.

k) Controlar el cumplimiento de la presente ley, en particular en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental.

l) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de inhabilidad y durante la vigencia de dichas sentencias.

## CAPÍTULO XI

### CONVENIOS DE COOPERACIÓN CON LAS PROVINCIAS

---

ARTÍCULO 41.- El Estado nacional debe promover convenios con las jurisdicciones para garantizar el desarrollo de acciones conjuntas tendientes a implementar los principios expuestos en la presente ley. Dichos convenios incluirán:

a) Cooperación técnica, económica y financiera de la Nación para la implementación de la presente ley.

b) Cooperación para la realización de programas de capacitación permanente de los equipos de salud, con participación de las universidades.

c) Asesoramiento para la creación en cada una de las jurisdicciones de áreas específicas para la aplicación de políticas de salud mental, las que actuarán en coordinación con la Autoridad de Aplicación nacional de la presente ley.

## CAPÍTULO XII

### DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

---

ARTÍCULO 42.- Incorporárase como artículo 152 ter del Código Civil:

Artículo 152 ter: Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en un examen de facultativos conformado por evaluaciones interdisciplinarias. No podrán extenderse por más de TRES (3) años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible.

ARTÍCULO 43.- Sustitúyese el artículo 482 del Código Civil, el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 482: No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial.

Las autoridades públicas deberán disponer el traslado a un establecimiento de salud para su evaluación a las personas que por padecer enfermedades mentales o adicciones se encuentren en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la evaluación de un equipo interdisciplinario de salud para las personas que se encuentren afectadas de enfermedades mentales y adicciones, que requieran asistencia en establecimientos adecuados aunque no justifiquen la declaración de incapacidad o inhabilidad.

ARTÍCULO 44.- Derógase la Ley 22.914.

ARTÍCULO 45.- La presente ley es de orden público.

ARTÍCULO 46.- Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTICINCO DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DIEZ.

Promulgada el 2 de Diciembre de 2010.  
Publicada en el Boletín Oficial N° 32041 el 3 de Diciembre de 2010.



---

**DECRETO**  
**REGLAMENTARIO**  
603/2013

---

## CONSIDERANDO

### DERECHOS Y GARANTÍAS

---

Que la Ley N° 26.657 regula la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental en la República Argentina.

Que en dicha ley prevalecen especialmente, entre otros derechos concordantes y preexistentes reconocidos por nuestra Constitución Nacional y Tratados Internacionales de rango Constitucional (conforme artículo 75, inciso 22 de nuestra Carta Magna), los derechos de toda persona a la mejor atención disponible en salud mental y adicciones, al trato digno, respetuoso y equitativo, propugnándose la responsabilidad indelegable del Estado en garantizar el derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con modalidades de

atención basadas en la comunidad, entendiendo a la internación como una medida restrictiva que sólo debe ser aplicada como último recurso terapéutico.

Que se destaca asimismo, que los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, instrumento internacional de máximo consenso en la materia, ha sido incluido como parte del texto de la Ley N° 26.657.

Que la ley aludida, presta asimismo una especial consideración a la necesidad de adecuar las modalidades de abordaje al paradigma de los derechos humanos inserto en la normativa constitucional, y destacado en la Declaración de Caracas del año 1990 acordada por los países miembros de la ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).

Que los términos de dicha ley, deberán entenderse siempre en el sentido de que debe velarse por la sa-

lud mental de toda la población, entendida la misma 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” en el marco de la vida en comunidad (artículo 3° de la Ley N° 26.657).

Que dicha definición se articula con la consagrada conceptualización de la salud desde la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados —Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100—).

Que mediante el Decreto N° 457 de fecha 5 de abril de 2010, se creó la DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES en la esfera de la SECRETARÍA DE DETERMINANTES DE LA SALUD Y RELACIONES SANITARIAS del MINISTERIO DE SALUD, con el objeto de desarrollar políticas, planes y programas coherentes con el espíritu y texto de la Ley N° 26.657.

Que en tal sentido corresponde en esta instancia dictar las normas reglamentarias necesarias que permitan la inmediata puesta en funcionamiento de las provisiones contenidas en la Ley N° 26.657.

Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS del MINISTERIO DE SALUD ha tomado la intervención que le compete.

Que el presente se dicta en uso de las atribuciones emergentes del artículo 99, incisos 1) y 2) de la CONSTITUCIÓN NACIONAL.

Por ello,

LA PRESIDENTA DE LA NACIÓN ARGENTINA  
DECRETA:

**Artículo 1°**— Apruébase la reglamentación de la Ley N° 26.657 que como ANEXO I forma parte integrante del presente Decreto.

**Artículo 2°**— Créase la COMISIÓN NACIONAL INTERMINISTERIAL EN POLÍTICAS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES en el ámbito de la JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS, presidida por la Autoridad de Aplicación de la Ley citada e integrada por representantes de cada uno de los Ministerios mencionados en el artículo 36 de la Ley N° 26.657.

Cada Ministerio afectará partidas presupuestarias propias para hacer frente a las acciones que le correspondan, según su competencia, y que se adopten en la presente Comisión.

La Comisión se reunirá como mínimo una vez al mes y realizará memorias o actas en las cuales se registren las decisiones adoptadas y los compromisos asumidos por cada Ministerio.

La Autoridad de Aplicación deberá promover la creación de ámbitos interministeriales de cada jurisdicción.

La Autoridad de Aplicación deberá convocar a organizaciones de la comunidad que tengan incumbencia en la temática, en particular de usuarios y familiares, y de trabajadores, para participar de un Consejo Consultivo de carácter honorario al que deberá convocar al menos trimestralmente, a fin de exponer las políticas que se llevan adelante y escuchar las propuestas que se formulen.

**Artículo 3°**— El presente decreto entrará en vigencia a partir de la fecha de su publicación en el Boletín Oficial.

**Artículo 4°**— Comuníquese, publíquese, dese a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — CRISTINA FERNÁNDEZ DE KIRCHNER. — Juan M. Abal Medina. — Juan L. Manzur.

# ANEXO I

## REGLAMENTACIÓN DE LA LEY N° 26.657

---

### **CAPÍTULO I: DERECHOS Y GARANTÍAS**

ARTÍCULO 1°.- Entiéndese por padecimiento mental a todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples, componentes, de conformidad con lo establecido en el artículo 3° de la Ley N° 26.657.

ARTÍCULO 2°.- Sin reglamentar.

## **CAPÍTULO II: DEFINICIÓN**

ARTÍCULO 3°.- Sin reglamentar.

ARTÍCULO 4°.- Las políticas públicas en la materia tendrán como objetivo favorecer el acceso a la atención de las personas desde una perspectiva de salud integral, garantizando todos los derechos establecidos en la Ley N° 26.657. El eje deberá estar puesto en la persona en su singularidad, más allá del tipo de adicción que padezca.

Entiéndese por “servicios de salud” en un sentido no restrictivo, 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.

ARTÍCULO 5°. - Sin reglamentar.

### **CAPÍTULO III: ÁMBITO DE APLICACIÓN**

ARTÍCULO 6°. - La Autoridad de Aplicación deberá asegurar, junto con las provincias y la CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, que las obras sociales regidas por las Leyes Nros. 23.660 y 23.661, el INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS (PAMI), la Obra Social del PODER JUDICIAL DE LA NACIÓN (OSPJN), la DIRECCIÓN DE AYUDA SOCIAL PARA EL PERSONAL DEL CONGRESO DE LA NACIÓN, las obras sociales del personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, de las Fuerzas de Seguridad, de la Policía Federal Argentina, de la Policía de Seguridad Aeroportuaria, del Servicio Penitenciario Federal y los retirados, jubilados y pensionados del mismo ámbito, las entidades de medicina prepaga, las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden por sí o por terceros servicios

de salud independientemente de su naturaleza jurídica o de su dependencia institucional, adecuen su cobertura a las previsiones de la Ley N° 26.657.

#### **CAPÍTULO IV: DERECHOS DE LAS PERSONAS CON PADECIMIENTO MENTAL**

ARTÍCULO 7°.- Los derechos establecidos en el artículo 7° de la Ley N° 26.657, son meramente enunciativos.

a) Sin reglamentar.

b) Sin reglamentar.

c) La Autoridad de Aplicación deberá determinar cuáles son las prácticas que se encuentran basadas en fundamentos científicos ajustados a principios éticos. Todas aquellas que no se encuentren previstas estarán prohibidas.

d) Sin reglamentar.

e) Sin reglamentar.

f) Sin reglamentar.

g) Sin reglamentar.

h) Sin reglamentar.

i) El INSTITUTO NACIONAL CONTRA LA DISCRIMINACIÓN, LA XENOFOBIA Y EL RACISMO (INADI) y la AUTORIDAD FEDERAL DE SERVICIOS DE COMUNICACIÓN AUDIOVISUAL (AFSCA), en el ámbito de sus competencias, en conjunto con la Autoridad de Aplicación y con la colaboración de todas las áreas que sean requeridas, desarrollarán políticas y acciones tendientes a promover la inclusión social de las personas con padecimientos mentales y a la prevención de la discriminación por cualquier medio y contexto.

j) Todas las instituciones públicas o privadas que brinden servicios de salud con o sin internación deberán disponer en lugares visibles para todos los

usuarios, y en particular para las personas internadas y sus familiares, un letrero de un tamaño mínimo de OCHENTA CENTÍMETROS (0.80 cm) por CINCUENTA CENTÍMETROS (0.50 cm) con el consiguiente texto: “La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 garantiza los derechos de los usuarios. Usted puede informarse del texto legal y denunciar su incumplimiento llamando al...” (números de teléfono gratuitos que a tal efecto establezca el Órgano de Revisión de cada Jurisdicción y la autoridad local de aplicación).

Las instituciones referidas precedentemente tienen la obligación de entregar a las personas usuarias y familiares, al momento de iniciarse una internación, copia del artículo 7° de la Ley N° 26.657, debiendo dejar constancia fehaciente de la recepción de la misma.

k) Todo paciente, con plena capacidad o, sus representantes legales, en su caso, podrán disponer directivas anticipadas sobre su salud mental, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos

médicos y decisiones relativas a su salud, las cuales deberán ser aceptadas por el equipo interdisciplinario interviniente a excepción que aquellas constituyeran riesgo para sí o para terceros.

Dichas decisiones deberán asentarse en la historia clínica. Asimismo, las decisiones del paciente o sus representantes legales, según sea el caso, podrán ser revocadas. El equipo interdisciplinario interviniente deberá acatar dicha decisión y adoptar todas las formalidades que resulten necesarias a fin de acreditar tal manifestación de voluntad, de la que deberá dejarse expresa constancia en la historia clínica.

l) La información sanitaria del paciente sólo podrá ser brindada a terceras personas con su consentimiento fehaciente.

Si aquél fuera incapaz, el consentimiento será otorgado por su representante legal.

Asimismo, la exposición con fines académicos re-

quiere, de forma previa a su realización, el consentimiento expreso del paciente o en su defecto, de sus representantes legales y del equipo interdisciplinario interviniente, integrado conforme lo previsto en el artículo 8° de la Ley. En todos los casos de exposición con fines académicos, deberá reservarse la identidad del paciente.

El consentimiento brindado por el paciente, en todos los casos, debe ser agregado a la historia clínica.

m) Entiéndese por “consentimiento fehaciente” a la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del equipo interdisciplinario interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a: su estado de salud; el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; los beneficios esperados del procedimiento; los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; la especificación de

los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.

Dicho consentimiento deberá brindarse ante el organismo público que la autoridad de aplicación determine, fuera de un contexto de internación involuntaria u otra forma de restricción de la libertad.

Todos los proyectos de investigaciones clínicas y/o tratamientos experimentales, salvo los que se realicen exclusivamente sobre la base de datos de personas no identificadas, deberán ser previamente aprobados por la Autoridad de Aplicación.

Tanto para la elaboración del protocolo de consentimiento fehaciente como para la aprobación de los proyectos referidos, la Autoridad de Aplicación trabajará en consulta con el CONSEJO NACIONAL DE BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS del MINISTE-

RIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS. Una vez aprobados los mismos, deberán ser remitidos al Órgano de Revisión para que realice las observaciones que crea convenientes.

n) Sin reglamentar.

o) Sin reglamentar.

p) Entiéndese por “justa compensación” a la contraprestación que recibirá el paciente por su fuerza de trabajo en el desarrollo de la actividad de que se trata y que implique producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

El pago de dicha compensación se verificará siguiendo las reglas, usos y costumbres de la actividad de que se trate. La Autoridad de Aplicación, en coordinación con el MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL, deberá fiscalizar que no existan abusos o algún tipo de explotación laboral.

## **CAPÍTULO V: MODALIDAD DE ABORDAJE**

ARTÍCULO 8°.- Los integrantes de los equipos interdisciplinarios asumen las responsabilidades que derivan de sus propias incumbencias profesionales en el marco del trabajo conjunto.

Las disciplinas enumeradas en el artículo 8° de la Ley N° 26.657 no son taxativas.

Cada jurisdicción definirá las características óptimas de conformación de sus equipos, de acuerdo a las necesidades y particularidades propias de la población.

En aquellas jurisdicciones en donde aún no se han desarrollado equipos interdisciplinarios, la Autoridad de Aplicación en conjunto con las autoridades locales, diseñarán programas tendientes a la conformación de los mismos, estableciendo plazos para el cumplimiento de dicho objetivo. Hasta tanto se conformen los mencionados equipos, se procurará

sostener una atención adecuada con los recursos existentes, reorganizados interdisciplinariamente, a fin de evitar derivaciones innecesarias fuera del ámbito comunitario.

La Autoridad de Aplicación deberá relevar aquellas profesiones y disciplinas vinculadas al campo de la salud mental y desarrollará acciones tendientes a:

- a) Fomentar la formación de recursos humanos en aquellas que sea necesario, y
- b) Regularizar la acreditación de las mismas en todo el país.

ARTÍCULO 9°.- La Autoridad de Aplicación promoverá que las políticas públicas en materia asistencial respeten los siguientes principios:

- a) Cercanía de la atención al lugar donde vive la persona.

b) Garantía de continuidad de la atención en aquellos servicios adecuados y que sean de preferencia de la persona.

c) Articulación permanente en el caso de intervención de distintos servicios sobre una misma persona o grupo familiar, disponiendo cuando fuere necesario un área de coordinación, integrando al equipo de atención primaria de la salud que corresponda.

d) Participación de personas usuarias, familiares y otros recursos existentes en la comunidad para la integración social efectiva.

e) Reconocimiento de las distintas identidades étnicas, culturales, religiosas, de género, sexuales y otras identidades colectivas.

Asimismo promoverá políticas para integrar a los equipos interdisciplinarios de atención primaria de la salud que trabajan en el territorio, conformados por médicos generalistas y de familia, agentes sanitarios, enferme-

ros y otros agentes de salud, como parte fundamental del sistema comunitario de salud mental.

Las políticas de abordaje intersectorial deberán incluir la adaptación necesaria de programas que garanticen a las personas con padecimientos mentales la accesibilidad al trabajo, a la educación, a la cultura, al arte, al deporte, a la vivienda y a todo aquello que fuere necesario para el desarrollo y la inclusión social.

ARTÍCULO 10.- El consentimiento informado se encuadra en lo establecido por el Capítulo III de la Ley N° 26.529 y su modificatoria, en consonancia con los principios internacionales.

Si el consentimiento informado ha sido brindado utilizando medios y tecnologías especiales, deberá dejarse constancia fehaciente de ello en la historia clínica del paciente, aclarando cuáles han sido los utilizados para darse a entender.

ARTÍCULO 11.- Facúltase a la Autoridad de Aplicación a disponer la promoción de otros dispositivos adecuados a la Ley N° 26.657, en articulación con las áreas que correspondan, promoviendo su funcionamiento bajo la forma de una red de servicios con base en la comunidad. Dicha red 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, que favorezca la inclusión social.

La Autoridad de Aplicación establecerá los requisitos que debe cumplir cada dispositivo para su habilitación.

Los dispositivos terapéuticos que incluyan alojamiento no deberán ser utilizados para personas con problemática exclusiva de vivienda.

Entre las estrategias y dispositivos de atención en salud mental, se incluirán para las adicciones dispositivos basados en la estrategia de reducción de daños.

La Autoridad de Aplicación promoverá que la creación de los dispositivos comunitarios, ya sean ambulatorios o de internación, que se creen en cumplimiento de los principios establecidos en la Ley, incluyan entre su población destinataria a las personas alcanzadas por el inciso 1) del artículo 34 del Código Penal, y a la población privada de su libertad en el marco de procesos penales.

Para promover el desarrollo de los dispositivos señalados, se deberá incluir el componente de salud mental en los planes y programas de provisión de insumos y medicamentos.

ARTÍCULO 12.- Debe entenderse que no sólo la prescripción de medicamentos sino de cualquier otra medida terapéutica, indicada por cualquiera de los profesionales del equipo interdisciplinario, debe cumplir con los recaudos establecidos en el artículo 12 de la Ley N° 26.657.

La prescripción de psicofármacos debe realizarse siguiendo las normas internacionales aceptadas por los consensos médicos para su uso racional, en el marco de los abordajes interdisciplinarios que correspondan a cada caso.

La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes realizadas de manera efectiva por médico psiquiatra o de otra especialidad cuando así corresponda.

## **CAPÍTULO VI:** DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

ARTÍCULO 13.- La Autoridad de Aplicación promoverá, en conjunto con las jurisdicciones, protocolos de evaluación a fin de cumplir con el artículo 13 de la Ley N° 26.657.

## **CAPÍTULO VII: INTERNACIONES**

ARTÍCULO 14.- Las normas de internación o tratamiento que motiven el aislamiento de las personas con padecimientos mentales, ya sea limitando visitas, llamados, correspondencia o cualquier otro contacto con el exterior, son contrarias al deber de promover el mantenimiento de vínculos. Las restricciones deben ser excepcionales, debidamente fundadas por el equipo interdisciplinario, y deberán ser informadas al juez competente.

Cuando existan restricciones precisas de carácter terapéutico que recaigan sobre algún familiar o

referente afectivo, deberá asegurarse el acompañamiento a través de otras personas teniendo en cuenta la voluntad del interesado. Nunca alcanzarán al abogado defensor, y podrán ser revisadas judicialmente. Las restricciones referidas no son en desmedro de la obligación de la institución de brindar información, incorporar a la familia y referentes afectivos a las instancias terapéuticas e informar sobre las prestaciones que brinda, facilitando el acceso al conocimiento de las instalaciones e insumos que se le ofrecen a la persona.

Se deberá promover que aquellas personas que carezcan de familiares o referentes, afectivos en condiciones de acompañar el proceso de tratamiento, puedan contar con referentes comunitarios. Para ello, la Autoridad de Aplicación identificará, apoyará y promoverá la organización de asociaciones de familiares y voluntarios que ofrezcan acompañamiento.

No será admitida la utilización de salas de aislamiento.

Las instituciones deberán disponer de telefonía gratuita para uso de las personas internadas.

ARTÍCULO 15.- 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:

- a) Dejar constancia en la historia clínica.
- b) Gestionar ante las áreas que correspondan con carácter urgente la provisión de los recursos correspondientes a efectos de dar solución de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 15 de la Ley N° 26.657.
- c) Informar a la Autoridad de Aplicación local.

ARTÍCULO 16.- Todos los plazos a que se refiere la Ley N° 26.657 deberán computarse en días corridos, salvo disposición en contrario.

a) El diagnóstico interdisciplinario e integral consiste en la descripción de las características relevantes de la situación particular de la persona y las probables causas de su padecimiento o sintomatología, a partir de una evaluación que articule las perspectivas de las diferentes disciplinas que intervienen. En aquellos casos en que corresponda incluir la referencia a criterios clasificatorios de trastornos o enfermedades, la Autoridad de Aplicación establecerá las recomendaciones necesarias para el empleo de estándares avalados por organismos especializados del Estado Nacional, o bien por organismos regionales o internacionales que la República Argentina integre como miembro.

La evaluación deberá incorporarse a la historia clínica.

Los profesionales firmantes deberán ser de distintas disciplinas académicas e integrar el equipo asistencial que interviene directamente en el caso, sin perjuicio de la responsabilidad de las autoridades de la Institución.

El informe deberá contener conclusiones conjuntas producto del trabajo interdisciplinario.

b) Deberán consignarse en la historia clínica, los datos referidos al grupo familiar y/o de pertenencia, o en su defecto, las acciones realizadas para su identificación.

c) Para ser considerada una internación voluntaria el consentimiento deberá ser indefectiblemente personal.

ARTÍCULO 17.- La Autoridad de Aplicación conjuntamente con el MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE y las dependencias institucionales que a estos fines resulten competentes, promoverán la implementación de políticas que tengan como objetivo: 1) facilitar el rápido acceso al Documento Nacional de Identidad (DNI) a las personas que carezcan de él; y 2) la búsqueda de los datos de identidad y filiación de las personas con padecimiento mental cuando fuese necesario, con procedimientos expeditos que deberán iniciarse como máximo a las

CUARENTA Y OCHO (48) horas de haber tomado conocimiento de la situación; manteniendo un Registro Nacional actualizado que permita un seguimiento permanente de estos casos hasta su resolución definitiva. Este Registro Nacional actuará en coordinación con la Autoridad de Aplicación y contendrá todos aquellos datos que tiendan a identificar a las personas o su grupo de identificación familiar.

Para ello los servicios de salud mental deberán notificar obligatoriamente y de manera inmediata a la Autoridad de Aplicación correspondiente el ingreso de personas cuya identidad se desconozca.

La Autoridad de Aplicación regulará el funcionamiento del Registro Nacional debiendo respetar el derecho a la intimidad, la protección de datos y lo indicado en el artículo 7° inciso I), de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

ARTÍCULO 18.- Solamente podrá limitarse el egreso de la persona por su propia voluntad si existiese

una situación de riesgo cierto e inminente, en cuyo caso deberá procederse de conformidad con el artículo 20 y subsiguientes de la Ley N° 26.657.

Deberá reiterarse la comunicación al cabo de los CIENTO VEINTE (120) días como máximo y deberá contener los recaudos establecidos en el artículo 16 de la Ley N° 26.657. A los efectos de evaluar si la internación continúa siendo voluntaria, el juez solicitará una evaluación de la persona internada al equipo interdisciplinario dependiente del Órgano de Revisión.

ARTÍCULO 19.- Sin reglamentar.

ARTÍCULO 20.- Entiéndese por riesgo cierto e inminente a aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros. Ello deberá ser verificado por medio de una evaluación actual, realizada por el equipo interdisciplinario,

cuyo fundamento no deberá reducirse exclusivamente a una clasificación diagnóstica.

No se incluyen los riesgos derivados de actitudes o conductas que no estén condicionadas por un padecimiento mental.

Las Fuerzas de Seguridad que tomasen contacto con una situación de riesgo cierto e inminente para la persona o para terceros por presunto padecimiento mental, deberán intervenir procurando evitar daños, dando parte inmediatamente y colaborando con el sistema de emergencias sanitarias que corresponda. La Autoridad de Aplicación en conjunto con el MINISTERIO DE SEGURIDAD elaborará protocolos de intervención y capacitación en base al criterio de evitar todo tipo de daños para sí o para terceros.

Aún en el marco de una internación involuntaria, deberá procurarse que la persona participe de la decisión que se tome en relación a su tratamiento.

ARTÍCULO 21.- Las DIEZ (10) horas deben computarse desde el momento en que se efectivizó la medida, incluso cuando su vencimiento opere en día u horario inhábil judicial.

La comunicación podrá realizarse telefónicamente o por otra vía tecnológica expedita y verificable que habrán de determinar en acuerdo la Autoridad de Aplicación local, el Poder Judicial y el Órgano de Revisión.

El Juez deberá garantizar el derecho de la persona internada, en la medida que sea posible, a ser oída en relación a la internación dispuesta.

a) Sin reglamentar.

b) La petición de informe ampliatorio sólo procede si, a criterio del Juez, el informe original es insuficiente. En caso de solicitar el mismo o peritajes externos, el plazo máximo para autorizar o denegar la internación no podrá superar los SIETE (7) días

fijados en el artículo 25 de la ley N° 26.657.

Entiéndese por “servicio de salud responsable de la cobertura” al máximo responsable de la cobertura de salud, sea pública o privada.

ARTÍCULO 22.- La responsabilidad de garantizar el acceso a un abogado es de cada jurisdicción. La actuación del defensor público será gratuita.

En el ejercicio de la asistencia técnica el abogado defensor— público o privado— debe respetar la voluntad y las preferencias de la persona internada, en lo relativo a su atención y tratamiento.

A fin de garantizar el derecho de defensa desde que se hace efectiva la internación, el servicio asistencial deberá informar al usuario que tiene derecho a designar un abogado.

Si en ese momento no se puede comprender su voluntad, o la persona no designa un letrado privado,

o solicita un defensor público, se dará intervención a la institución que presta dicho servicio.

En aquellos estados en los que no pueda comprenderse la voluntad de la persona internada, el defensor deberá igualmente procurar que las condiciones generales de internación respeten las garantías mínimas exigidas por la ley y las directivas anticipadas que pudiera haber manifestado expresamente.

El juez debe garantizar que no existan conflictos de intereses entre la persona internada y su abogado, debiendo requerir la designación de un nuevo defensor si fuese necesario.

ARTÍCULO 23.- El equipo tratante que tiene la facultad de otorgar el alta, externación o permisos de salida se compone de manera interdisciplinaria y bajo el criterio establecido en el artículo 16 y concordantes de la Ley N° 26.657.

Cuando una internación involuntaria se transforma en voluntaria, se le comunicará al juez esta novedad

remitiéndole un informe con copia del consentimiento debidamente firmado. En este caso se procederá de conformidad con lo establecido en el artículo 18 de la Ley, debiendo realizar la comunicación allí prevista si transcurriesen SESENTA (60) días a partir de la firma del consentimiento.

ARTÍCULO 24.- Los informes periódicos deberán ser interdisciplinarios e incluir información acerca de la estrategia de atención, las distintas medidas implementadas por el equipo y las respuestas obtenidas, fundamentando adecuadamente la necesidad del mantenimiento de la medida de internación.

Se entenderá que la intervención del Órgano de Revisión, en el marco del presente artículo, procede a intervalos de NOVENTA (90) días.

Hasta tanto se creen los órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, el juez podrá requerir a un equipo interdisciplinario, de un organismo independiente del servicio asistencial interviniente, que efectúe

la evaluación indicada por el presente artículo.

ARTÍCULO 25.- Sin reglamentar.

ARTÍCULO 26.- En las internaciones de personas declaradas incapaces o menores de edad sé deberá:

- a) Ofrecer alternativas terapéuticas de manera comprensible,
- b) Recabar su opinión,
- c) Dejar constancia de ello en la historia clínica,
- d) Poner a su disposición la suscripción del consentimiento informado.

En caso de existir impedimentos para el cumplimiento de estos requisitos deberá dejarse constancia de ello con informe fundado.

Asimismo deberá dejarse constancia de la opinión de los padres o representantes legales según el caso.

Para las internaciones de personas menores de edad el abogado defensor previsto en el artículo 22 de la Ley N° 26.657 deberá estar preferentemente especializado en los términos del artículo 27 inciso c) de la Ley N° 26.061.

ARTÍCULO 27.- La Autoridad de Aplicación en conjunto con los responsables de las jurisdicciones, en particular de aquellas que tengan en su territorio dispositivos monovalentes, deberán desarrollar para cada uno de ellos proyectos de adecuación y sustitución por dispositivos comunitarios con plazos y metas establecidas. La sustitución definitiva deberá cumplir el plazo del año 2020, de acuerdo al CONSENSO DE PANAMÁ adoptado por la CONFERENCIA REGIONAL DE SALUD MENTAL convocada por la ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) -ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) “20 años después de la Declaración de Caracas” en la CIUDAD DE PANAMÁ el 8 de octubre de 2010. La presentación de tales proyectos y el cumplimiento efectivo de las metas en

los plazos establecidos, será requisito indispensable para acceder a la asistencia técnica y financiera que la Autoridad de Aplicación nacional disponga. El personal deberá ser capacitado y destinado a los dispositivos sustitutivos en funciones acordes a su capacidad e idoneidad.

La Autoridad de Aplicación en conjunto con las jurisdicciones, establecerá cuales son las pautas de adaptación de los manicomios, hospitales neuropsiquiátricos o cualquier otro tipo de instituciones de internación monovalentes que se encuentren en funcionamiento, congruentes con el objetivo de su sustitución definitiva en el plazo establecido.

También establecerá las pautas de habilitación de nuevos servicios de salud mental, públicos y privados, a los efectos de cumplir con el presente artículo.

La adaptación prevista deberá contemplar la desconcentración gradual de los recursos materiales, humanos y de insumos y fármacos, hasta la redis-

tribución total de los mismos en la red de servicios con base en la comunidad.

La implementación de este lineamiento no irá en detrimento de las personas internadas, las cuales deberán recibir una atención acorde a los máximos estándares éticos, técnicos y humanitarios en salud mental vigentes.

ARTÍCULO 28.- Deberá entenderse que la expresión “hospitales generales” incluye tanto a los establecimientos públicos como privados.

Las adaptaciones necesarias para brindar una atención adecuada e integrada sean estructurales y/o funcionales de los hospitales generales a efectos de incluir la posibilidad de internación en salud mental es responsabilidad de cada jurisdicción. Aquellas deberán respetar las recomendaciones que la Autoridad de Aplicación realizará a tales fines.

A los efectos de contar con los recursos necesarios

para poder efectuar internaciones de salud mental en hospitales generales del sector público, el MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN FEDERAL, INVERSIÓN PÚBLICA Y SERVICIOS y el MINISTERIO DE SALUD deberán contemplar en la construcción de nuevos hospitales, áreas destinadas específicamente a la atención de la salud mental, promoviendo que igual criterio adopten todas las jurisdicciones.

Asimismo, establecerán planes de apoyo para el acondicionamiento o ampliación de los Hospitales Generales, con el mismo objetivo.

La Autoridad de Aplicación condicionará la participación de las jurisdicciones en programas que incluyan financiamiento, a la presentación de proyectos de creación de servicios de salud mental en los hospitales generales, con plazos determinados.

ARTÍCULO 29.- Las autoridades de los establecimientos que presten atención en salud mental deberán entregar a todo el personal vinculado al área,

copia del texto de la Ley y su Reglamentación.

Asimismo, los usuarios, familiares y allegados tendrán a su disposición un libro de quejas, al que tendrán acceso irrestricto tanto la Autoridad de Aplicación, el Órgano de Revisión, el abogado defensor como la Autoridad Judicial.

La Autoridad de Aplicación promoverá espacios de capacitación sobre los contenidos de la Ley y de los instrumentos internacionales de referencia, dirigidos a todos los integrantes del equipo de salud mental.

## **CAPÍTULO VIII: DERIVACIONES**

ARTÍCULO 30.- La conveniencia de derivación fuera del ámbito comunitario donde vive la persona deberá estar debidamente fundada por evaluación interdisciplinaria en los términos previstos en el artículo 16 y concordantes de la Ley. La comunicación al Juez y al Órgano de Revisión, cuando no exista consentimiento informado, deberá ser de carácter

previo a la efectivización de la derivación.

## **CAPÍTULO IX: AUTORIDAD DE APLICACIÓN**

ARTÍCULO 31.- El área a designar por la Autoridad de Aplicación a través de la cual desarrollará las políticas establecidas en la Ley no podrá ser inferior a Dirección Nacional.

El PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL deberá estar disponible para la consulta del conjunto de la ciudadanía y deberá contemplar mecanismos de monitoreo y evaluación del cumplimiento de metas y objetivos. La Autoridad de Aplicación deberá elaborar un informe anual sobre la ejecución de dicho Plan Nacional el cual será publicado y remitido al Órgano de Revisión.

ARTÍCULO 32.- Sin reglamentar.

ARTÍCULO 33.- El MINISTERIO DE EDUCACIÓN, a través de sus áreas competentes, prestará colaboración a la Autoridad de Aplicación a fin de efec-

tuar las pertinentes recomendaciones dirigidas a las universidades para adecuar los planes de estudio de formación de los profesionales de las disciplinas involucradas con la salud mental.

Deberá ponerse de resalto la capacitación de los trabajadores en servicio del equipo interdisciplinario de salud mental, de atención primaria de la salud, y de todas las áreas que intervienen en orden a la intersectorialidad.

La Autoridad de Aplicación deberá promover la habilitación de espacios de capacitación de grado y posgrado, residencias, concurrencias y pasantías, dentro de los dispositivos comunitarios, sustituyendo progresivamente los espacios de formación existentes en instituciones monovalentes.

ARTÍCULO 34.- La SECRETARÍA DE DERECHOS HUMANOS del MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS y la Autoridad de Aplicación

conformarán una comisión permanente de trabajo en el plazo de TREINTA (30) días, a partir de la entrada en vigencia del presente Decreto.

Dicha Comisión trabajará en conjunto con las jurisdicciones provinciales y elevará al Secretario de Derechos Humanos y a la Autoridad de Aplicación las propuestas elaboradas para su aprobación, las que deberán garantizar el cumplimiento de todos los derechos establecidos en el artículo 7° y demás previsiones de la Ley N° 26.657.

La Comisión conformada dará asistencia técnica y seguimiento permanente para la implementación de los estándares elaborados.

Se deberá entender que los estándares se refieren a habilitación, supervisión, acreditación, certificación, monitoreo, auditoría, fiscalización y evaluación.

ARTÍCULO 35.- La Autoridad de Aplicación deberá considerar como requisito para el acceso a programas de asistencia en los términos del artículo 28 de

la presente reglamentación, la participación y colaboración de las jurisdicciones en la recolección y envío de datos para la realización del censo.

El INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (INDEC) prestará la colaboración que le sea requerida.

ARTÍCULO 36.- Sin reglamentar.

ARTÍCULO 37.- La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD en conjunto con la Autoridad de Aplicación deberán controlar que se garantice la cobertura en salud mental de los afiliados a Obras Sociales. Para ello deberán adecuar la cobertura del Programa Médico Obligatorio (PMO) o el instrumento que en el futuro lo remplace, a través de la incorporación de los dispositivos, insumos y prácticas en salud mental que se promueven en la Ley y los que la Autoridad de Aplicación disponga de acuerdo con el artículo 11 de la misma. Para acceder a dicha cobertura no será exigible certificación de discapacidad.

Se establecerán aranceles que promuevan la creación y desarrollo de tales dispositivos.

Deberán también excluirse de la cobertura las prestaciones contrarias a la Ley.

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD deberá controlar que los agentes del seguro de salud identifiquen a aquellas personas que se encuentren con internaciones prolongadas y/o en instituciones monovalentes, y deberán establecer un proceso de externación y/o inclusión en dispositivos sustitutivos en plazos perentorios.

Las auditorías o fiscalizaciones sobre los prestadores, públicos y privados deberán controlar el cumplimiento de la Ley, incluyendo la utilización de evaluaciones interdisciplinarias.

Se promoverá que igual criterio adopten las obras sociales provinciales.

## **CAPÍTULO X: ÓRGANO DE REVISIÓN**

ARTÍCULO 38.- El Órgano de Revisión en el ámbito del MINISTERIO PÚBLICO DE LA DEFENSA actuará conforme las decisiones adoptadas por los integrantes individualizados en el artículo 39 de la Ley. Dictará su reglamento interno de funcionamiento, y establecerá los lineamientos políticos y estratégicos de su intervención en el marco de los objetivos y funciones asignadas por la Ley.

Deberá reunirse de forma periódica, en los plazos que determine su reglamento interno, y al menos una vez por mes.

Además, podrá constituirse en asamblea extraordinaria, a pedido de alguno de sus miembros cuando una cuestión urgente así lo requiera.

Podrá sesionar con el quórum mínimo de CUATRO (4) miembros. La toma de decisiones será por mayoría simple de los miembros presentes, salvo

cuando se estipule en esta reglamentación, o a través del reglamento interno, un quórum diferente.

A los fines de dotar al Órgano de Revisión de la operatividad necesaria para cumplir de un modo más eficaz sus funciones, encomiéndose a la DEFENSORÍA GENERAL DE LA NACIÓN la Presidencia, representación legal, y coordinación ejecutiva del Órgano Revisor, a través de la organización de una Secretaría Ejecutiva y de un equipo de apoyo técnico y otro administrativo.

La DEFENSORÍA GENERAL DE LA NACIÓN, a través de su servicio administrativo financiero, se encargará de brindar el soporte necesario para la ejecución del presupuesto que se le asigne para el funcionamiento del Órgano de Revisión.

La Secretaría Ejecutiva, cuyo titular será designado por la DEFENSORÍA GENERAL DE LA NACIÓN, deberá coordinar las reuniones de los integrantes del Órgano de Revisión, implementar las estrate-

gias políticas, jurídicas e institucionales, participar sin voto de las reuniones, seguir los lineamientos acordados por los integrantes del Órgano, canalizar la colaboración necesaria entre los distintos miembros, y adoptar todas las medidas necesarias para asegurar el funcionamiento permanente del organismo, rindiendo cuentas de las acciones emprendidas.

La labor permanente de carácter operativo, técnico y administrativo del Órgano de Revisión, se sustentará mediante los equipos de apoyo enunciados precedentemente, cuyo personal será provisto por la DEFENSORÍA GENERAL DE LA NACIÓN y coordinado por la Secretaría Ejecutiva.

En la conformación del equipo de apoyo técnico deberá respetarse el criterio interdisciplinario previsto en la Ley, y deberá asegurarse que el personal no posea conflictos de intereses respecto de las tareas encomendadas al Órgano de Revisión.

ARTÍCULO 39.- Los integrantes del Órgano de Revisión serán designados de la siguiente manera:

a) UN (1) representante del MINISTERIO DE SALUD;

b) UN (1) representante de la SECRETARÍA DE DERECHOS HUMANOS del MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS;

c) UN (1) representante del MINISTERIO PÚBLICO DE LA DEFENSA;

d) UN (1) representante de asociaciones de usuarios y/o familiares del sistema de salud;

e) UN (1) representante de asociaciones de profesionales y otros trabajadores de la salud;

f) UN (1) representante de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.

La DEFENSORÍA GENERAL DE LA NACIÓN a través de su titular o de quién éste designe deberá ejercer el voto en las reuniones a los efectos de desempatar, cuando resultare necesario.

Las entidades de perfil interdisciplinario y con experiencia de trabajo en la temática de salud mental y de derechos humanos, representativas de las asociaciones y organizaciones mencionadas en los incisos d), e) y f), serán designadas por decisión fundada adoptada entre las jurisdicciones mencionadas en los incisos a), b) y c), a través de un procedimiento de selección que asegure transparencia.

Las entidades que sean designadas a tal efecto, integrarán el Órgano de Revisión por el término de DOS (2) años, al cabo del cual deberán elegirse nuevas organizaciones. Podrán ser reelegidas por UN (1) sólo período consecutivo, o nuevamente en el futuro, siempre con el intervalo de UN (1) período.

El mismo criterio de alternancia se aplica a las personas

que representen a las organizaciones, las que además no podrán tener vinculación de dependencia con las jurisdicciones mencionadas en los incisos a), b) y c).

En caso de renuncia o impedimento de alguna de las entidades designadas para participar del Órgano de Revisión, deberá reeditarse el procedimiento de selección para incorporar a una reemplazante, hasta la culminación del período.

Cada institución deberá designar UN (1) representante titular y UN (1) representante suplente, para el caso de ausencia del primero. La labor de todos los representantes tendrá carácter ad-honorem, sin perjuicio de las retribuciones salariales que cada uno pueda percibir de parte de las organizaciones a las que pertenecen.

El Órgano de Revisión podrá realizar convenios con entidades públicas o privadas, con competencia en la materia, para que brinden asesoramiento técnico

a efectos de coadyuvar a su buen funcionamiento.

También podrá convocar, a los mismos fines, a personalidades destacadas en la materia.

ARTÍCULO 40.- El Órgano de Revisión desarrollará las funciones enunciadas en el artículo 40 de la Ley N° 26.657, así como todas aquellas que sean complementarias a efectos de proteger los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud mental.

El Órgano de Revisión podrá ejercer sus funciones de modo facultativo en todo el Territorio Nacional, en articulación con el Órgano de Revisión local, cuando considere la existencia de situaciones de urgencia y gravedad institucional.

En los casos particulares que estén bajo proceso judicial con competencia de la justicia federal, provincial o de la CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, deberá intervenir el Órgano de Revisión local.

a) El Órgano de Revisión requerirá plazos expeditos para la recepción de los informes requeridos;

b) A los fines de lograr la supervisión de las condiciones de internación y tratamiento, el Órgano de Revisión podrá ingresar a cualquier tipo de establecimiento, público y privado, sin necesidad de autorización previa, y realizar inspecciones integrales con acceso irrestricto a todas las instalaciones, documentación, y personas internadas, con quienes podrá mantener entrevistas en forma privada;

c) El equipo interdisciplinario que evalúe las internaciones deberá estar conformado bajo el mismo criterio establecido en el artículo 16 y concordantes de la Ley.

d) Sin reglamentar;

e) Sin reglamentar;

f) El Órgano de Revisión podrá requerir la intervención judicial, así como de la defensa pública y de otros organismos de protección de derechos, ante

situaciones irregulares que vayan en desmedro de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental;

g) Sin reglamentar;

h) Las recomendaciones deberán efectuarse a través de informes anuales sobre el estado de aplicación de la Ley en todo el país, que deberán ser de carácter público;

i) Sin reglamentar;

j) A los fines de promover la creación de órganos de revisión en las jurisdicciones, deberá fomentarse que en su integración se respete el criterio de intersectorialidad e interdisciplinariedad previsto en la ley para el Órgano de Revisión nacional, y podrán depender del ámbito que se considere más adecuado de acuerdo a la organización administrativa de cada jurisdicción, para garantizar autonomía de los servicios y dispositivos que serán objeto de supervisión.

Se promoverá que, como mínimo, las funciones de los órganos de revisión locales sean las indicadas para el Órgano de Revisión nacional, en su ámbito.

k) Sin reglamentar;

l) A los fines de velar por el cumplimiento de los derechos fundamentales, se comprenderá la situación de toda persona sometida a algún proceso administrativo o judicial por cuestiones de salud mental, o donde se cuestione el ejercicio de la capacidad jurídica.

## **CAPÍTULO XI: CONVENIOS DE COOPERACIÓN CON LAS PROVINCIAS.**

ARTÍCULO 41.- Sin reglamentar.

## **CAPÍTULO XII: DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS.**

ARTÍCULO 42.- Sin reglamentar.

ARTÍCULO 43.- Sin reglamentar.

ARTÍCULO 44.- Sin reglamentar.

ARTÍCULO 45.- Sin reglamentar.

ARTÍCULO 46.- Sin reglamentar.

## Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones



Ministerio de Salud  
Presidencia de la Nación



Av. 9 de Julio 1925 Piso 10 - C1073ABA  
Ciudad de Buenos Aires - Argentina



(011) 4379-9162



saludmentalnacion@gmail.com  
[www.msal.gov.ar/saludmental](http://www.msal.gov.ar/saludmental)

**Ley N°: 9848**

**Reglamentación: 1022-11**

## **REGIMEN DE LA PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA PROVINCIA DE CÓRDOBA.-**

### **TÍTULO I PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL**

#### **Capítulo I**

#### **Disposiciones Generales**

**Artículo 1°.- Objeto.** La presente Ley tiene por objeto garantizar:

- a) El ejercicio del derecho de la población a la salud mental, asegurando su promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación;
- b) El acceso de la población, sin ningún tipo de exclusión, a la atención en salud mental servicios adecuados, integrados y conducidos por expertos en la problemática de la salud
- c) La atención en salud mental como parte integrante e integrada de los servicios generales salud.

**Artículo 2°.- Servicios de Salud Mental.** Los servicios de salud mental son aquellas prestaciones asistenciales cuyo cometido es abordar -previniendo o conteniendo desde una perspectiva rehabilitadora y articulada- los padecimientos o trastornos de origen emocional u orgánico, capacidad de producir un deterioro en la aptitud humana de pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicar, interpretar la realidad y relacionarse socialmente.

**Artículo 3°.- Sistema de Salud Mental.** El sistema de salud mental es la organización integrada, dentro del sistema general de salud, de los servicios de salud mental públicos o demás recursos compatibles con los objetivos sanitarios que esta Ley tutela, en el marco proceso continuo de construcción intersectorial, interinstitucional e interdisciplinaria.

**Artículo 4°.- Autoridad de Aplicación.** El Ministerio de Salud de la Provincia es la Autoridad Aplicación de la presente Ley.

La Dirección de Jurisdicción de Salud Mental, o el organismo que en el futuro la reemplace, -en el plazo que determine la reglamentación- las bases para un Plan Provincial de Salud acorde a los principios e instrumentos establecidos en la presente Ley.

*Artículo 1° a 4°.- Sin reglamentar.*

**Artículo 5°.- Plan Provincial de Salud Mental.** El Plan Provincial de Salud Menta refiere el artículo 4° de esta Ley contendrá los fundamentos, objetivos, políticas, lineamientos en salud mental para el ámbito provincial.

Deberá priorizar, como objetivo estratégico, la transformación del sistema provincial de salud mediante la planificación de acciones que favorezcan:

- a) Los procesos de inclusión social a través de la integración de las personas con padecimiento mental en su red de vínculos familiares y comunitarios;
- b) El abordaje de la salud mental de las personas como un proceso dinámico y contextual incluye la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación;
- c) La articulación del sistema de salud mental con el sistema general de salud y con comunitarias e institucionales de la comunidad en general, y
- d) El redimensionamiento y actualización de las estructuras institucionales asistenciales existentes de las modalidades de abordaje terapéutico en los servicios ofrecidos, adecuándolas sanitarios y

profesionales en vigencia que respeten lo establecido por la presente Ley.

***Artículo 5º.-** La autoridad de aplicación aprobará por Resolución dentro de los sesenta (60) días de publicada la presente reglamentación, el Plan Provincial de Salud Mental, que tendrá naturaleza plurianual, y que deberá contar con objetivos generales, objetivos específicos, acciones concretas de intervención – con expresa determinación de un índice de factibilidad aplicado a cada medida propuesta –, previsiones presupuestarias e indicadores objetivos para ponderar y evaluar el cumplimiento de dichos objetivos y acciones. El Plan será coordinado en sus fases de elaboración, implementación y seguimiento por la Dirección de Jurisdicción de Salud Mental o el organismo que en el futuro la reemplace. Tendrá espíritu participativo y se nutrirá de los lineamientos, prioridades e instrucciones generales establecidas en la ley 9.848. Deberá ser puesto en conocimiento por el Consejo Consultivo para la Salud mental y el Comité Intersectorial Permanente.*

## **Capítulo II**

### **Accesibilidad a la Atención en Salud Mental**

**Artículo 6º.- Garantía estatal.** El Estado Provincial garantiza la promoción, prevención, y rehabilitación en salud mental en todo el territorio de la Provincia de Córdoba.

Para ello, asegura:

- a) La accesibilidad geográfica, económico-social y cultural de la población al sistema de en salud mental;
- b) La organización territorial del sistema de salud mental mediante el establecimiento sanitarias de integración en salud mental;
- c) El reforzamiento de los servicios locales -municipales o comunales- de salud mental;
- d) La participación de la sociedad civil y de la comunidad en la definición y abordaje de las problemáticas de salud mental, y
- e) El fortalecimiento de las redes y lazos sociales.

***Artículo 6º.-** Las relaciones institucionales y sanitarias a establecerse entre la Nación, Provincia y Municipios a los fines de la consecución de los objetivos de la presente ley, se regirá por los convenios que a dicho efecto se suscriban entre los mismos y la Autoridad de Aplicación. En ese sentido, los organismos técnicos del Ministerio de Salud elaborarán criterios, instrumentos e indicadores cuantitativos y cualitativos para dotar de objetividad y de pautas estandarizadas de evaluación respecto al aseguramiento de la accesibilidad a los servicios, a la conformación oportuna – y compatible con otras estructuras sanitarias subregionales – de las zonas sanitarias de integración de salud mental, el razonable reforzamiento de la atención primaria en salud mental, la adecuada participación e incidencia de la sociedad civil en las problemáticas locales y regionales de salud mental, así como también respecto a la creación y afianzamiento de vínculos institucionales y*

*asistenciales entre organizaciones cuyo objeto y campo de actuación se relacione directa o indirectamente con el propósito y disposiciones establecidas en la ley 9.848.*

**Artículo 7°.- Convenios con municipios y comunas.** La Autoridad de Aplicación promoverá firma de convenios con municipios y comunas de la Provincia de Córdoba, con el propósito de garantizar la descentralización de los servicios de salud mental e integrar los mismos a los sistemas locales de salud.

***Artículo 7°.-** La descentralización a que se refiere el artículo 7ª de la ley 9.848, implica la asunción presupuestaria, financiera, institucional y asistencial de los servicios de salud mental por parte de los municipios y comunas de la Provincia, a través de sus propios establecimientos- denominados a tal efecto, en lo que sigue, “efectores locales”-, garantizando la atención primaria en el rubro, orientándola al abordaje- en particular- de las emergencias psicopatológicas, las adicciones y los casos de violencia familiar. En este sentido, ninguna modalidad o servicio destinado al aseguramiento de una atención primaria en salud mental de calidad podrá dejarse de brindar por el efector local, en particular en lo que a recursos humanos especializados y existencia o accesibilidad inmediata a stock de medicamentos se refiere. Sin excepción alguna, el Estado Provincial acompañará institucionalmente y asistirá técnica y financieramente a los municipios en todo aquello que coadyuve a los fines de lo establecido, reorientando o reforzando su capacidad instalada, programas u otras acciones propias de su giro ordinario o extraordinario.*

**Artículo 8°.- Objetivos sanitarios comunes.** En el marco de los convenios entre la Provincia y municipios o comunas -suscriptos o a suscribirse-, se determinarán objetivos sanitarios, acciones de intervención y mecanismos de evaluación, con especial consideración de los siguientes aspectos vinculados a la salud mental:

- a) Asesoramiento, desde las estructuras provinciales a municipios o comunas, para el abordaje de las problemáticas locales de salud mental;
- b) Asistencia técnica y económica para la creación e implementación de servicios y programas, mejoramiento de infraestructura y equipamiento y desarrollo de equipos interdisciplinarios;
- c) Evolución gradual de las pautas presupuestarias y financieras formuladas para el sostenimiento y desarrollo de servicios de salud mental, según estándares sugeridos por los organismos de referencia en el campo de la salud mental;
- d) Realización conjunta de programas de educación continua y capacitación en servicio de los equipos interdisciplinarios de salud mental, y
- e) Participación de actores, de relevancia en el campo público gubernamental y no gubernamental, en la definición de una agenda pública para la salud mental, acorde con los lineamientos formulados por la presente Ley y su instrumentación.

***Artículo 8°.-** Sin reglamentar.*

### **Capítulo III**

## **Derechos de los Usuarios del Sistema de Salud Mental**

**Artículo 9º.- Protección por discriminación.** El Estado Provincial asegura la protección de los individuos que requieran servicios de salud mental frente a cualquier tipo de discriminación, en el marco de la plena vigencia de la Constitución Nacional, de los Tratados Internacionales que por su imperio integran el Bloque de Constitucionalidad Federal y de las disposiciones de la Constitución de la Provincia de Córdoba aplicables al efecto.

***Artículo 9.-** La autoridad de aplicación organizará, con asesoramiento de la Direcciones de Jurisdicción de Salud Mental y Asuntos Legales, y con la oportuna intervención de la Dirección General de Defensa del Paciente o del organismo que la supla o sustituya a tal efecto, un procedimiento sumarísimo que asegure el tratamiento digno e igualitario de los ciudadanos que requieran servicios de salud mental, tomándose como referencia a los fines de determinar la comisión de un acto discriminatorio, las disposiciones de la ley 23.592 y en lo que así corresponda, de la ley 26.529.*

**Artículo 10.- Cooperación de familiares y ONG.** Los usuarios del sistema de salud mental, así como sus familiares u otros actores sociales, sin perjuicio de las formas de participación ciudadana que la Constitución y la ley establecen, pueden constituir organizaciones no gubernamentales cuyo objeto esté centrado en la promoción, prevención y protección de la salud mental individual y colectiva y la tutela del acceso a servicios de salud mental acordes a sus necesidades.

***Artículo 10º.-** Sin reglamentar*

**Artículo 11.- Derechos del paciente.** Todas las personas con padecimiento mental tienen derecho a:

- a) No ser discriminadas por ninguna causa y bajo ninguna circunstancia, en particular por motivos relacionados directa o indirectamente con su patología;
- b) Ser informadas sobre el tratamiento terapéutico que recibirán y sus características;
- c) Ser tratadas con la alternativa terapéutica menos restrictiva de su autonomía y libertad;
- d) Tomar decisiones relacionadas con su tratamiento, dentro de sus posibilidades;
- e) Acceder a su historia clínica por sí o con el concurso de su representante legal convencional;
- f) Ser acompañadas durante las etapas de tratamiento por familiares o allegados;
- g) Acceder a los psicofármacos necesarios para su tratamiento;
- h) No ser objeto de investigaciones o tratamientos experimentales sin su consentimiento y bajo los términos de la legislación vigente en la materia, e
- i) Recibir una justa compensación por tareas, servicios o producción de bienes a ser comercializados en el marco de dispositivos de rehabilitación.

**Artículo 12.- Derechos de los niños y adolescentes pacientes.** Los niños y adolescentes con padecimiento mental, gozarán de los derechos enunciados en el artículo 11 -excepto lo dispuesto en el inciso i)- de la presente Ley, además de lo establecido en la Ley Nacional N° 26.061-de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes-, en la Ley N° 9396 -de adhesión provincial a la norma antes citada-, en la Convención Internacional de los Derechos del Niño y demás tratados y reglas internacionales que protegen el derecho de las personas del

mencionado rango etario.

**Artículo 11° y 12°.-** Los derechos enumerados por los artículos 11 y 12 de la Ley 9.848, se entienden de naturaleza operativa, y no excluyentes de los establecidos por otros marcos jurídicos aplicables. Toda limitación o restricción de estos derechos, por parte de profesionales o instituciones del Sistema de Salud Mental, sean estos de naturaleza pública-nacional, provincial o municipal- o privada, hará pasibles a los responsables en su comisión, de las sanciones previstas en los estatutos laborales y regímenes regulatorios o deontológicos vigentes y aplicables, a los cuales esta norma reglamentaria se remite o reenvía. En la Dirección General de Defensa del Paciente, o el organismo que la supla o sustituya a tal efecto, con el apoyo del servicio jurídico del Ministerio de Salud, tendrá a su cargo la sustanciación de las investigaciones administrativas o sumarios que se ordenen en virtud de la aplicación de la presente reglamentación.

- 0 Establecimientos regulados por la ley 6.222. En los casos de establecimientos regidos por la Ley n° 6.222, a los fines de garantizar el debido derecho de defensa, será aplicable el procedimiento sumarial establecido en la citada norma y en su decreto reglamentario (actualmente, el Decreto n° 33/08) o la que lo reemplace en el futuro.
- 1 Profesionales: De así corresponder, elevará así mismo las actuaciones a la entidad deontológica que corresponda, para su estudio y eventual prosecución de trámite pertinente.
- 2 Agentes del Estado Provincial, por hechos cometidos en establecimientos bajo su jurisdicción: La autoridad de aplicación ejercerá la potestad disciplinaria pertinente, de conformidad a lo establecido por las normas vigentes y aplicables al caso.

En lo que a la específica aplicación del artículo 12 se refiere, el Plan Provincial de Salud Mental, contendrá un capítulo destinado a la organización de un subsistema infanto juvenil, determinando los estándares que deberán cumplir los efectores públicos o privados que lo integren, rol de la autoridad de aplicación (regulación, cooperación técnica o financiera, fiscalización, evaluación, etcétera.) y planificación de los nodos que lo compondrán.

**Artículo 13.- Principios internacionales de protección.** Los criterios y pautas contenidos en los “Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental” (1991), compuesto de diecinueve (19) fojas, se consideran parte integrante de la presente Ley como Anexo I.

**Artículo 13°.-** Sin reglamentar.

## Capítulo IV

### Recursos Presupuestarios en Salud Mental

**Artículo 14.- Asignación de recursos.** El Estado Provincial aportará los recursos para el sistema y servicios de salud mental de manera que se asignen progresivamente a:

- a) Servicios locales, descentralizados, integrados en el segmento de atención primaria de la salud, articulados con la prestación de otros bienes públicos locales (desarrollo social, educación formal o no formal, etcétera), y
- b) Instituciones, servicios y dispositivos alternativos en salud mental, tales como hospitales de día, casas de medio camino, residencias compartidas, residencias protegidas, talleres de capacitación socio-laborales, talleres artístico-culturales, programas de reinserción familiar y comunitaria y acompañamiento terapéutico.

***Artículo 14°.-** El Plan Provincial de Salud Mental contendrá las bases presupuestarias a partir de las cuales la autoridad de aplicación determinará las prioridades para la asignación de recursos. Así mismo, constituirá especial foco de la agenda del Comité Intersectorial Permanente, la formulación y desarrollo de las acciones articuladas a las cuales se refiere el inciso a) del artículo 14 de la Ley 9.848.*

*A los fines de instrumentar la aplicación del inciso b) del Artículo 14 de l Ley 9.848, se entiende por:*

*Instituciones: Establecimientos Asistenciales- conforme la ley 6.222 y reglamentarias- que ofrezcan servicios de salud mental.*

*Servicios: los definidos en el artículo 2° de la Ley 9.848.*

*Dispositivos alternativos: Opciones terapéuticas promovidas para cumplir con los objetivos perseguidos por las políticas públicas en Salud Mental, establecidas por la Ley 9.848, a saber:*

- 3 *Hospitales de Día: Establecimiento de naturaleza intermedia, en el que concurren la condición abierta de los tratamientos ambulatorios individuales y familiares, con las posibilidades de contención más compleja a través de la internación del paciente, requiriendo de la estructura suficiente a tal efecto.*
- 4 *Casas de Medio Camino: Establecimiento que suministra servicios supletorios al de hogar familiar (alojamiento, pensión, pertenencia grupal) para pacientes o ex-pacientes mentales que no puedan convivir en su grupo familiar ni en forma individual o independiente. Requieren de una estructura mínima para un mejor y adecuado sostenimiento. Implican alojamiento mas no internación. Exigen la conducción asistencial de grupos a los fines de organización de problemas de convivencia, inserción sociolaboral, etcétera.*
- 5 *Residencias Compartidas: Destinado al alojamiento de pacientes con defectos o deterioro*

*de sus facultades mentales, que necesitan un ambiente asistido profesionalmente. Reconoce distintos niveles tales como: causas neuropsiquiátricas, gerontológicas, etc.*

- 6 *Residencias Protegidas: Establecimiento que suministra servicios residenciales para personas compensadas clínicamente pero con un padecimiento mental severo, por ello un ambiente terapéutico con un alto nivel de protección y de cuidado de enfermería.*
- 7 *Talleres de Capacitación Sociolaborales: Establecimiento destinado a la rehabilitación de pacientes a través de su inclusión en una labor productiva. Pueden ser intrahospitalarios (para pacientes internados) o extrahospitalarios (para pacientes ambulatorios).*
- 8 *Programas de Reinserción Familiar y Comunitaria: Intervenciones institucionales organizadas, cuyo propósito es la rehabilitación de pacientes a través de su inclusión en el ámbito familiar y social. Pueden ser intrahospitalarios (para pacientes internados) o extrahospitalarios (para pacientes ambulatorios).*
- 9 *Acompañamiento Terapéutico: Herramienta cuya finalidad es la recuperación del enfermo mental mediante la creación de un ambiente participativo que permita desarrollar las normas adaptativas necesarias para el logro de un rol destinado a facilitar su inserción en la sociedad. Equipo terapéutico, pacientes y familia interactúan en forma activa en la toma de decisiones, produciéndose un cambio dinámico en la redistribución del poder, la reordenación de la autoridad y en el mecanismo de la toma de decisiones y proyectos. No constituyen en si una misma unidad de atención, pues desde lo asistencial constituyen una etapa o fase del proceso terapéutico.*

*Esta enumeración no es taxativa ni excluyente de otras modalidades promovidas por normativa vigente y aplicable o por otras iniciativas aprobadas por la autoridad de aplicación, en el marco de el Plan de Salud Mental.*

*La autoridad de aplicación regulará en particular cada una de las herramientas de intervención establecidas, y fiscalizará el cumplimiento de los requisitos que se establezcan a los fines de su habilitación.*

## **Capítulo V**

### **Consejo Consultivo para la Salud Mental**

**Artículo 15.- Creación.** Créase el “Consejo Consultivo para la Salud Mental” con el objeto de promover la vigencia del goce individual o colectivo del derecho humano a la salud mental, en cualquiera de sus formas, protegiendo el acceso a los servicios y al sistema promovido por la presente Ley.

**Artículo 16.- Coordinación e integración.** El “Consejo Consultivo para la Salud Mental” será coordinado por el Ministro de Salud y estará integrado por:

- a) Un (1) representante del Ministerio de Salud de la Provincia;
- b) Un (1) representante de la Secretaría de Derechos Humanos de la Provincia;
- c) Un (1) representante del Poder Judicial de la Provincia;
- d) Un (1) representante por las organizaciones gremiales reconocidas en el campo de la salud;
- e) Dos (2) representantes por las universidades radicadas en la Provincia de Córdoba cuya oferta educativa de grado o postgrado contenga carreras afines con los objetivos de la presente Ley: uno (1) de la Facultad de Medicina y uno (1) de la Facultad de Psicología;
- f) Dos (2) representantes por las entidades deontológicas con incumbencia asistencial específica dentro de los equipos de salud mental, y
- g) Un (1) representante por las asociaciones de usuarios del sistema de salud con personería y actuación reconocidas.

**Artículo 17.- Funciones.** Las funciones del “Consejo Consultivo para la Salud Mental” son:

- a) Impulsar la aplicación de la presente Ley a través de acciones tales como visitas, estudios de campo, reuniones institucionales, actividades académicas y de divulgación, tareas de promoción o facilitación, etc.;
- b) Formular propuestas de modificación legislativa, tanto en temas de salud mental como en materias que indirectamente se relacionen con aquellos;
- c) Realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación sobre los diversos aspectos inherentes a los servicios y a los sistemas de salud mental, y
- d) Proponer a las autoridades la creación de nuevas alternativas de abordaje y tratamiento de la salud mental.

***Artículo 15° a 17°.-** La autoridad de aplicación, con el apoyo de las áreas técnicas que correspondan, organizará el Consejo Consultivo para la Salud mental, convocando las instituciones que lo conforman, admitiendo y designando mediante Resolución Ministerial a sus representantes titulares y alternos, y aprobando el reglamento de funcionamiento que se proponga. El Consejo sesionará en forma ordinaria una vez al mes como mínimo, y en forma extraordinaria las veces que fuere necesario. Deberá estar formalmente constituido dentro de los treinta días de aprobado el presente reglamento. Los integrantes del Consejo duran un año en su función pudiendo ser reelegidos. La función a desempeñar será considerada honoraria, como carga anexa a la situación de revista de cada uno de sus miembros cuando se trate de agentes de la administración pública provincial.*

## **Capítulo VI**

### **Comité Intersectorial Permanente**

**Artículo 18.- Creación.** Créase el “Comité Intersectorial Permanente” cuyo objeto es el abordaje conjunto e integrado, por parte de organismos gubernamentales, de las problemáticas encuadradas en las previsiones de la presente Ley que afecten a grupos poblacionales, etarios o sociales, vulnerables o en riesgo psicosocial, tales como las relacionadas con discapacidad, adicciones, violencia familiar, maltrato y abuso sexual, enfermedades orgánicas y mentales incapacitantes, accidentes y otros que afectan sobre todo a niños, jóvenes y ancianos.

**Artículo 19.- Coordinación e integración.** El “Comité Intersectorial Permanente” será coordinado por el Ministro de Salud e integrado por:

- a) Un (1) representante por el Ministerio de Salud de la Provincia;
- b) Un (1) representante por el Ministerio de Gobierno de la Provincia;
- c) Un (1) representante por el Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia;
- d) Un (1) representante por el Ministerio de Justicia de la Provincia;
- e) Un (1) representante por el Ministerio de Educación de la Provincia;
- f) Un (1) representante por la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia de la Provincia;
- g) Un (1) representante por la Secretaría de Derechos Humanos de la Provincia;
- h) Un (1) representante por la Secretaría de Cultura de la Provincia;
- i) Un (1) representante de la Comisión de Salud Humana por la Legislatura de la Provincia;
- j) Un (1) representante por el Poder Judicial de la Provincia, y
- k) Tres (3) representantes designados por los municipios y comunas de la Provincia de Córdoba, uno (1) de los cuales será de la Municipalidad de la ciudad de Córdoba.

El “Comité Intersectorial Permanente” podrá organizarse en salas por temática específica, realizando plenarios ordinarios o extraordinarios de acuerdo a la agenda propuesta.

**Artículo 20.- Funciones.** El “Comité Intersectorial Permanente” desarrollará, entre otras, las siguientes acciones:

- a) Consensuar y proponer la ejecución de programas intersectoriales para el abordaje integral e integrado de las problemáticas psicosociales prevalentes;
- b) Articular programas existentes, evitando la atomización y superposición de los mismos, asegurando una asignación racional de los recursos y garantizando la equidad y accesibilidad de la población a los mismos;
- c) Asesorar en la definición de las competencias propias de cada jurisdicción y/o área ministerial, así como también en la protocolización de acciones de promoción, prevención, asistencia, rehabilitación, integración socio-laboral y educacional por parte de cada sector, y
- d) Elaborar propuestas para la asignación de recursos humanos y materiales en la implementación de los nuevos programas o el reforzamiento de los ya existentes, asegurando una distribución racional de los mismos entre las diferentes áreas de gobierno.

*Artículos 18° a 20°.- La autoridad de aplicación, con el apoyo de las áreas técnicas que correspondan, organizará el Comité Intersectorial Permanente, convocando a las instituciones que lo conforman, admitiendo y designando por Resolución Ministerial a sus representantes titulares y alternos, y aprobando el reglamento de funcionamiento que se proponga. El Comité sesionará en forma ordinaria una vez al mes como mínimo, y en forma extraordinaria las veces que fuere necesario. Deberá estar formalmente constituido dentro de los treinta días de aprobado el presente reglamento. Los integrantes del Comité duran un año en su función pudiendo ser reelegidos. La función a desempeñar será considerada honoraria, como carga anexa a la situación de revista de cada uno de sus miembros cuando se trate de agentes de la administración pública provincial.*

**TÍTULO II**  
**RED INTEGRAL DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y**  
**ASISTENCIA EN SALUD MENTAL.**  
**TRANSFORMACIÓN INSTITUCIONAL**

## Capítulo I

### Red Integral de Promoción, Prevención y Asistencia en Salud Mental

**Artículo 21.- Creación - integración.** Créase -bajo la rectoría de la Autoridad de Aplicación de la presente Ley- la “Red Integral de Promoción, Prevención y Asistencia en Salud Mental”, que estará conformada por las instituciones y servicios de salud mental, del ámbito público y privado, y tendrá por objeto el diseño de propuestas para el abordaje y la gestión integrada de las problemáticas psicosociales.

**Artículo 22.- Funcionamiento.** La “Red Integral de Promoción, Prevención y Asistencia en Salud Mental” funcionará articuladamente, procurando concertar entre sus integrantes -mediante acuerdos o convenios institucionales bilaterales o multilaterales- la definición de metas y la ejecución de acciones que aseguren el cumplimiento de los objetivos de la presente Ley.

**Artículo 23.- Faz prestacional - constitución.** La “Red Integral de Promoción, Prevención y Asistencia en Salud Mental” en su faz prestacional, estará constituida por instituciones, servicios y programas para la promoción, prevención y atención en salud mental, con las siguientes características:

a) Instituciones y Servicios de Salud Mental:

1) Instituciones Monovalentes de Salud Mental, Unidades de Atención Psiquiátrica con dispositivos de contención en crisis e internación breve, Hospitales de Día y de Noche, Centros de Día y de Noche, Casas de Medio Camino, Residencias Compartidas, Residencias Protegidas y Centros de Capacitación Socio-laboral; Casas de Medio Camino, Residencias Compartidas, Residencias Protegidas y Centros de Capacitación Socio-laboral;

2) Servicios de Salud Mental en hospitales generales para el abordaje intrahospitalario y ambulatorio de problemáticas de salud mental, articulados en red con los centros de atención primaria y las instituciones monovalentes de salud mental;

3) Áreas de Atención Primaria en Salud Mental centralizadas programáticamente bajo la órbita de la Dirección de Jurisdicción de Salud Mental, o el organismo que en el futuro la reemplace, y descentralizadas operativamente mediante la conformación de equipos interdisciplinarios de salud mental integrados a la vida comunitaria de los ciudadanos y articulados con el resto del sistema de atención primaria de la salud, y

4) Dispositivos para la atención e intervención domiciliaria de situaciones urgentes y de crisis, articulados a los recursos familiares y comunitarios.

b) Programas para la reinserción social: emprendimientos sociales y laborales, talleres artístico culturales, talleres recreativos y/o deportivos, comunidades terapéuticas, acompañamiento terapéutico intrainstitucional y extrainstitucional, otros programas y acciones de rehabilitación y reinserción socio-comunitarios, y

c) Programas específicos para el abordaje de problemáticas psicosociales prevalentes, grupos erarios y poblaciones especialmente vulnerables y/o en grave riesgo psicosocial (adicciones, violencia familiar, maltrato infantil, abuso sexual, patologías severas, discapacidades, suicidios, accidentes, catástrofes y otras).

**Artículo 24.- Articulación de recursos.** La “Red Integral de Promoción, Prevención y Asistencia en Salud Mental” articulará los recursos asistenciales gubernamentales y no gubernamentales -entre éstos el de las obras sociales- y los aportados por la capacidad institucional instalada de la sociedad civil organizada -redes comunitarias o familiares-.

*Artículos 21° a 24°.- La autoridad de aplicación organizará y regulará el funcionamiento de la Red Integral, en el marco de las pautas previstas por la Ley 9.848, la Ley 6.222 y demás*

*normativa vigente y aplicable. A tal fin, dentro de los treinta (30) días de publicado el presente, realizará el relevamiento de las entidades que lo integren, ejecutando con el concurso obligatorio de estas, sin mas, los arreglos institucionales y operativos que a los fines de la eficaz y eficiente puesta en marcha de la Red correspondan. La Dirección de Jurisdicción de Salud Mental, o el organismo que la remplace en el futuro, coordinarán la Red, debiendo presentar en dicho contexto institucional y asistencial, previsiones anuales o plurianuales de funcionamiento- compatibles con las pautas metodológicas y operativas del Plan de Salud Mental- indicadores objetivos para la evaluación de cumplimiento de objetivos, informes semestrales y memorias anuales de gestión.*

*La Red procurará, en todos los casos, garantizar la pertenencia a una misma fuerza de trabajo asistencial y logístico de todos los efectores del sistema, públicos- nacionales, provinciales y municipales- o privados, integrando gradual y razonablemente lineamientos y principios, estandarizando progresivamente servicios locales y regionales, homogeneizando protocolos de actuación, evitando la atomización de iniciativas y compartiendo conocimientos, experiencias e innovaciones tecnológicas.*

## **Capítulo II**

### **Transformación Institucional**

**Artículo 25.- Adecuación de la Red Prestacional.** La Autoridad de Aplicación, a través de la Dirección de Jurisdicción de Salud Mental o el organismo que en futuro la reemplace, procederá a la adecuación de la actual red prestacional de servicios de salud mental a los términos y condiciones establecidos en la presente Ley, procediendo a las transformaciones institucionales necesarias, garantizando los siguientes aspectos:

- a) El principio de territorialidad y accesibilidad de la población a los servicios de salud mental;
- b) La promoción del abordaje comunitario mediante el reforzamiento de la atención primaria de la salud mental;
- c) La inclusión, en todos los niveles asistenciales, de programas de promoción, prevención y asistencia oportuna a las problemáticas de salud mental;
- d) La desinstitucionalización y desjudicialización de los pacientes que padecen de trastornos mentales, y
- e) La articulación interinstitucional, interjurisdiccional e intersectorial de acciones en salud mental.

***Artículo 25°.-** La Dirección de Jurisdicción de Salud Mental, con la intervención de los organismos que compete a tal efecto, elaborará las pautas técnicas para la transformación de los establecimientos. Dichas previsiones no sólo abordarán cuestiones relacionadas con la capacidad instalada, sino que abarcarán también capítulos relacionados con el abordaje asistencial y los protocolos de intervención, constituyendo la base que asegurará la remoción de los obstáculos, dilaciones o impedimentos alegados o esgrimidos por profesionales particulares, instituciones, corporaciones para incumplir total o parcialmente*

*con los compromisos que prevé la Ley.*

**Artículo 26.- Institucionalización de personas - interpretación.** A los fines de la aplicación de la presente Ley, se considera institucionalización de personas a: la reclusión, internación, guarda o similar, prolongada en el tiempo, iatrogénica en sus efectos, basada en un diagnóstico de padecimiento mental, con judicialización o no, que termina por producir estigmatización, discriminación, cronificación, abandono o exclusión social en instituciones, desarraigo, restringiendo su libertad y/o desconociendo su autodeterminación y autonomía, conformando un proceso inverso al tratamiento, recuperación, rehabilitación y reinserción familiar y comunitaria.

***Artículo 26°.- Sin reglamentar.***

**Artículo 27.- Transformación de instituciones y servicios.** A los fines de dar cumplimiento a la presente Ley, la planificación sanitaria deberá considerar la paulatina transformación de las instituciones y servicios de salud mental actualmente existentes y la creación de nuevas instituciones y programas en salud mental; tales como hospitales de día, centros de día y casas de medio camino, talleres protegidos artístico-culturales, programas de rehabilitación socio-laboral y microemprendimientos, atención domiciliaria en salud, servicios de emergencia en salud mental, centros comunitarios de salud mental y acompañamientos terapéuticos.

***Artículo 27°.-** La Dirección de Jurisdicción de Salud Mental incluirá en el Plan de Salud Mental un cronograma gradual y fundado de transformación de las instituciones existentes en la Provincia de Córdoba. A tal fin, y de manera complementaria con las tareas de relevamiento a que se refiere la reglamentación del capítulo I del Título II, abrirá un período de consultas con las entidades y establecimientos que integren el Sistema y la Red de Salud Mental, tendiente al acuerdo de metas a cumplir.*

*Así mismo, y acompañando la ejecución de dicho cronograma, la autoridad de aplicación impulsará la realización inmediata y efectiva de campañas de difusión institucional y de capacitación de equipos de salud tendientes a explicitar los objetivos sanitarios de las intervenciones que establece la Ley 9.848 y a generar conciencia sobre las ventajas de la política sanitaria adoptada, de los beneficios para el sistema sanitario y la comunidad a partir de la transformación institucional pautada, y de la eficacia, eficiencia y seguridad de las modalidades terapéuticas promovidas.*

**Artículo 28.- Hospitales generales - admisión.** Los hospitales generales, que cuenten con servicios de salud mental, deben admitir personas con padecimiento mental en situación de crisis, por períodos breves, en las mismas condiciones que cualquier otro paciente del hospital, hasta tanto el equipo interdisciplinario de salud mental evalúe que corresponde la externación y reinserción socio familiar y/o la derivación a otra alternativa de tratamiento dentro de la red prestacional de salud mental.

La dirección del hospital debe gestionar la disponibilidad de camas para internación, así como el recurso profesional adecuado para la contención de dichas situaciones.

**Artículo 29.- Imposibilidad de denegatoria.** No podrá denegarse la atención de pacientes en hospitales generales u otros centros de salud públicos o privados, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de una problemática de salud mental, sin que se haya realizado previamente una interconsulta con los profesionales de salud mental y que estos hayan evaluado la conveniencia o no de la atención en esa institución o la eventual derivación a otras instituciones de la red prestacional de salud mental.

***Artículos 28° y 29.-** La autoridad de aplicación trabajará conjuntamente con los Directores de Hospitales para acordar criterios asistenciales y logísticos que permitan asegurar la aplicación de los artículos 28 y 29 de la Ley 9.848. Se establece un régimen de transición de ciento ochenta (180) días, en el cual no se establecerán sanciones por su incumplimiento, salvo el apercibimiento por escrito. Cumplido dicho término, la inobservancia de las conductas establecidas en los artículos 28 y 29 de la Ley 9.848, hará pasible a los profesionales actuantes, responsables de servicio, Directores de Hospitales, Representantes Legales de los mismos, Instituciones, en cuanto así corresponda, de las sanciones previstas en los estatutos laborales vigentes y por la Ley 6.222 y su reglamentación. El plazo antedicho principiará en su cómputo a partir de la fecha de publicación del correspondiente Decreto Reglamentario.*

**Artículo 30.- Adecuación.** Los establecimientos públicos y privados de la “Red Integral de Promoción, Prevención y Asistencia en Salud Mental” deben:

- a) Adecuar sus estructuras físicas, recursos humanos y asistenciales a las normativas de habilitación, categorización y acreditación que estableciere la legislación existente;
- b) Contar con las certificaciones de los organismos competentes, y
- c) Disponer de un proyecto institucional de organización de servicios, dispositivos, programas y/o proyectos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental acordes a lo establecido en la presente Ley.

***Artículo 30°.-** La Dirección de Jurisdicción de Salud Mental, con el apoyo de las áreas que correspondan, requerirá y evaluará las propuestas de adecuación de las instituciones relevadas, conforme a las pautas previstas en el artículo 30 de la Ley 9.848, quedando facultada para inspeccionar el cumplimiento de las pautas programadas y disponer medidas correctivas o el impulso del pertinente sumario.*

**Artículo 31.- Plazo de adecuación.** Los establecimientos de salud mental -públicos y privados- que cuenten con servicios de internación prolongada, deberán transformarse, en un plazo máximo de tres (3) años a partir de la promulgación de la presente Ley, con el fin de dar cumplimiento a la misma.

***Artículo 31°.-** El plazo previsto en el artículo 31 de la Ley 9.848 es improrrogable, salvo caso fortuito o fuerza mayor debidamente acreditado. Así mismo, la autoridad de aplicación*

*realizará censos semestrales de pacientes registrados, tendientes a verificar el impacto cualitativo y cuantitativo de las medidas de transformación en el número de pacientes internados y ambulatorios en las condiciones de internación y de externación, en los avances de la socialización- familiar y laboral-, etcétera.*

**Artículo 32.- Estímulos Fiscales.** El Estado Provincial -a los fines de promover el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la presente Ley- podrá, por única vez y por un plazo máximo de tres (3) años, otorgar estímulos fiscales en función de las metas alcanzadas para cada año calendario en la reconversión de los servicios prestacionales.

*Artículo 32°.- El Ministerio de Finanzas instrumentará, dentro de los noventa (90) días de publicada la presente reglamentación, los programas de estímulo fiscal a los que se refiere el artículo 32 de la Ley 9.848. El Ministerio de Salud podrá formular propuestas a tal fin.*

**Artículo 33.- Capacidad instalada - determinación.** A los fines de determinar el número de camas de agudos que compone la capacidad instalada habilitada de cada efector, con el fin de satisfacer la demanda de la población por atención en crisis, y respetando los protocolos vigentes al respecto, se tomará el último año calendario antes de la promulgación de la presente Ley.

**Artículo 34.- Reconversión de establecimientos.** Los establecimientos privados podrán ser habilitadas para otras prestaciones asistenciales del tipo de establecimientos polivalentes, en el marco de las previsiones de la Ley N° 6222 y sus modificatorias.  
La estructura pública sanitaria con competencia en la fiscalización de efectores, con el asesoramiento de la Dirección de Jurisdicción de Salud Mental, acordará con los prestadores las pautas de reconversión y certificará su cumplimiento.

**Artículo 35.- Relevamiento - plazo.** El Ministerio de Salud de la Provincia, a partir de los seis (6) meses de la promulgación de la presente Ley, y cada dos (2) años, relevará las instituciones de internación en salud mental para verificar el número de personas internadas, el tiempo promedio de internación, las situación familiar y social, la existencia o no de consentimiento, la situación judicial y otros datos que se consideren relevantes.  
En su caso -de corresponder- conminará a la institución a adecuar su sistema de atención a fin de garantizar el cumplimiento de la presente Ley.

**Artículo 36.- Cobertura de la APROSS.** La Autoridad de Aplicación promoverá la adecuación de la cobertura en salud mental por parte de la Administración Provincial del Seguro de Salud (APROSS) a lo establecido en la presente Ley, en un plazo no mayor a los ciento ochenta (180) días a partir de su promulgación.

*Artículos 33° a 36°.- Sin reglamentar.*

**Artículo 37.- Prohibición.** Prohíbese la creación de manicomios o instituciones monovalentes de internación prolongada, públicos o privados.

*Artículo 37°.- La prohibición a la que se refiere artículo 37, no alcanza a la creación o*

*sostenimiento de unidades dinámicas de internación de pacientes cuya desinstitucionalización o externación no sea posible, en particular en población de niños, adolescentes, adictos y pacientes bajo proceso judicial. La autoridad de aplicación determinará los estándares asistenciales de dichas unidades de atención, y los protocolos de actuación del equipo de salud que las integre.*

**Artículo 38.- Garantía laboral.** Las transformaciones de las instituciones públicas previstas en la presente Ley no importarán, en ningún caso, la alteración de derechos laborales adquiridos.

*Artículo 38°.- Sin reglamentar.*

### **Capítulo III Equipos Interdisciplinarios de Salud Mental**

**Artículo 39.- Derechos y obligaciones.** Los profesionales integrantes de los equipos interdisciplinarios de salud mental, tienen los mismos derechos y obligaciones en cuanto a la organización del servicio y del sistema de atención, y estarán en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción de los equipos y de las instituciones.

**Artículo 40.- Nuevas modalidades.** Los equipos interdisciplinarios deben incluir paulatinamente nuevas modalidades de abordaje de las problemáticas de salud mental -profesionales o actividades- tales como operadores comunitarios, acompañantes terapéuticos, psicoterapeutas de familias y grupos, rehabilitadores y facilitadores de actividades socio-laborales, culturales, artísticas y recreativas.

*Artículos 39° a 40°.- Sin reglamentar.*

### **Capítulo IV Capacitación, Docencia e Investigación**

**Artículo 41.- Promoción.** La Autoridad de Aplicación, en el marco del “Plan Provincial de Salud Mental”, propondrá acciones para la completa articulación de la capacitación supervisada, formación continua y capacitación en servicio de los equipos interdisciplinarios de salud mental.

Asimismo, estimulará y facilitará, mediante acuerdos institucionales con las universidades públicas y privadas, que la formación de los profesionales de las disciplinas relacionadas con la salud mental sea acorde con los lineamientos, principios y criterios establecidos en la presente Ley.

Las entidades formadoras acreditadas ofrecerán su capacidad instalada para facilitar el eficaz y eficiente cumplimiento de los objetivos y acciones de capacitación, docencia e investigación que se propongan, las que deberán estar vinculadas al proceso de transformación institucional y a la defensa de los ejes rectores de esta normativa.

**Artículo 42.- Docencia.** La docencia en salud mental está dirigida a los efectores de salud en general y de salud mental en particular y a otros actores comunitarios significativos para la promoción, prevención y atención en salud mental.

**Artículo 43.- Investigación.** El Estado Provincial promoverá la investigación en salud mental, tanto en los ámbitos públicos como privados, especialmente en aspectos epidemiológicos, sanitarios

y de abordaje de las problemáticas psicosociales prevalentes.

**Artículo 44.- Capacitación.** La Autoridad de Aplicación propiciará la formación de especialistas en las diferentes áreas que integran los equipos interdisciplinarios de salud mental, a través de programas de capacitación acordes a los principios emanados de la presente normativa.

*Artículos 42° a 44°.- Sin reglamentar.*

### **TÍTULO III DE LOS DIAGNÓSTICOS E INTERNACIONES**

#### **Capítulo I Diagnósticos**

**Artículo 45.- Prohibición de presunción.** En ningún caso debe presumirse la existencia de padecimiento mental en base a:

- a) Diagnósticos, tratamientos o internaciones previas, y
- b) Demandas familiares, laborales o de instituciones, no basadas en criterios científicos pertinentes a la salud mental.

**Artículo 46.- Requisitos.** Todo diagnóstico interdisciplinario en salud mental debe ajustarse a las siguientes premisas:

- a) El padecimiento mental no debe ser considerado un estado inmodificable;
- b) La existencia de diagnóstico relacionado a la salud mental no autoriza a presumir peligrosidad para sí o para terceros;
- c) La posibilidad de riesgo de daño para sí o para terceros debe ser evaluada profesionalmente;
- d) La incapacidad será determinada por evaluaciones profesionales, y
- e) Ninguna persona con diagnóstico de padecimiento mental será objeto de injerencia arbitraria en su vida privada y dignidad personal.

**Artículo 47.- Medicación.** La medicación se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, conveniencia de terceros o para suplir necesidades de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales.

*Artículos 45° a 47°.- Sin reglamentar.*

#### **Capítulo II Internaciones**

**Artículo 48.- Requisitos.** Toda internación de una persona con padecimiento mental debe ajustarse a las siguientes pautas:

- a) La internación será considerada como un recurso terapéutico de excepción, lo más breve posible, cuya factibilidad y pertinencia están intrínsecamente relacionadas con el potencial beneficio para la recuperación del paciente;
- b) Será precedida por la correspondiente evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivación justificatoria, con la firma de por lo menos dos (2) profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, los que necesariamente deberán ser un médico y un psicólogo;
- c) Cuando haya dos o más equipos de salud tratantes de un mismo paciente, deberán realizarse las interconsultas necesarias con el fin de establecer la necesidad de internación o la derivación a otra

alternativa terapéutica menos restrictiva;

d) La internación será solo una etapa o modalidad, en un proceso continuo de tratamiento, dentro del sistema de salud mental;

e) Durante su término, deberá facilitarse el mantenimiento de los vínculos del paciente con familiares o personas que compongan su entorno;

f) En caso que el paciente no esté acompañado durante la internación, deberá procederse a la búsqueda de datos de identidad y familiares, solicitando, de ser necesario, la colaboración de otros organismos públicos;

g) Durante la internación deberá registrarse diariamente en la historia clínica la evolución del paciente y las intervenciones del equipo de salud;

h) No deberá prolongarse la internación con el fin de resolver problemáticas sociales de competencia de otros organismos del Estado, debiendo acudirse a ellos con el fin de proceder a la externación;

i) Los pacientes que en el momento de la externación no cuenten con un entorno que los contenga, serán albergados en establecimientos que al efecto dispongan las autoridades competentes de otras áreas del Estado, en coordinación con la Autoridad de Aplicación;

j) Las internaciones recomendadas por las Juntas Médicas Provinciales deben acogerse a las mismas disposiciones que establece la presente Ley, y

k) La internación deberá contar con el Consentimiento Informado del paciente o del representante legal cuando corresponda. Sólo se considerará válido el consentimiento cuando el paciente manifieste lucidez y comprensión de la situación. No se considerará válido si dicho estado no se conserva durante la internación, ya sea por el estado de salud como por el tratamiento; en ese caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria.

**Artículo 49.- Abandono de la internación.** La persona internada bajo su consentimiento puede, en cualquier momento, decidir por sí misma el abandono de la internación.

En caso de intervención judicial, debe procederse conforme a lo establecido por el Acuerdo Reglamentario N° 948-Serie A del Tribunal Superior de Justicia o por el instrumento que en el futuro lo reemplace.

**Artículo 50.- Internación involuntaria.** La internación involuntaria puede utilizarse como recurso terapéutico excepcionalísimo, cuando, a criterio del equipo de salud interviniente en la etapa prejurisdiccional, se considere que existe situación de riesgo cierto e inminente para el paciente o para terceros y se determine la inconveniencia momentánea de otra alternativa terapéutica.

En este supuesto, se procederá de acuerdo a las pautas fijadas en el instrumento formativo indicado en el artículo 48 de esta Ley.

*Artículos 48° a 50°.- La autoridad de aplicación establecerá, por si y mediante acuerdos con el Poder Judicial cuando así resulte procedente, las pautas para la implementación operativa de los procesos de internación a los que se refiere el Capítulo II del Título III de la Ley 9.848.*

## TÍTULO IV

### Capítulo Único

#### Disposiciones Complementarias

**Artículo 51.- Interpretación.** La presente Ley es de orden público y todo conflicto formativo

relacionado con su interpretación deberá resolverse en beneficio de la misma.

**Artículo 52.- Vigencia.** La presente Ley entrará en vigencia el mismo día de su publicación en el Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba.

**Artículo 53.- Reglamentación.** La presente Ley será reglamentada en un plazo de noventa (90) días, a partir de la fecha de su entrada en vigencia.

**Artículo 54.- Adecuación presupuestaria.** Facúltase al Ministerio de Finanzas a realizar las adecuaciones presupuestarias que fueren necesarias para la aplicación inmediata de lo dispuesto en esta Ley.

**Artículo 55.- De forma.** Comuníquese al Poder Ejecutivo Provincial.

*Artículos 51° a 55°.- Sin reglamentar.*

CAMPANA – ARIAS  
TITULAR DEL PODER EJECUTIVO: SCHIARETTI  
DECRETO PROMULGATORIO N° 2047/2010  
20

# Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina

Juan Carlos Stagnaro<sup>1</sup>, Alfredo Cía<sup>2</sup>, Néstor Vázquez<sup>3</sup>, Horacio Vommaro<sup>4</sup>,  
Martín Nemirovsky<sup>5</sup>, Edith Serfaty<sup>6</sup>, Sebastián Ezequiel Sustas<sup>7</sup>,  
María Elena Medina Mora<sup>8</sup>, Corina Benjet<sup>8</sup>, Sergio Aguilar-Gaxiola<sup>9</sup>, Ronald Kessler<sup>10</sup>

1. Profesor titular, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Coordinador del proyecto.
2. Representante de Argentina ante la World Mental Health Survey Initiative (WMHSI-OMS).
3. Profesor titular, Director del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
4. Presidente (2013-2015) de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).
5. Médico especialista en Psiquiatría, Magister en Gerenciamiento de Sistemas y Servicios de Salud, Director General Proyecto Suma.
6. Epidemióloga, Academia Nacional de Medicina, Argentina.
7. Sociólogo, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
8. National Institute of Psychiatry Ramón de la Fuente Muñiz, Mexico City, Mexico
9. Center for Reducing Health Disparities, University of California, Davis School of Medicine, Sacramento, CA, USA.
10. Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, Boston, USA.

Autor correspondiente: Juan Carlos Stagnaro, E-mail: jstagnaro@gmail.com

---

## Resumen

En el presente trabajo se comunican los hallazgos del primer "Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina" en el marco de la Iniciativa de la Encuesta Mundial de Salud Mental (World Mental Health Survey Initiative OMS/Harvard), en colaboración con la Facultad de medicina de la Universidad de Buenos Aires y la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) con financiamiento del Ministerio de Salud. Metodología: se realizó una encuesta domiciliaria probabilística multietápica utilizando la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (Composite International Diagnostic Interview) (CIDI). La encuesta se practicó a 3.927 personas de 18 años de edad y mayores (sin límite de edad), con residencia fija en una de las ocho áreas urbanas más grandes del país (Buenos Aires, Córdoba, Corrientes-Resistencia, Mendoza, Neuquén, Rosario, Salta y Tucumán), representativas de aproximadamente un 50,1% de los adultos residentes en el país. La tasa de respuesta fue del 77%. **Resultados:** La prevalencia de vida de cualquier trastorno mental en la población general de la Argentina en mayores de 18 años de edad fue de 29,1% y el riesgo proyectado de vida hasta los 75 años de edad fue de 37,1%. Los trastornos con prevalencia de vida más elevada fueron el Trastorno depresivo mayor (8,7%), el Trastorno por abuso de alcohol (8,1%) y la Fobia específica (6,8%). Los Trastornos de ansiedad fueron el grupo de mayor prevalencia (16,4%), seguidos por los Trastornos del estado de ánimo (12,3%), los Trastornos por sustancias (10,4%), y los Trastornos del control de impulsos (2,5%). La prevalencia en los últimos 12 meses de cualquier trastorno mental fue del 14,8%, de los cuales, un cuarto de esos trastornos fueron clasificados como severos. El 11,6% recibió tratamiento en los 12 meses previos y sólo lo recibieron el 30,2% de aquellos que padecían un trastorno severo. Los resultados arrojan datos imprescindibles para la planificación e implementación sanitarias y la formación de recursos humanos en salud mental.

**Palabras clave:** Epidemiología en Salud Mental - Argentina - Iniciativa de la Encuesta Mundial de Salud Mental - Trastornos mentales en la población general.

## EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF MENTAL HEALTH IN THE GENERAL POPULATION OF ARGENTINA

**Abstract**

In this paper we report the findings of the first "Epidemiological study of mental health in the general population of Argentina" in the framework of the World Mental Health Survey Initiative WHO / Harvard, in collaboration with the Faculty of Medicine of the University of Buenos Aires and the Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) with funding from the Ministry of Health. Methodology: A multistage probabilistic household survey was conducted using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). The survey was conducted on 3,927 people aged 18 and over (no age limit), with fixed residence in one of the eight largest urban areas in the country (Buenos Aires, Córdoba, Corrientes-Resistencia, Mendoza, Neuquén, Rosario, Salta and Tucumán), representing approximately 50.1% of the adults living in the country. The response rate was 77%. Results: The lifetime prevalence of any mental disorder in the general population of Argentina over 18 years of age was 29.1% and the projected life risk up to 75 years of age was 37.1%. The disorders with the highest life prevalence were Major Depressive Disorder (8.7%), Alcohol Abuse Disorder (8.1%) and Specific Phobia (6.8%). Anxiety Disorders were the most prevalent group (16.4%), followed by Mood Disorders (12.3%), Substance Disorders (10.4%), and Impulse Control Disorders (2.5%). The prevalence in the last 12 months of any mental disorder was 14.8%, a quarter of which were classified as severe. 11.6% received treatment in the previous 12 months and only 30.2% of those who suffered a severe disorder received it. The results provide essential data for health planning and implementation and the training of the mental health workforce.

**Key words:** Epidemiology in Mental Health - Argentina - World Mental Health Survey Initiative - Mental disorders in the general population.

**Introducción**

Se estima, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que una de cada cuatro personas, es decir, un 25% de la población general, sufre algún trastorno mental o del comportamiento en el transcurso de su vida. Los trastornos mentales se encuentran entre los más perjudiciales, debido a su alta prevalencia y cronicidad, a su temprana edad de aparición, a la baja tasa de tratamiento, y a la grave discapacidad que generan.

Las encuestas a la comunidad sobre los trastornos mentales y la utilización de servicios son la principal fuente para obtener información útil para la planificación e implementación sanitaria en Salud Mental. La epidemiología ha sido una de las áreas preferenciales de la OMS en el ámbito de la Salud Mental. A los estudios de carga o daño global de enfermedad se les suma la Iniciativa de la Encuesta Mundial de Salud Mental (*The World Mental Health Survey Initiative*) y la creación, en 1996, de su predecesora el Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica (CIEP) (1) de la OMS para llevar a cabo estudios comparativos transnacionales sobre la prevalencia de las enfermedades mentales y factores de riesgo y de protección a ellas relacionados, como el daño y discapacidad que ocasionan.

La Iniciativa de la Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS ha impulsado estudios sobre trastornos mentales en la población general<sup>1</sup>, desde el año 2000, con el fin de comprender su prevalencia y distribución en países de diferentes regiones a nivel mundial con distintos grados de desarrollo, para determinar la necesidad de servicios y, en base a eso, guiar las políticas de Salud Pública a nivel regional y global (2).

Hasta 2016, solo cuatro países de América Latina (Brasil, Colombia, México y Perú) han participado proporcionando tasas de prevalencia de vida de los trastornos mentales (3, 4, 5, 6). Estas tasas para cualquier trastorno, informados por estas cuatro encuestas, oscilan entre el 26,1% en México (una encuesta nacional representativa de áreas urbanas llevada a cabo en 2001/2); el 29% en Perú (una encuesta representativa de cinco ciudades urbanas llevada a cabo en 2005); el 40,1% en Colombia (una encuesta nacional representativa llevada a cabo en 2003) y el 44,8% en Brasil (una encuesta representativa de Sao Paulo, llevada a cabo en 2005/2007).

Estas encuestas de América Latina han informado edades tempranas de inicio (la mediana de la edad de inicio de cualquier trastorno fue de 18 años en Brasil, 21 en México, y 22 en Perú) y efectos de cohorte globales, como que las generaciones más jóvenes están más afectadas que las mayores. El "Estudio Epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina" es la encuesta más reciente de esta iniciativa y representa el primer antecedente de este tipo de estudios a nivel nacional.

Argentina tiene uno de los Índices de Desarrollo Humano (IDH) más elevados de todos los países de América Latina (7), clasificado como muy alto, con menos desigualdad en el desarrollo humano y de género que el promedio de los países de América Latina y del Caribe, pero mayor que el promedio para los países con muy alto IDH (7). También cuenta con alrededor de 5.000 médicos psiquiatras y es el país que tiene la mayor cantidad de psicólogos *per capita* en el mundo (8).

Hasta que se realizó el "Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Ar-

<sup>1</sup> Las encuestas se han realizado con una metodología similar en casi 30 países de diferentes continentes, empleando diseños muestrales probabilísticos para garantizar representatividad a nivel nacional. Entre dichos países se encuentran Brasil, Colombia, México, Perú, Canadá, Estados Unidos, Alemania, Países Bajos, Turquía, Líbano, Arabia Saudita y China.

gentina" no se sabía si la epidemiología de los trastornos mentales en la Argentina era similar o no a la de otros países de América Latina de los cuales existe información disponible.

En el año 2010, la población Argentina era de 40.117.096 personas, el 69,3% de la población era de 18 años de edad o mayor y el 14,3% era mayor de 60 años. La gran mayoría (92%) de la población vive en áreas urbanas, y cerca del 40% en el área de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y el Gran Buenos Aires (9).

Aunque las encuestas en otros países de América Latina han mostrado que los trastornos mentales tienen una pesada carga social debido a la alta prevalencia de vida asociada a las necesidades de tratamiento ampliamente insatisfechas (3, 5), hasta ahora no existían estudios en población general representativos de trastornos mentales comunes en la Argentina. Recordemos, una vez más, que para el desarrollo de políticas efectivas que apunten a la prevención y al tratamiento temprano, es esencial contar con información precisa y actualizada sobre la prevalencia y la distribución de los trastornos mentales comunes; especialmente, cuando estos trastornos tienden a tener un tratamiento insuficiente, debido en gran medida a que la persona afectada no reconoce padecer una enfermedad, a las bajas tasas de detección en el sistema primario de salud, a la falta de información y al bajo índice de búsqueda de tratamiento por ser percibidos como un estigma.

Investigaciones realizadas por la Iniciativa de la Encuesta Mundial de Salud Mental en la población general revelan que entre el 4% y el 26% de la población adulta padece algún trastorno mental en algún año determinado, y sólo entre el 1% y el 15% reciben tratamiento durante ese mismo período (10). Como sería esperable, la utilización de servicios es mayor en los casos de trastornos más severos y, sin embargo, las necesidades insatisfechas continúan siendo un desafío para la salud pública, incluso entre los casos con mayor severidad (10). Tan amplia variación en las tasas cruzadas a nivel nacional requiere comprender las necesidades insatisfechas y de tratamiento en diferentes regiones, con políticas de salud pública y recursos únicos, como así también, determinadas actitudes culturales hacia los trastornos mentales y la búsqueda de ayuda.

En América Latina, cuatro países de la Iniciativa de la Encuesta Mundial en Salud Mental han brindado valores de prevalencia en los últimos 12 meses, ellos son Brasil, Colombia, México y Perú (11, 12, 13, 14). Estos países presentan un rango más estrecho de tasas de prevalencia en los últimos doce meses; desde el 12% en el caso de México hasta el 26% para Brasil. Las necesidades no cubiertas son importantes en esta región ya que solo entre el 5% y el 14% de las personas en estos países reciben tratamiento, y sólo entre un cuarto y un tercio de los casos severos son tratados.

Hasta ahora, no se habían proporcionado tasas comunitarias de prevalencia en los últimos 12 meses y de utilización de servicios para los trastornos mentales comunes en Argentina. Estas tasas son importantes para

la planificación en el ámbito de la Salud Pública ya que se ha demostrado que los trastornos mentales explican una importante proporción de la carga global de la enfermedad e implican grandes costos, tanto para la persona como para la sociedad (15, 16, 17).

Los trastornos mentales y los trastornos por el uso de sustancias son causas importantes, y cada vez más, de años viviendo con discapacidad (YLD, por sus siglas en inglés), de años de vida ajustados por la discapacidad (DALY, por sus siglas en inglés), e incluso de años de vida perdidos (YLL, por sus siglas en inglés) (15, 18, 19). Por ejemplo, la depresión y los trastornos de ansiedad se encuentran entre las diez causas principales de YLD a nivel global, y en Argentina, en particular, los DALYS, con motivo de trastornos mentales y trastornos por el uso de sustancias, han aumentado 9,7% globalmente entre los años 2005 y 2013 (18), y la autolesión es la causa número diez de YLL en Argentina (19).

Según la Iniciativa de la Encuesta Mundial de Salud Mental, llevada a cabo por la Organización Mundial de la Salud en 17 países (20), la utilización de servicios en los últimos 12 meses, para los trastornos mentales fue, en general, más baja en los países en desarrollo que en los países desarrollados, variando desde el 1,6% en Nigeria al 17,9% en los EE. UU. La mayoría de los tratamientos fueron llevados a cabo por médicos generales en todos los países, excepto en Colombia, México e Israel, donde muchas personas recibieron tratamiento de especialistas en salud mental. La mayoría de quienes iniciaron un tratamiento tuvo al menos una sesión de seguimiento, pero ni siquiera la mitad tuvo el cuidado mínimo adecuado. Los factores socio-demográficos asociados a la búsqueda de tratamiento para los trastornos mentales, en los dos países de América Latina incluidos en el informe, fueron: pertenecer al sexo femenino (en México y Colombia), padecer un trastorno severo (en México y Colombia), estar separado, ser viudo o divorciado (sólo en Colombia), y un alto nivel de ingresos (sólo en Colombia) (20).

La encuesta llevada a cabo en México (21) con métodos e instrumentos de medición similares a los del estudio de Argentina, encontró que menos de uno de cada 5 encuestados con algún trastorno psiquiátrico durante los últimos 12 meses utilizó algún servicio en el año anterior. Alrededor de uno de cada dos encuestados que utilizaron algún servicio recibió el cuidado mínimo adecuado, la mayoría en el sector de la Salud Mental, y las tasas de utilización de servicios fueron más elevadas para los trastornos severos y para los trastornos del estado de ánimo. Como se dijo antes, los trastornos psiquiátricos contribuyen significativamente a la carga global de la enfermedad (15), y aunque existen tratamientos efectivos, muchas personas con estos trastornos no reciben ningún tipo de tratamiento (20), y aquellos quienes inician un tratamiento, frecuentemente lo hacen luego de varios años (22, 23, 24, 25). Existen varias razones por las cuales la demora en el tratamiento es un problema. Los trastornos individuales pueden progresar y convertirse en trastornos más complejos o pueden desarrollar

trastornos comórbidos, los cuales son más difíciles de tratar; además, los trastornos que no son tratados tienden a hacerse más frecuentes y refractarios al tratamiento (26, 27, 28). La patología dual, la cual se define como la comorbilidad entre un problema de salud mental y un trastorno por uso de sustancias, es común en los países de América Latina (29, 30) y crea un desafío para la salud pública. Una patología dual es difícil de tratar y más propensa a repetirse que una enfermedad menos compleja (31). Además, un tratamiento temprano podría mitigar o disminuir muchas consecuencias sociales perjudiciales de los trastornos psiquiátricos, como la deserción escolar, la inestabilidad en el empleo y en las parejas, violencia, accidentes y suicidios (19, 32, 33, 34, 35, 36, 37).

La Iniciativa de la Encuesta Mundial de Salud Mental, indicó también que tanto la falta de acceso, así como la demora en el tratamiento fueron mayores en países en vías de desarrollo, en cohortes mayores, en hombres y en aquellos en quienes la enfermedad se inició a edades tempranas y además, en los trastornos por uso de sustancias y trastornos de ansiedad versus los trastornos del estado de ánimo (23). El tratamiento temprano, durante el año en que se inicia la enfermedad, en estos países varía en un rango de entre el 6,0% y el 52,1% para los trastornos del estado de ánimo, el 0,8% y el 36,4% para los trastornos de ansiedad, y el 0,9% y el 18,6% para los trastornos por el uso de sustancias. Para aquellos quienes accedieron al tratamiento, la media en la demora varía entre 1 y 14 años para los trastornos del estado de ánimo, 3 y 30 años para los trastornos de ansiedad, y 6 y 18 años para los trastornos por el uso de sustancias (23). En dos países de América Latina que participaron de la Encuesta Mundial de Salud Mental, México y Colombia, se informó ausencia de tratamiento y demora en el acceso al mismo (22, 23). Solo el 3,6% y el 2,9%, respectivamente, de quienes padecen algún trastorno de ansiedad, accedieron al tratamiento en el año en que se inició la enfermedad, el 0,9% y el 3,6% con trastorno por uso de sustancias y el 16,0% y el 18,7% con trastorno del estado de ánimo. Al calcular quienes habrían accedido a tratamiento a los 50 años, el 53,2% y el 41,6% habrían accedido para los trastornos de ansiedad, el 22,1% y el 23,1% para los trastornos por uso de sustancias y el

69,9% y el 66,6% para los trastornos del estado de ánimo en México y Colombia, respectivamente. La demora media de acceso al tratamiento es de entre 10 años para los trastornos por uso de sustancias hasta 30 años para los trastornos de ansiedad en México y de entre 9 años para los trastornos del estado del ánimo hasta 26 años para los trastornos de ansiedad en Colombia (22, 23).

### Descripción del primer "Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina"

Una alianza entre el Centro de Coordinación de la Iniciativa de la Encuesta Mundial de Salud Mental y de la OMS, plasmado en un acuerdo de colaboración entre la Escuela de Medicina de Harvard, sede de asiento de la EMSM, y la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, proveyó el soporte metodológico para el manejo y análisis de los datos obtenidos en el presente estudio.<sup>2</sup>

El Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" (INPRFM), de México, organismo vinculado y perteneciente al Consorcio, estuvo encargado, por convenio con la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, de proveer los especialistas encargados para la capacitación y entrenamiento del equipo de encuestadores y brindar asistencia y control de calidad durante la recolección de datos del trabajo de campo.

El Centro de Investigaciones en Estadística Aplicada (CINEA), dependiente de la Universidad Nacional de Tres de Febrero (UNTREF) de Argentina, fue el responsable para planificar, elaborar y llevar a cabo el trabajo de campo de las encuestas domiciliarias, y a tal fin se estableció un convenio con la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

La Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) contribuyó con una parte del costo financiero y prestó apoyo informático y profesional para la encuesta.<sup>3</sup>

La Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires actuó como la unidad ejecutora de todos los aspectos contables y administrativo-financieros, de supervisión técnica y ejecución del proyecto en nuestro país.

<sup>2</sup> Los datos presentados en este trabajo fueron publicados parcialmente en: Cía AH, Stagnaro JC, Aguilar-Gaxiola S, Sustas S, Serfaty E, Nemirovsky M, Kessler RC, Benjet C. (2018) 12-month treatment use and adequacy for mental health and substance use disorders in Argentina Running head: Mental health treatment in Argentina. *Rev Brasileira de Psiquiatria*; Stagnaro J.C, Cía AH, Vommaro H, Sustas S, Vázquez N, Serfaty E, Kessler RC, Benjet C. (2018) Delays in making initial treatment contact after the first onset of mental health disorders in the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*: 1 -11; doi: 10.1017/S2045796018000094; Stagnaro JC, Cía AH, Aguilar Gaxiola S, Vázquez N, Sustas S, Benjet C, Kessler RC (2018) Twelve-month prevalence rates of mental disorders and service use in the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1475-9> y Cía AH, Stagnaro JC, Aguilar Gaxiola S, Vommaro H, Loera G, Medina Mora ME, Sustas S, Benjet C, Kessler RC. (2018) Lifetime prevalence and age-of-onset of mental disorders in adults from the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1492-3>.

<sup>3</sup> Como apoyo al trabajo de campo participaron en este estudio los siguientes médicos psiquiatras, miembros de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA): Patricio Alba, María Eugenia Arizaga, Diana Berrios, Nicolás Bordón, Paulina Brunello, Iván Capponi, Hugo Carroll, Jorgelina Casajus, Max Cesoni, Santiago Cortesi, Juan Costa, Sebastián Cukier, Facundo Da Ciervo, Gabriel Ensabella, Julieta Falicoff, Marcela Fernández, Paula Figuepron, Mariano Furman, Mariana José Gareca Arizaga, María Garrido, Carolina Goldman, Matías González Olivi, Rafael Groisman, Gisela Guyet, Erika Mariela Hansen, Ricardo Heffel, María Julia Herrero Chego, David Huanambal, Bernabé Ibañez, Melina Ilarregui, Silvia Khaski, Nicolás Kitroser, Natacha Loiacono, Cynthia Analía Lo Pinto, Laura Martínez Didolich, Susana Martorelli, Martín Mazzoglio y Nabar, Milagros Méndez Rivas, María Delia Michat, Santiago Moine, Eliana Montuori, María Eugenia Moyano, Milagros Muñoz, Ana Nuciforo, Diana Oasis, Guillermina M. Olavarria, Graciela Onofrio, Leandro Oural, Mariana Palazzini, Walter Pereyra, Paula Jimena Piñero, Viviana Sala, Mariana Sandoval, Carina Spano, Juan Cristóbal Tenconi, Fabián Triskier, Claudia Villafañe, Marcos Zurita y Rodolfo Zaratiegui.

### a) Objetivos específicos

- 1) Estimar la Prevalencia de vida y edad de inicio de los trastornos mentales en adultos mayores de 18 años, de ambos sexos, en la población general (ver I) y la tasa de prevalencia en los últimos doce meses para los trastornos mentales y la utilización de servicios (ver II).
- 2) Estimar la utilización y adecuación del tratamiento en los últimos 12 meses para los trastornos mentales en la población general de la Argentina, en adultos mayores de 18 años de ambos sexos (ver III) y la demora en el acceso a tratamiento luego de la primera aparición de un trastorno mental (ver IV).

### b) Metodología y lineamientos generales

Para reunir los datos necesarios del primer "Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina" se realizó una encuesta domiciliaria probabilística multietápica en hogares de conglomerados urbanos utilizando una versión electrónica de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (*Composite International Diagnostic Interview*, CIDI), diseñada por la Organización Mundial de la Salud. La CIDI es una entrevista diagnóstica totalmente estructurada, utilizada en la Iniciativa de la Encuesta Mundial de Salud Mental, que incluye a los países hispanoparlantes de América Latina. Los diagnósticos realizados con la CIDI han demostrado una concordancia entre buena y aceptable con los diagnósticos clínicos (38). Los trastornos fueron evaluados utilizando los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM-IV) (39) y fueron agrupados de la siguiente manera: trastornos del estado de ánimo (a saber, Trastorno depresivo mayor, Trastorno bipolar I y II y Distimia), Trastornos de ansiedad (Trastorno de pánico, Agorafobia sin trastorno de pánico, Fobia social, Fobia específica, Trastorno de ansiedad por separación, Trastorno obsesivo-compulsivo, Trastorno de ansiedad generalizada y Trastorno por estrés postraumático), Trastornos por uso de sustancias (Abuso y Dependencia de drogas y Abuso y Dependencia al Alcohol) y Trastornos del control de impulsos (Trastorno oposicionista desafiante, Trastorno de la conducta, Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y Trastorno explosivo intermitente).

La encuesta se practicó a personas de 18 años de edad y mayores (sin límite de edad) con residencia fija en una de las ocho áreas metropolitanas más grandes del país: NOA (Tucumán, Salta y San Salvador de Jujuy), NEA (Resistencia y Corrientes), Córdoba, Rosario, Mendoza, Neuquén, AMBA (Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires); representativa de aproximadamente un 50,1% de los adultos residentes en el país. La tasa de respuesta fue del 77% para una muestra total de 3.927 personas participantes.

El trabajo de recolección de datos se basó en la organización de equipos de campo conformados por un

máximo de 10 encuestadores, quienes trabajaron en circuitos paralelos de recolección de datos (*vide infra*). Su labor consistió en el relevamiento de datos mediante entrevistas de tipo directa, cara a cara, realizadas en hogares urbanos, de carácter privado y confidencial. Dichas entrevistas tuvieron una duración de 90 minutos aproximadamente cada una.

Cada circuito de trabajo comprendió un conjunto de radios censales de una localidad seleccionada, previéndose la simultaneidad del trabajo de campo de todos los equipos. De forma preliminar se procedió a la organización de, al menos, un equipo de campo por localidad que tuvo a su cargo las tareas de selección y relevamiento de los hogares y personas de los radios censales asignados.

La toma de datos, como se dijo antes, se realizó a través de la entrevista clínica estructurada CIDI, en formato digital (CAPI), traducida al español y adaptada a la Argentina, cargado e implementado mediante *netbooks*. A los fines del entrenamiento de los encuestadores se confeccionaron manuales y material de capacitación complementario.

El tamaño muestral fue proyectado en 1600 casos para el AMBA y 2400 para el resto de las localidades seleccionadas, distribuidos de acuerdo al peso poblacional que a continuación se detalla:

AMBA	1600
Gran Córdoba	567
Gran Rosario	482
Gran Mendoza	381
Gran Tucumán	310
Gran Salta	231
Gran Corrientes	142
Gran Resistencia	150
Gran Neuquén	137
<b>TOTAL</b>	<b>4000</b>

El diseño muestral estuvo basado en la aplicación de una selección probabilística y multi-etápica de hogares sobre las localidades seleccionadas, dentro de cada uno de los cuales se realizó, asimismo, una selección probabilística de un adulto residente.

#### 1ª unidad de muestreo: radios censales

Respecto de la selección de radios censales debe tenerse en cuenta que la disponibilidad de información del censo 2010 no es la óptima. Si bien se encuentran los datos de la totalidad de los radios censales del último censo, la cartografía censal exhaustiva publicada abarca únicamente a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba. Para el resto de las provincias que integran el territorio nacional la publicación de cartografía se encuentra aún en etapa de elaboración.

Por ello se trabajó con la información más actual disponible en cada localidad para la selección de radios censales con probabilidad proporcional al tamaño y, en cada uno de ellos, se seleccionó una cantidad fija de viviendas mediante la utilización de una tasa de selección variable en función del tamaño del radio censal, de manera tal que la muestra de hogares resultara auto-ponderada. Se previó un sobre muestreo, por lo que la muestra original o teórica fue de 4300 casos, con diez visitas c/u; con un valor esperado de 4000 casos efectivos.

### **2ª unidad de muestreo: la vivienda**

La selección de las viviendas se hizo mediante el criterio de timbreo y la aplicación de un criterio de salto preestablecido. Por ejemplo, en una manzana del radio seleccionado se comenzó por la esquina del extremo norte, el recorrido se estableció en el sentido de las agujas del reloj y se indagó en la primera vivienda, dejando un intervalo de dos viviendas, cuando una vivienda resultó efectiva. La cantidad de hogares a seleccionar fue establecida en función de una tasa de sobre muestreo del treinta por ciento (30%).

### **3ª unidad de muestreo o unidad final: el encuestado**

Dentro de cada hogar, de las viviendas que integraron la muestra, se realizó una selección probabilística de encuestados adultos del hogar. Para ellos se listó la totalidad de los miembros y seleccionó a un respondiente mediante la aplicación de selección de la versión CAPI.

Como paso preliminar se realizó una prueba piloto a efectos de chequear los procedimientos. Y se realizaron modificaciones basadas en los resultados, con el fin de maximizar la calidad de los datos. En la prueba piloto, participaron encuestadores experimentados. La prueba piloto se aplicó a 50 participantes que respondieron la entrevista completa, se pusieron a prueba procedimientos de campo, ingreso de datos y registro de resultados preliminares. Para poder cumplir con la prueba piloto, el cuestionario fue traducido y adaptado a las expresiones locales. Una vez concluida la prueba piloto, se presentó un informe del mismo, que incluyó información sobre los participantes.

Luego de leer los objetivos del estudio a los participantes, y de informarles que su participación era voluntaria y confidencial, y luego de otorgar su consentimiento informado, el entrevistado contestó todas las preguntas. Todas las entrevistas fueron realizadas personalmente en el hogar de cada entrevistado, por encuestadores legos capacitados, utilizando la técnica de Entrevistas Personales Asistidas por Ordenador (CAPI, por su sigla en inglés).

Como en encuestas anteriores (40) de la EMSM, esta encuesta fue administrada en dos partes: la Parte I se administró a todos los encuestados e incluyó evaluaciones de trastornos mentales centrales, mientras que la Parte II fue administrada a una sub-muestra de probabilidad de 2.116 de los encuestados de la Parte I, que abarcaban a todos aquellos con un trastorno mental de la Parte I y una

sub-muestra seleccionada aleatoriamente de los encuestados de la Parte I. La Parte II se focalizó en factores de riesgo y trastornos de interés secundario. La muestra de la Parte II fue ponderada para que se ajuste a los no-casos de la sub-muestra de la Parte I, de manera tal que las tasas de prevalencia en la muestra ponderada de la Parte II son equivalente a los de la muestra en la Parte I.

La muestra fue ponderada para ajustarse a probabilidades diferenciales de selección y no respuesta dentro de los segmentos de muestras y hogares; luego, fue adicionalmente ponderada para coincidir con la distribución de la población total de Argentina según el Censo del año 2010, dentro del rango de edad objeto del estudio, y dentro de un rango de variables socio-demográficas. Como se dijo anteriormente, la muestra de la Parte II fue también ponderada para la sub-muestra de los encuestados de la Parte I sin trastornos mentales centrales. Como resultado de este complejo diseño muestral y posterior ponderación, los errores estándares de las tasas de prevalencia fueron obtenidos utilizando el Método de Alineación de Series de Taylor (41), implementado en el sistema de software SUDAAN (42). La prevalencia de vida (proporción de encuestados que informaron haber sufrido un trastorno en el transcurso de su vida) fue calculada con tabulaciones cruzadas. Las distribuciones de la edad de inicio y el riesgo proyectado de vida (el porcentaje de la población que se espera que padezca un trastorno durante el curso de su vida hasta los 75 años de edad) fueron calculados utilizando el método actuarial en dos partes, implementado en el Software de Análisis Estadístico (SAS) (43). Se examinaron los predictores socio-demográficos utilizando un análisis separado de tiempo de supervivencia con una unidad de análisis de persona-año (44). Los intervalos de confianza de la razón de probabilidades (RP), fueron calculados según los modelos de tiempo de supervivencia que fueron obtenidos utilizando el Método de la réplica repetida o *Jack-knife Repeated Replication Method* implementado en un SAS macro (45). Las tasas faltantes a nivel de elementos fueron imputados utilizando imputaciones racionales. El análisis de la información se basó en la muestra de la Parte I para todos los trastornos, excepto, para el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno por estrés postraumático, los cuales fueron evaluados en la Parte II. Todas las pruebas fueron bilaterales con una significación estadística del 0,05.

### **c) Aspectos bioéticos**

Todo el procedimiento atravesó la aprobación de los estándares éticos para investigación en seres humanos ante el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

### **d) Plazo de ejecución del estudio**

La presentación de la solicitud de financiación del estudio al Ministerio de Salud de la Nación comenzó a

fines del año 2012. Una vez obtenido el primer tramo del mismo en diciembre de 2013, se procedió al establecimiento de los respectivos convenios y cálculo de presupuestos con las instituciones prestadoras de los servicios que requería el estudio (Universidad de Harvard, INPFREM y CINEA). Cumplido ese requisito se procedió a la traducción y adaptación del instrumento para el trabajo de campo y se planificó el conjunto del estudio en tiempos e insumos. La instrucción a supervisores y encuestadores dio comienzo en el mes de noviembre de 2014 y se extendió por 4 a seis 6 semanas.

El trabajo de campo se realizó entre diciembre de 2014 y marzo de 2015.

A continuación, se inició el procesamiento de los datos obtenidos y la consolidación de los mismos para permitir su procesamiento estadístico, tarea que insumió siete meses.

Culminada esa tarea se procedió al procesamiento estadístico, la corrección de datos y revisión completa de todos los datos y la redacción de los informes finales y artículos científicos para publicación en revistas especializadas en inglés y en castellano que fueron revisadas por el equipo de Harvard y Buenos Aires. El conjunto de los datos fue elevado al Ministerio de Salud de la Nación en octubre de 2017.

## I) Prevalencia de vida y edad de inicio de los trastornos mentales en adultos

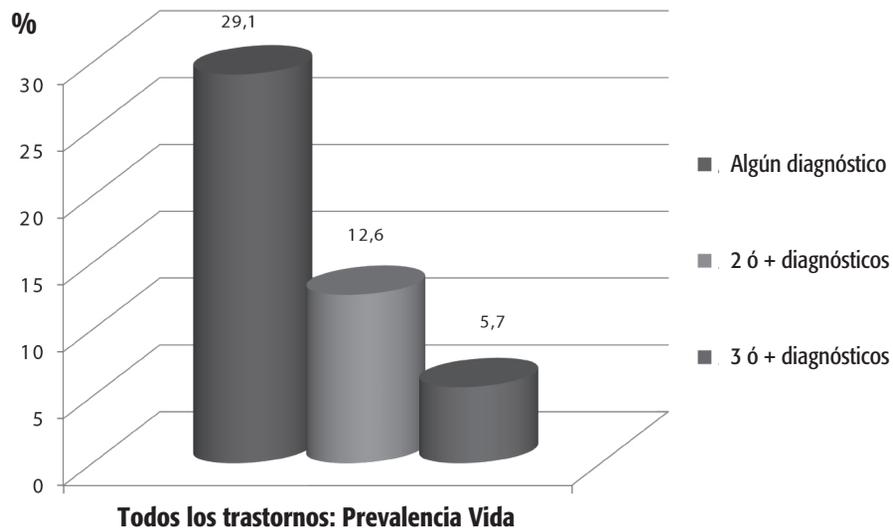
El primer objetivo del “Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina” fue estimar la prevalencia de vida, el riesgo proyectado de vida hasta los 75 años de edad, la edad de inicio, los efectos de cohorte y las correlaciones socio-demográficas de los trastornos mentales del DSM-IV entre adultos de la población general de las principales áreas urbanas del país.

### Resultados

#### a) Prevalencia de vida global y prevalencia por grupo etario

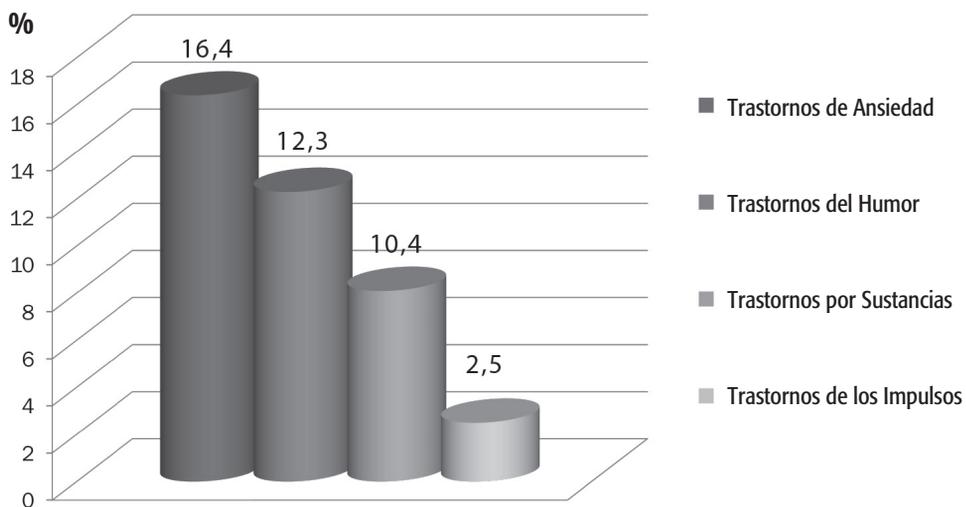
La prevalencia a lo largo de la vida de al menos un trastorno mental del DSM-IV fue 29,1%, mientras que el 12,6% de los encuestados padecieron dos o más trastornos y el 5,7% padecieron tres o más (Fig. 1).

**Figura 1.** Prevalencia de Trastornos mentales a lo largo de la vida según DSM-IV.

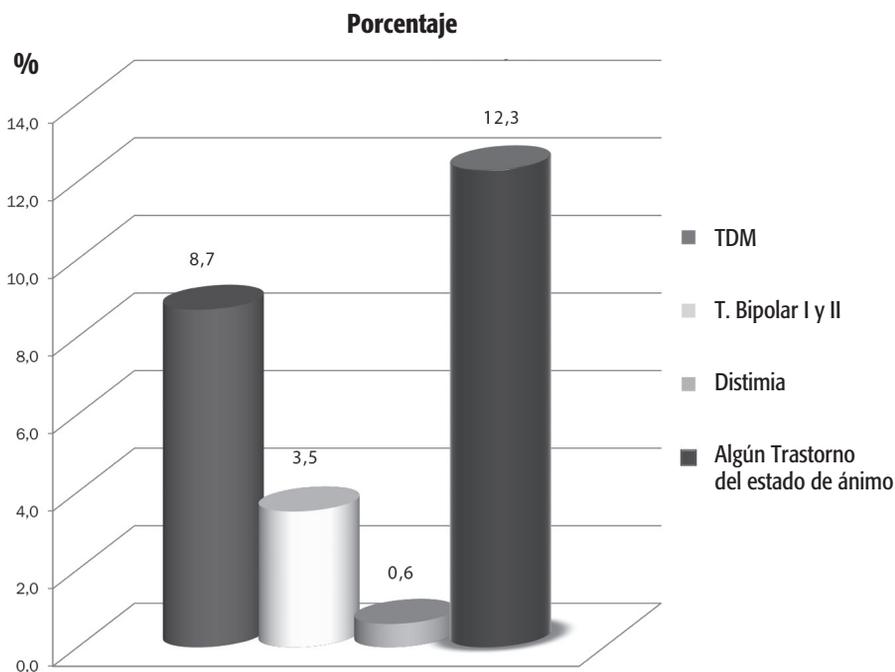


La clase más común de trastornos fueron los trastornos de ansiedad (16,4%), seguidos por los trastornos del estado de ánimo (12,3%), los trastornos por uso de sustancias (10,4%) y, los menos frecuentes, los trastornos del control de impulsos (2,5%) (Figura 2).

**Figura 2.** Prevalencia a lo largo de la vida por grupo de Trastornos.



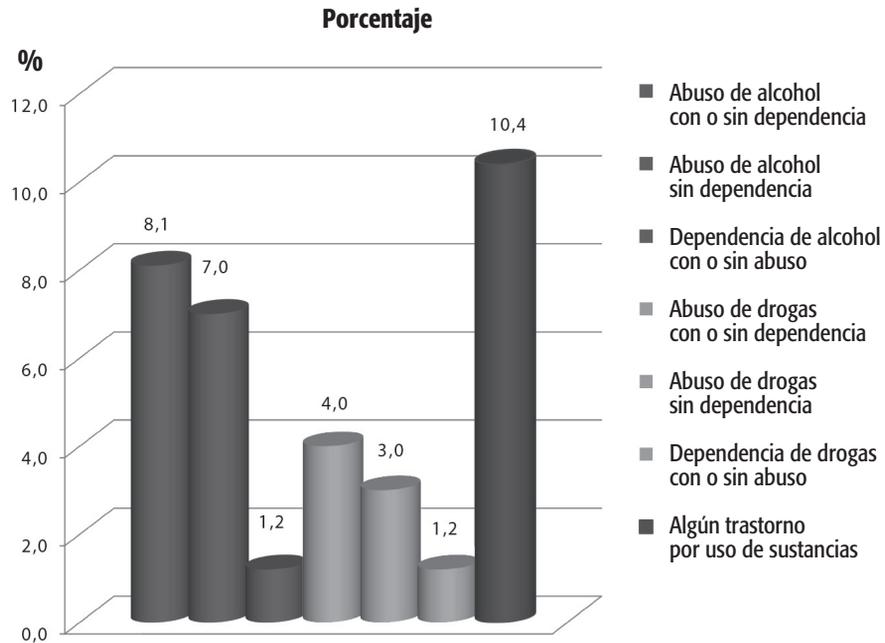
**Figura 3.** Prevalencia de los Trastornos del estado de ánimo a lo largo de la vida.



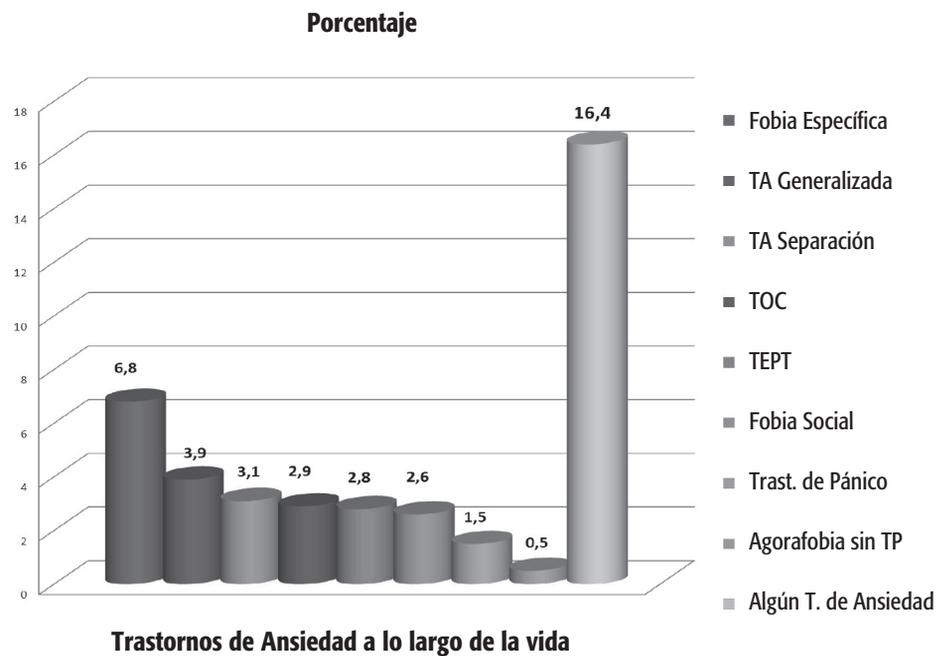
En términos de trastornos individuales, los trastornos con mayor prevalencia a lo largo de la vida fueron el Trastorno depresivo mayor (8,7%) (Figura 3), seguido

por el Trastorno por abuso de alcohol (8,1%) (Figura 4), la Fobia específica (6,8%) (Figura 5) y el TDHA (1,1%) (Figura 6).

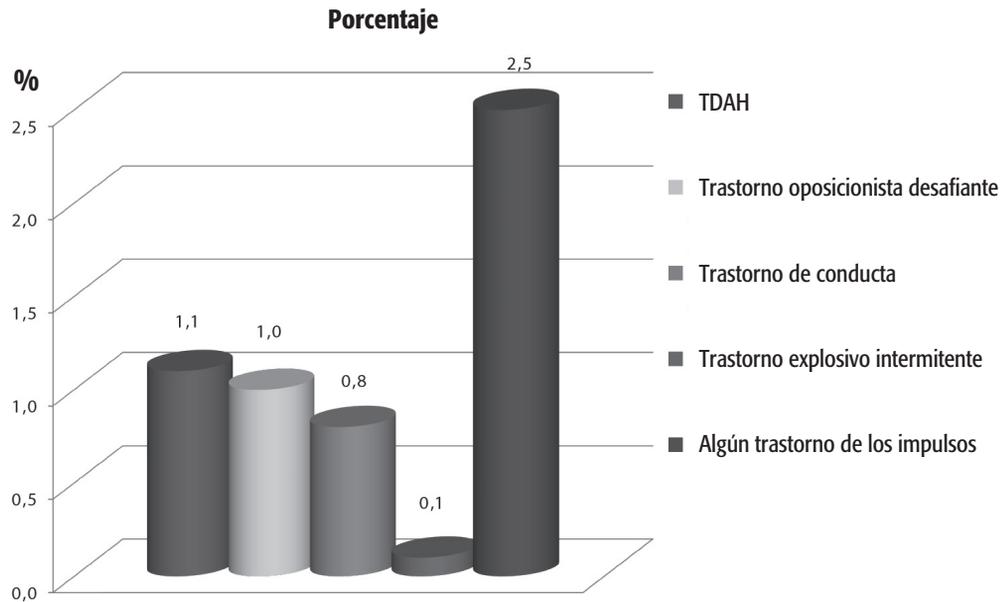
**Figura 4.** Prevalencia de los Trastornos por uso de alcohol y sustancias a lo largo de la vida.



**Figura 5.** Prevalencia de los Trastornos de ansiedad a lo largo de la vida.



**Figura 6.** Prevalencia de los Trastornos por control de los impulsos a lo largo de la vida.



En general, la prevalencia estuvo inversamente relacionada con el grupo etario (Tabla 1). En los individuos más jóvenes (18-34 años), la prevalencia a lo largo de la vida para cualquier trastorno mental fue mayor (35,4%) comparada con los grupos de mayor edad (35-49: 27,9%; 50-64: 27%; más de 65 años: 17,3%). Los más jóvenes también tenían un mayor número de trastornos en algún momento de la vida. Por ejemplo, el 7,8% de las personas entre 18-34 años de edad padecieron tres o más trastornos, mientras que solo el 5,6% de las personas entre 35-49 años de edad, el 4,9% de las personas entre 50-64 años de edad y el 1,4% de los mayores de 65 años reunieron los criterios para tres o más trastornos. Sin embargo, existieron algunas excepciones a esta tendencia general. En algunos trastornos, tales como el Trastorno obsesivo-compulsivo o la Distimia, entre otros, no se encontraron diferencias en grupos de edad estadísticamente significativas, y la Fobia social y la Fobia específica tuvieron la mayor prevalencia entre

los grupos de mediana edad (35-49 y 50-64, respectivamente).

**b) Edad de inicio (EI)**

La mediana de la edad de inicio para cualquier trastorno mental fue de 20 años. Los Trastornos del control de los impulsos tuvieron la edad de inicio más temprana (EI mediana = 11), seguidos por los Trastornos de ansiedad (EI mediana = 19), los Trastornos por uso de sustancias (EI mediana = 21) y; por último, los Trastornos del estado de ánimo (EI mediana = 29). Los rangos intercuartiles (cantidad de años que median entre el percentil 25 y el 75 de las distribuciones de EI) fueron menores para los Trastornos del control de los impulsos (4 años), y para los Trastornos por uso de sustancias (11 años). A *contrario sensu*, los Trastornos del estado de ánimo y los Trastornos de ansiedad, presentaron una mayor variabilidad de EI.

**Tabla 1.** Prevalencia a lo largo de la Vida de los Trastornos Mentales según el DSM-IV por edad.

Diagnóstico	n	Grupos Etarios				
		Total	18-34	35-49	50-64	65 y +
		%	%	%	%	%
<b>Trastornos de ansiedad</b>						
Trastorno de pánico	68	1.5	1.3	2.1	1.7	0.7
TAG	160	3.9	3.0	3.9	5.1	4.6
Fobia social	111	2.6	3.1	3.7	1.8	0.5
Fobia específica	289	6.8	6.9	7.1	7.8	4.9
Agorafobia sin pánico	24	0.5	0.5	0.7	0.4	0.2
TEPT	122	2.8	3.1	3.4	2.3	1.9
TOC	33	2.9	3.5	2.1	3.9	1.3
Trastorno por ansiedad de separación	127	3.1	4.1	3.1	2.1	1.7
Algún Trastorno de ansiedad	618	16.4	17.2	16.4	18.8	11.3
<b>Trastornos del estado de ánimo</b>						
TDM	390	8.7	9.4	8.0	9.2	7.6
Distimia	37	0.6	0.5	0.6	0.9	0.7
Trastorno Bipolar I y II	144	3.5	4.8	4.3	2.1	0.9
Algún Trastorno del estado de ánimo	532	12.3	14.0	12.3	11.7	8.5
<b>Trastornos del control de los impulsos</b>						
Trastorno oposicionista desafiante	41	1.0	1.7	0.9	0.2	0.4
Trastorno de conducta	25	0.8	1.4	0.7	0.1	0.3
TDAH	40	1.1	1.5	1.1	0.8	0.8
Trastorno explosivo intermitente	1	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0
Algún Trastorno del control de los impulsos	91	2.5	4.1	2.2	0.9	1.2
<b>Trastornos por uso de sustancias</b>						
Abuso de alcohol con o sin dependencia	238	8.1	13.7	6.9	3.7	1.6
Abuso de alcohol sin dependencia	205	7.0	11.9	6.4	2.5	1.2
Dependencia de alcohol con o sin abuso	35	1.2	1.8	0.5	1.3	0.4
Abuso de drogas con o sin dependencia	129	4.0	6.5	4.1	1.8	0.3
Abuso de drogas sin dependencia	90	3.0	4.6	3.2	1.6	0.3
Dependencia a drogas con o sin abuso	44	1.2	1.9	1.4	0.3	0.0
Algún Trastorno por sustancias	312	10.4	16.2	10.2	5.6	2.0
<b>Todos los Trastornos</b>						
Algún diagnóstico	1032	29.1	35.4	27.9	27.0	17.3
2 ó + diagnósticos	499	12.6	15.8	12.6	10.5	7.0
3 ó + diagnósticos	245	5.7	7.8	5.6	4.9	1.4

### c) Riesgo Proyectado de Vida (RPV)

El riesgo proyectado de vida (RPV) de cualquier trastorno a la edad de 75 años basado en las distribuciones de la EI (Tabla 2) es del 37,1%. Esto es, un 28% más elevado que la prevalencia de vida estimada para cualquier trastorno informado en la Tabla 1. Como se esperaba, los trastornos con edades de inicio más tardías tuvieron los mayores aumentos entre la prevalencia y el RPV, específicamente el Trastorno de ansiedad generalizada, el Trastorno obsesivo-compulsivo, y el Trastorno depresivo mayor. Consecuentemente con la información de la prevalencia, el riesgo proyectado de vida es el mayor para los Trastornos de ansiedad (RPV = 21,9%), seguido por los Trastornos del estado de ánimo (RPV = 19,8%), los Trastornos por el uso de sustancias (RPV = 12,6%) y, con un aumento muy pequeño, los Trastornos del control de los impulsos (RPV = 2,6%).

### d) Correlaciones socio-demográficas

El estudio de las correlaciones socio-demográficas, mostró que las mujeres tuvieron un 85% más de probabilidades de padecer Trastornos de ansiedad que los hombres, pero menos probabilidades de padecer Trastornos por uso de sustancias (RP=0,27). En cambio, no se encontraron diferencias según el sexo para los Trastornos del estado de ánimo o para los Trastornos del control de los impulsos. Por otro lado, los estudiantes con nivel educativo bajo, comparados con los que tenían un nivel educativo medio o alto, tuvieron menos probabilidades de padecer ambos trastornos (RP = 0,20 y 0,24 respectivamente).

## II) Índice de prevalencia en los últimos doce meses, el grado de severidad de los trastornos mentales y la utilización de servicios

El segundo objetivo del “Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina” fue calcular la prevalencia en los últimos 12 meses, la severidad de los trastornos mentales, las correlaciones socio-demográficas y la utilización de servicios, en población general de adultos residentes de áreas urbanas de Argentina.

Los trastornos fueron clasificados como leves, moderados o severos, de acuerdo con los criterios previamente establecidos en la Encuesta Mundial de Salud Mental.

Para ser considerados como sufriendo un trastorno mental severo los encuestados debían presentar uno o varios de los siguientes criterios:

- 1) Presencia de un Trastorno bipolar I.
- 2) Dependencia de alguna sustancia manifestada por la presencia de un síndrome de dependencia fisiológica.

**Tabla 2.** Riesgo proyectado de vida (RPV) a los 75 años de los Trastornos mentales según el DSM-IV

Grupo Diagnóstico y Diagnóstico	RPV a los 75 años
	%
<b>Trastornos de ansiedad</b>	
Trastorno de pánico	2.3
TAG	7.5
Fobia social	2.8
Fobia específica	7.9
Agorafobia sin TP+	.
TEPT	4.7
TOC	5.4
Trastorno por ansiedad de separación	3.6
Algún Trastorno de ansiedad	21.9
<b>Trastornos del estado de ánimo</b>	
Trastorno Depresivo Mayor (TDM)	15.3
Distimia	1.0
Trastorno Bipolar I y II	5.2
Algún Trastorno del humor	19.8
<b>Trastornos del control de los impulsos</b>	
Trastorno oposicionista desafiante	1.0
Trastorno de conducta + TDAH	1.1
Trastorno explosivo intermitente +	.
Algún Trastorno de control de los impulsos	2.6
<b>Trastornos por uso de sustancias</b>	
Abuso de alcohol con o sin dependencia	10.0
Abuso de alcohol sin dependencia	8.4
Dependencia alcohol con o sin abuso	1.3
Abuso de drogas con o sin dependencia	5.0
Abuso de drogas sin dependencia	3.8
Dependencia de drogas con o sin abuso	1.4
Alguna sustancia	12.6
<b>Todos los Trastornos</b>	
Algún diagnóstico	37.1

- 3) Intento de suicidio en co-morbilidad con un trastorno mental.
- 4) Presencia de al menos dos áreas del comportamiento con una discapacidad severa, determinada por una puntuación de 7 o más en la Escala de Discapacidad de Sheehan (46).

Para ser considerados como sufriendo un trastorno mental moderado los encuestados debían presentar uno o ambos de los siguientes criterios:

- 1) Dependencia de alguna sustancia sin síndrome de dependencia fisiológica.
- 2) Presencia de discapacidad moderada en algún área, determinada por una puntuación de 4 o más en la Escala de Discapacidad de Sheehan (46).

Todos los demás casos estudiados fueron clasificados como sufriendo trastornos mentales leves.

La encuesta WMH-CIDI evalúa también la utilización de servicios de salud. A tal fin se les preguntó a los encuestados si en los últimos 12 meses habían consultado con algún profesional, o con varios de diferentes tipos, sobre “problemas emocionales, nerviosos, mentales” o por el uso de alcohol o drogas. El tipo de prestador del servicio fue clasificado como:

**1) Profesionales del sector salud**

**A) Profesionales en salud mental**

- a) Psiquiatras.
- b) Otros profesionales de los equipos de Salud Mental (psicólogos, acompañantes terapéuticos, otros psicoterapeutas, enfermeros y trabajadores sociales).

**B) Profesionales en medicina general**

- a) Médicos de familia.
- b) Médicos clínicos, y otros médicos, como cardiólogos, ginecólogos (en el caso de mujeres) y urólogos (en el caso de hombres), etc.
- c) Enfermeros u otros profesionales de la salud.

**2) Otro sector**

- a) Trabajadores sociales o consejeros en otras áreas diferentes al área de la salud mental.
- b) Consejeros espirituales o religiosos, como ministros, sacerdotes o rabinos.
- c) Practicantes de Medicinas Alternativas Complementarias (CAM, por sus siglas en inglés) tales como uso de Internet, grupos de autoayuda, cualquier otro sanador, como herboristas, quiroprácticos o espiritualistas y otras terapias alternativas.

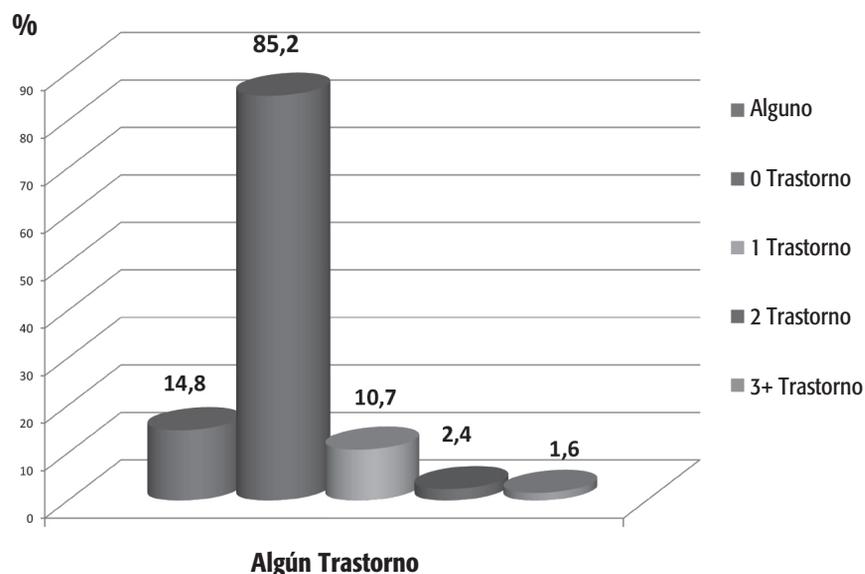
La encuesta CIDI evalúa las siguientes correlaciones socio-demográficas: sexo, edad, nivel de ingresos (bajo, medio-bajo, medio alto y alto), estado civil (casado, concubino, previamente casado (separado/divorciado/viudo), y nunca casado) y nivel de educación (bajo, medio-bajo, medio-alto y alto).

**Resultados**

**Prevalencia y severidad de los trastornos mentales**

La prevalencia en los últimos 12 meses de cualquier trastorno mental fue de 14,8%; un 10,7% padecían solamente un trastorno, el 2,4% dos trastornos y el 1,6% tres o más trastornos (Fig. 7).

**Figura 7.** Prevalencias de los Trastornos mentales en los últimos 12 meses.



**Tabla 3.** Prevalencia en los últimos 12 meses de los Trastornos Mentales según el DSM-IV.

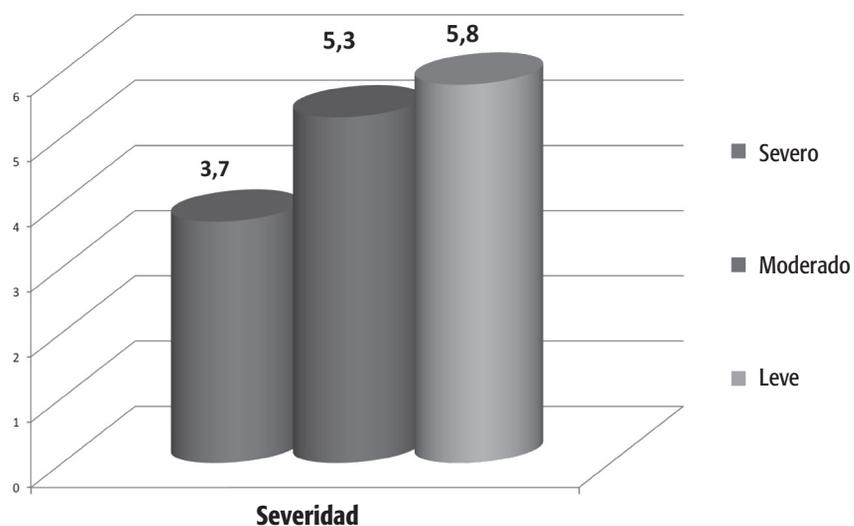
Prevalencia de 12-meses	%		%
<b>Trastornos de ansiedad</b>		<b>Trastornos de control de los impulsos</b>	
Trastorno de pánico	0.8	Trastorno opositorista desafiante	0.0
TAG	1.5	Trastorno de conducta	0.1
Fobia social	1.3	TDAH	0.4
Fobia específica	4.8	Trastorno explosivo intermitente	0.1
Agorafobia sin pánico	0.3	Algún Trast. del control de los impulsos	0.5
TEPT	1.1	<b>Trastorno por uso de sustancias</b>	
Trastorno de ansiedad por separación del adulto	0.6	Abuso de alcohol	1.5
TOC	2.5	Dependencia alcohólica	0.3
Algún trastorno de ansiedad	9.4	Abuso de drogas	1.0
<b>Trastornos del estado de ánimo</b>		Dependencia de drogas	0.4
Distimia	0.4	Algún Trastorno por sustancias	2.4
Trastorno Depresivo Mayor	3.8		
Trastorno Bipolar (I y II)	2.0		
Algún Trastorno del estado de ánimo	5.7		

La prevalencia en los últimos 12 meses de cada clase de trastorno y de cada trastorno individual se muestra en la Tabla 3. La clase más común de trastornos fueron los Trastornos de ansiedad (9,4%), seguida por los Trastornos del estado de ánimo (5,7%), los Trastornos por uso de sustancias (2,4%) y la menos común fueron los Trastornos del control de los impulsos (0, 5%). El trastor-

no individual más común fue la Fobia específica (4,8%), seguida por el Trastorno depresivo mayor (3,8%), el Trastorno obsesivo-compulsivo (2,5%), y el Trastorno bipolar (2,0%).

La prevalencia en los últimos 12 meses de un trastorno severo fue de 3,7%, de un trastorno moderado 5,3% y de uno leve 5,8% (Fig. 8).

**Figura 8.** Prevalencia de los Trastornos mentales por severidad en los últimos 12 meses.



Los Trastornos del estado de ánimo tuvieron la mayor proporción de trastornos severos (38,6%), seguidos por los Trastornos por uso de sustancias (35,8%), los Trastornos del control de los impulsos (28,3%); y, por último, los Trastornos de ansiedad (22,9%). Los trastornos individuales con mayor severidad fueron, la Dependencia de drogas y el Trastorno opositor desafiante (100%), seguidos de la Dependencia de alcohol (65,7%), el Trastorno bipolar (55,7%), el Abuso de drogas (50,2%), el Trastorno por estrés postraumático (41,9%) y la Fobia social (41,3%). Aquellos con mayor cantidad de trastornos en comorbilidad tuvieron una mayor proporción de trastornos severos.

#### Utilización de servicios y severidad del trastorno

Un 13,2% del total de la población recibió algún tratamiento en los 12 meses previos, principalmente brindados por profesionales del sector salud (11,5%), específicamente en el sector de la salud mental (7,7%) y profesionales en medicina general (3,8%) versus otro sector (1,7%).

Las personas con trastornos leves recibieron menos tratamiento (22,1%) que las personas con trastornos moderados (32,5%) o severos (30,2%).

Los profesionales del sector salud atendieron al 32,3% de los trastornos severos (21,5% por profesionales de salud mental y el 10,8% de medicina general), el 34% de los moderados (23,5% por profesionales de salud mental y el 10,5% en medicina general) y el 23,8% de los leves (11,5% por profesionales de salud mental y el 12,3% en medicina general).

Los miembros de otro sector (trabajadores sociales o consejeros en otras áreas diferentes al área de la salud mental, consejeros espirituales o religiosos, como ministros, sacerdotes o rabinos, practicantes de Medicinas Alternativas Complementarias) asistieron al 1,7 de las personas con algún trastorno mental entre los que se incluyeron 4,2% de las personas aquejadas de trastornos mentales severos, el 2,2% de los moderados y el 3,7 de los leves.

También recibió tratamiento un pequeño grupo de personas que no reunió los criterios del DSM-IV para cualquier trastorno en los últimos 12 meses (8,7%).

#### Correlaciones socio-demográficas para la prevalencia de los trastornos en los últimos 12 meses

Aunque no hubo una diferencia global en cuanto al sexo, las mujeres tuvieron casi el doble de probabilidades de padecer Trastornos de ansiedad (OR = 1,98; 95% CI = 1,32 – 3,0) y probabilidades reducidas de padecer trastornos del control de impulsos (OR = 0,39; 95% CI = 0,22 – 0,68) y Trastornos por uso de sustancias (OR = 0,19; 95% CI = 0,10 – 0,36).

La edad juvenil se asoció con cualquier trastorno y cada clase de trastorno con una OR desde 1,9 para las probabilidades de un Trastorno de ansiedad entre el gru-

po más joven (18 a 34 años) hasta 34,1 para las probabilidades del Trastorno del control de los impulsos entre el grupo más joven.

El nivel de educación bajo y medio-bajo se asoció con las mayores probabilidades de padecer cualquier trastorno, cualquier Trastorno del estado de ánimo y Trastornos de ansiedad, con una OR desde 1,6 para las probabilidades de cualquier trastorno entre aquellos con un nivel de educación medio-bajo hasta 3,1 para las probabilidades de cualquier Trastorno del estado de ánimo entre aquellos con nivel de educación bajo.

El nivel de ingresos y el estado civil no fueron asociados con los trastornos presentes en los últimos 12 meses.

#### Correlaciones socio-demográficas de la utilización de servicios en los últimos 12 meses

Para este ítem fue evaluada solamente la parte 2 de la muestra, cuyo tamaño fue de 2.116 personas entrevistadas.

En lo que respecta a las correlaciones socio-demográficas de la utilización de servicios en los últimos 12 meses, se comprobó que las mujeres fueron más propensas que los hombres a recibir/buscar cualquier tipo de tratamiento (OR = 1,72; 95% IC = 1,18 - 2,51).

#### Sexo

	OR	95% IC	
Femenino	1.72	1.18	2.51
Masculino	1.00	-	-
$\chi^2/DF/Prob$	8.67	1.00	0.01

Las personas que nunca se casaron o vivieron en unión libre fueron más propensas que las casadas o las convivientes en unión libre (OR= 1,64; 95% IC = 1,05-2,56).

#### Estado Civil

	OR	95%IC	
Separado/Viudo/Divorciado	1.02	0.61	1.69
Nunca se casó	1.64	1.05	2.56
Casado/Unión libre	1.00	-	-
$\chi^2/DF/Prob$	6.07	2.00	0.05

Las personas con un nivel de ingresos medio-alto fueron menos propensas que aquellas con nivel de ingresos alto a recibir/buscar tratamiento (OR = 0,58; 95% IC = 0,36 – 0,92).

#### Ingresos

	OR	95% IC	
Bajo	0.63	0.40	1.01
Bajo-Medio	0.60	0.35	1.05
Medio- Alto	0.58	0.36	0.92
Alto	1.00	-	-
$\chi^2/DF/Prob$	6.93	3.00	0.07

De igual manera, los encuestados con nivel de educación bajo y medio-bajo fueron menos propensos a recibir/buscar tratamiento (OR = 0,50; 95% IC = 0,28 – 0,92 y OR = 0,50; 95% IC = 0,30 – 0,85, respectivamente).

#### Educación

	OR	95% IC	
Primaria Incompleta	0.50	0.28	0.92
Primaria completa - Secundaria incompleta	0.50	0.30	0.85
Secundaria completa	0.76	0.49	1.18
Terciaria o Universitaria	1.00	-	-
$\chi^2$ /DF/Prob	15.11	3.00	0.01

### III. Utilización y adecuación de los tratamientos de los trastornos mentales en los últimos 12 meses

El tercer objetivo del “Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina” fue calcular la prevalencia en los últimos 12 meses respecto de la utilización de servicios, en general y por tipo de sector de servicio, la adecuación del tratamiento para los trastornos específicos de salud mental del DSM-IV y las correlaciones socio-demográficas de la utilización de servicios. Varios estudios mundiales o por países han explorado estos datos y sirven como antecedentes.

Como se indicó antes (ver II) se preguntó a los encuestados si en los últimos 12 meses habían consultado con algún profesional, o con varios de diferentes tipos, sobre “problemas emocionales, nerviosos, mentale” o por el uso de alcohol o drogas y se indagó sobre el tipo de prestador del servicio según las categorías ya expuestas (ver II).

Basados en la definición anterior de la Encuesta Mundial de Salud Mental (20), cuando nos referimos a un tratamiento mínimamente adecuado en los 12 meses previos hacemos referencia a: 1) recibir psicoterapia mínimamente adecuada, con cuatro o más visitas del paciente a cualquier prestador de dicho servicio; 2) farmacoterapia mínimamente adecuada, con dos o más visitas a cualquier prestador y tratamiento con medicación durante un período de tiempo; y 3) haber informado seguir “en tratamiento” al momento de la entrevista. Aunque esta definición es más amplia que la definición utilizada anteriormente en otras Encuestas Mundiales de Salud Mental, nos permite obtener un cálculo prudente de tratamientos mínimamente adecuados en todos los sectores. En el análisis de respuestas, se utilizó también una definición más estricta de tratamiento mínimamente adecuado, la cual incluía: 1) ocho o más visitas a cualquier sector de servicios de psicoterapia; o 2) cuatro o más visitas a cualquier sector de servicio y farmacoterapia durante 30 o más días.

La edad al momento de la entrevista, el nivel de educación, los ingresos, el estado civil y el sexo se utilizaron como correlatos de cualquier acceso al tratamiento durante 12 meses y de tratamiento mínimamente adecuado.

### Resultados

El 11,57% de los encuestados informó haber utilizado algún servicio para el tratamiento de problemas de salud mental dentro de los 12 meses anteriores a la encuesta. Como se esperaba, la proporción del uso de cualquier servicio fue menor entre los encuestados que no habían sufrido ningún trastorno mental en el período de 12 meses (8,84%) y mayor entre los encuestados con algún trastorno dentro de los 12 meses (27,61%). Los encuestados con Trastornos del estado de ánimo y Trastornos de ansiedad tuvieron los índices más altos de uso de servicio (35,48% y 30,10%, respectivamente). Los trastornos individuales con el mayor uso de cualquier servicio fueron el Trastorno de pánico (53,70%), seguido por el Trastorno de ansiedad generalizada (48,04%), la Distimia (44,15%) y el Trastorno de estrés post-traumático (42,63%), mientras que el trastorno con menor uso de servicios fue el Abuso de alcohol con dependencia. La prevalencia del uso de servicios para algunos trastornos específicos no se ha calculado debido a que la cantidad de casos no ponderados es menor a 30 para el trastorno en cuestión.

Entre aquellos que padecían algún trastorno, los profesionales de salud mental (17,78%) brindaron más servicios que los profesionales de medicina general (11,49%) y los proveedores de otros sectores (2,58%), independientemente del tipo de trastorno.

Los encuestados con algún Trastorno del estado de ánimo consultaron más a psiquiatras que a profesionales de medicina general, mientras que los encuestados con algún Trastorno de ansiedad utilizaron más los servicios de profesionales de medicina general que los servicios de psiquiatras. Entre los encuestados con algún Trastorno por abuso de sustancias, los psiquiatras y los profesionales de medicina general tuvieron una proporción similar de consultas.

La cantidad mediana de visitas realizadas en los últimos 12 meses entre aquellas personas que recibieron algún tratamiento fue de 4,44. La cantidad media de visitas fue consistentemente mucho mayor que la mediana. Por ejemplo, entre la muestra total de encuestados, la cantidad media de visitas por algún tratamiento en el año anterior fue de 16,62, y hubo muy poca diferencia en la cantidad media de visitas entre los encuestados con o sin trastornos psiquiátricos (16,07 y 16,91, respectivamente).

Otros profesionales en salud mental tuvieron la mayor cantidad media de visitas (19,93), seguido por psiquiatras (13,64 visitas), y profesionales en medicina general (6,60 visitas). Los pacientes con Trastornos de ansiedad tuvieron una cantidad media mayor de visitas que los pacientes con Trastornos del estado de ánimo (17,43 vs. 14,09 visitas). Por otro lado se observó que pocos pacientes recibieron una parte desproporcionadamente alta de todas las visitas.

En general, el 78,36% de aquellos que utilizaron algún servicio recibieron un tratamiento que podría

considerarse mínimamente adecuado y existieron sólo pequeñas diferencias entre los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Entre los encuestados que padecían algún trastorno, la adecuación del tratamiento fue mayor cuando era suministrado por profesionales en salud mental (81,52%) *versus* profesionales en medicina general (69,73%). Los casos de uso de servicios de otros sectores, por parte de encuestados con trastornos, fueron insuficientes como para calcular la adecuación. Entre los que no padecían ningún trastorno, la adecuación del tratamiento fue mayor en otros sectores (95,58%) que en el sector de salud (80,83%). En los análisis de respuestas, con nuestra definición más estricta, la proporción de encuestados que recibieron tratamiento mínimamente adecuado fue de 48,47%, lo cual representa casi un 20% menos que con la definición amplia de adecuación. La cantidad de aquellos con trastornos que recibieron algún servicio mínimamente adecuado disminuyó a 43,68% con nuestra definición más estricta. Esta proporción fue de 42,29% entre los encuestados con Trastornos de ansiedad y 44,40% entre aquellos con Trastornos del estado de ánimo (datos que no se indican, pero que están disponibles a solicitud).

Por otro lado, aplicando los resultados de dos modelos de regresión logística múltiple, uno para las correlaciones socio-demográficas y por tipo de trastorno de la utilización de cualquier servicio en los últimos 12 meses, y otro para las correlaciones socio-demográficas y por tipo de trastorno de tratamiento mínimamente adecuado entre los encuestados que utilizaron algún servicio se concluyó que:

a) Ser joven (menor de 35 años de edad), tener un bajo nivel de educación o bajo nivel de ingresos está asociado con el menor índice de probabilidad de recibir algún tratamiento.

b) No haberse casado y padecer trastornos de ansiedad, del estado de ánimo o de abuso de sustancias está asociado con 1,7; 3,2; 3,6 y 1,9 de probabilidad de uso de servicio, respectivamente.

c) Ser joven, tener un bajo nivel de educación o un bajo nivel de ingresos también están asociados con una baja probabilidad de recibir un tratamiento mínimamente adecuado entre aquellos tratados, pero el tipo de trastorno no está relacionado con la administración de un tratamiento adecuado.

#### **IV. Demoras en el acceso a tratamiento luego de la primera aparición de un trastorno mental**

El cuarto objetivo del “Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina” fue brindar información acerca del tratamiento temprano, del acceso a un tratamiento a lo largo de la vida, del tiempo promedio en la demora del inicio del tratamiento, y sobre predictores socio-demográficos del acceso al tratamiento luego de la primera aparición de un trastorno mental.

Al finalizar cada sesión diagnóstica CIDI, a los encuestados se les preguntó si alguna vez habían hablado con algún médico clínico o con algún otro profesional acerca de su trastorno, si la respuesta era positiva, se preguntaba qué edad tenían la primera vez que lo hicieron. La respuesta a esta última pregunta fue utilizada para definir la edad del primer contacto para acceder al tratamiento. El término “otros servicios” se utilizó para referirse de manera amplia a consejeros, consejeros espirituales, herboristas, acupunturistas y cualquier otro profesional dedicado a la sanación.

La edad al inicio del trastorno, la edad a la entrevista y el sexo fueron utilizados como predictores del acceso al tratamiento a lo largo de la vida y de la demora en la búsqueda de tratamiento, luego del inicio del trastorno. La edad al inicio del trastorno fue codificada en cuatro categorías, correspondientes a la distribución de cada trastorno (inicio temprano, percentil 25°; inicio medio-temprano, percentil 50° e inicio medio-tardío, percentil 75°).

### **Resultados**

#### ***Demoras y primer acceso al tratamiento***

La proporción de personas con algún trastorno que tuvieron un acceso temprano al tratamiento en el año en que se inició el mismo, varió entre el 2,0% para las personas con trastornos por Abuso de sustancias (alcohol con o sin dependencia el 2,01%, y drogas con o sin dependencia el 3,21%) pasando por el 31,33% que presentaron algún Trastorno del estado de ánimo (32,21% Episodio Depresivo Mayor, 24,00% Distimia y 31,16% Trastorno Bipolar I y II) hasta el 14,57% para aquellas personas con algún Trastorno de ansiedad (43,2% con Trastorno de pánico, 31,05% con TAG, 2,43% con Fobias específicas y 5,81% con Fobia social). En síntesis, si consideramos por grupos de trastornos, aquellos con Trastornos del estado de ánimo tuvieron la proporción más elevada en el acceso oportuno al tratamiento, seguidos por aquellos con algún Trastorno de ansiedad, mientras que los que presentaron algún Trastorno por abuso de alcohol y otras sustancias fueron los que arrojaron las tasas más bajas.

Se toma como indicador de acceso al tratamiento a lo largo de la vida, la proporción calculada de personas con algún trastorno quienes accedieron al tratamiento en 50 años. Mientras que el 100% de las personas con trastornos del estado de ánimo accedieron al tratamiento a lo largo de la vida, la proporción fue solo del 72,5% para aquellos con Trastornos de ansiedad y del 41,6% para aquellos con algún Trastorno por uso de sustancias.

En el caso de cuatro trastornos individuales, el acceso al tratamiento a lo largo de la vida fue mayor al 85%: Trastorno depresivo mayor, Trastorno de ansiedad generalizada, Distimia y Trastorno de pánico.

Para tres categorías de trastornos el acceso al trata-

miento a lo largo de la vida fue menor al 25%: Abuso de alcohol sin dependencia, Abuso de alcohol con dependencia y Abuso de drogas sin dependencia.

Las medianas o duración promedio de la demora en años para acceder a tratamiento, también difieren ampliamente entre los trastornos: los Trastornos de ansiedad tienen la demora más larga (mediana de 21 años), luego le siguen los Trastornos por el uso de sustancias (mediana de 16 años para el Abuso de alcohol con o sin dependencia y 10 años para el Abuso de drogas con o sin dependencia) y, por último, los Trastornos del estado de ánimo (mediana de 8 años de demora desde el inicio) que son los más precozmente tratados. Se mostraron algunas grandes diferencias dentro de las categorías de trastornos; por ejemplo, entre los Trastornos de ansiedad, el periodo más corto fue de 1 año para el trastorno de pánico y 29 años para la Fobia específica, o entre los Trastornos por uso de sustancias, el período más corto fue de 4 años para el Abuso de drogas y el más largo de 24 años para el Abuso de alcohol sin dependencia.

#### ***Predictores de no acceso al tratamiento o de demora en el primer acceso***

No encontramos diferencias en cuanto al género en el acceso al tratamiento a lo largo de la vida para cualquier trastorno o grupo de trastornos, excepto para el caso de Abuso de alcohol sin dependencia, donde las mujeres tuvieron un 0,0% de probabilidades de acceso al tratamiento. Los predictores más constantes del acceso al tratamiento a lo largo de la vida entre las personas con algún trastorno mental fueron la edad al momento de la entrevista (cohorte) y la edad al momento del inicio del trastorno. Existen relaciones monótonas significativas entre pertenecer a las cohortes más jóvenes (18-34 años y 35-49 años de edad) y mayores probabilidades de acceso al tratamiento para cualquier Trastorno de ansiedad (OR = 3.96), Trastorno bipolar (OR = 9.45) y Abuso de sustancias (OR = 12.08). La edad de inicio está significativamente relacionada con el acceso al tratamiento en 11 de 17 comparaciones, con un patrón consistente de disminución de probabilidades de acceso al tratamiento si el trastorno se inició a edades tempranas. Por ejemplo, en comparación con el grupo con edades tardías de inicio del trastorno, las personas con edades tempranas de inicio fueron 0,09 veces menos propensas al acceso al tratamiento en el caso de Trastornos de ansiedad y 0,28 veces menos en el caso de Trastornos del estado de ánimo. No hubo diferencias entre inicio temprano y tardío para las personas con Trastornos por uso de sustancias.

#### **Discusión**

En lo que respecta a la prevalencia de vida y la edad de inicio de los trastornos mentales en adultos en la primera parte de este estudio se observó que una importante proporción de la población adulta argentina ha

sufrido un trastorno mental en algún momento de la vida (29,1%) y se espera que aún más personas padezcan algún trastorno para cuando alcancen los 75 años de edad (37,1%). Un pequeño grupo (5,7%) padeció tres o más trastornos comórbidos. En general, estas tasas se encuentran dentro del rango informado en todo el mundo (47), aunque son un poco inferiores a las tasas informadas para otros tres países de América Latina (3, 4, 5) con edades de inicio medianas y efectos de cohorte muy similares. Estas tasas de prevalencia de vida, junto con los efectos de cohorte que muestran una mayor prevalencia en los cohortes más jóvenes, y edades de inicio tempranas en las primeras tres décadas de la vida, tienen importantes implicancias en las políticas de salud pública. En primer lugar, desarrollar un trastorno mental a una edad temprana puede tener repercusiones en el éxito escolar (48), en lo laboral (49), en las relaciones interpersonales, como el matrimonio y divorcio (50) e incluso, en su asociación con futuras enfermedades físicas crónicas (51). En segundo lugar, las edades tempranas de inicio sugieren la necesidad de prevención, detección y tratamiento temprano, apuntando a niños y adolescentes, así como la necesidad de contar con los recursos humanos para ello. En la mayoría de los países las políticas nacionales de salud mental para niños y adolescentes, los programas, sistemas de información y recursos humanos capacitados para el cuidado de la salud mental de niños y adolescentes no son suficientes (52). En tercer lugar, el método utilizado para calcular el riesgo de vida está basado en la suposición de un riesgo condicional constante de una primera aparición, durante un año determinado, entre personas de diferentes edades al momento de la entrevista; aunque ésta es una suposición difícil de defender a la luz de la evidencia, por las diferencias significativas de cohortes en la prevalencia de vida. Debido a que las tasas de prevalencia fueron mayores en las cohortes más recientes (jóvenes), el riesgo de vida en las cohortes jóvenes tiende a ser subestimado en este modelo, el cual está basado en la suposición de un riesgo condicional constante inter-cohortes (47). Por lo tanto, podemos esperar en un futuro, un aumento de la prevalencia y de la necesidad de servicios. Los encargados de delinear las políticas de salud pública en la Argentina deberían tomar en cuenta todos estos hallazgos.

El hecho de que las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de padecer Trastornos de ansiedad y menos probabilidades de padecer trastornos por el uso de sustancias es un hallazgo consistente con otros estudios mundiales (53); sin embargo, nuestra falta de mayores probabilidades de Trastornos del estado de ánimo en las mujeres es inconsistente. Esto puede deberse a la inclusión del Trastorno bipolar dentro de la categoría de los trastornos del estado de ánimo, dado que no se ha demostrado que el trastorno bipolar sea más frecuente en mujeres (53). Además, Seedat y colaboradores encontraron una pequeña diferencia entre sexos para el Trastorno depresivo mayor en cohortes más recientes,

lo que fue relacionado con cambios en los roles tradicionales del género femenino; en otras palabras, menos desigualdad de género (como lo muestran la igualdad en la educación, en el trabajo, el casamiento a mayor edad, y el uso de anticonceptivos) fue asociado con menos diferencias según el sexo en el Trastorno depresivo mayor (53). El índice de desigualdad de género en la Argentina, aunque es mayor que en otros países con una mayor IDH, es menor que el promedio en América Latina (7) y podría explicar, en parte, junto con la inclusión del Trastorno bipolar en la categoría de los Trastornos del estado de ánimo, la falta de diferencias según género para los Trastornos del estado de ánimo en la Argentina.

Con respecto a la tasa de prevalencia en los últimos doce meses para los trastornos mentales y la utilización de servicios se halló que prácticamente uno de cada siete adultos argentinos, residentes en áreas urbanas, ha sufrido un trastorno mental durante el año previo a esta encuesta y un cuarto de esos trastornos puede considerarse severo. Desafortunadamente, la mayoría no recibió tratamiento; solo el 30,2% de aquellos con trastornos severos recibieron tratamiento, mayormente, en el sector de la salud y por profesionales en salud mental. Las personas con trastornos moderados y severos fueron más propensas a recibir tratamiento que las personas con trastornos leves, lo cual sugiere racionalidad en la asignación de los servicios, y además demuestra la necesidad de mejorar la detección temprana, de manera tal que los trastornos sean tratados mientras son leves, para así prevenir que lleguen a ser severos y, además, evitar ciertas complicaciones que se dan con el tiempo (27, 28). Un pequeño grupo (8,7%) de personas que no reunían ningún criterio para ningún trastorno también recibió tratamiento. Este estudio no puede determinar si esto representa una mala asignación de recursos para el tratamiento o si puede ser explicado como casos sub-umbrales que recibieron atención temprana o personas que dejaron de reunir los criterios y continuaron en seguimiento. Debido a la gran cantidad de psicólogos y a la difusión de técnicas psicoterapéuticas existente en el país, este grupo podría representar personas en psicoanálisis u otra forma de psicoterapia psicoanalítica con objetivos de auto-realización (54). Como en el caso de México y Colombia, y a diferencia de muchos otros países, los trastornos mentales fueron tratados por especialistas más que por médicos generales (12, 13, 20). Esto respalda un patrón emergente en los países de América Latina y está en desacuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud de tratar la mayoría de los trastornos mentales en atención primaria, para que así tenga acceso una mayor cantidad de personas, y que la atención primaria sea una contención para servicios más especializados en los casos más severos (55). Muy pocas son las personas en la Argentina que buscan atención en otros sectores. Las tasas de prevalencia en los últimos 12 meses para cualquier trastorno mental y cada clase de trastorno en Argentina fueron consistentes

con los de otros países de América Latina. Por ejemplo, cerca del 15% de los argentinos sufrió algún trastorno, de manera similar a Perú 13,5% de los peruanos, 12,2% en el caso de México y menos del 26% en el caso de Brasil y 20% para Colombia (11, 12, 54, 56). La clase de trastorno por la cual Argentina difiere mayormente con los otros países de América Latina fueron los Trastornos del control de los impulsos, los cuales estuvieron presentes solo en un 0,5% de argentinos versus el 1,6% de mexicanos, el 3,5% de peruanos, el 4,2% de brasileños y el 4,4% de colombianos (12, 14, 54, 55).

Encontramos que las personas más jóvenes y con niveles más bajos de educación tuvieron mayor prevalencia de trastornos; el bajo nivel de educación puede estar relacionado con el abandono escolar debido a la aparición temprana del trastorno (56, 57). Se encontró que las mujeres, en comparación con lo informado anteriormente para los hombres, tuvieron mayor prevalencia de Trastornos de ansiedad y menor prevalencia de trastornos por el uso de sustancias y trastornos del control de impulsos (58).

Las diferencias por sexo en la utilización de los servicios para los trastornos mentales están muy bien documentadas (59, 60, 61). Se ha sugerido que las mujeres buscan tratamiento porque son más capaces de identificar los síntomas de enfermedad mental y no percibirían el tratamiento o el trastorno como un estigma (20). Las personas que nunca contrajeron matrimonio pueden ser más propensas a buscar tratamiento debido a la falta de apoyo social, lo cual fomentaría la búsqueda de ayuda externa. Que un bajo nivel de educación, pero no así de ingresos, esté relacionado con menores posibilidades de tratamiento puede deberse a la falta de información respecto de los trastornos mentales o a actitudes negativas hacia el tratamiento, más que a la falta de recursos financieros y que el bajo nivel de educación esté relacionado tanto a una mayor prevalencia de trastornos como a la falta de tratamiento, sugiere grandes disparidades de salud en este grupo.

En la tercera parte del estudio se evaluó la utilización y adecuación del tratamiento en los últimos 12 meses para los trastornos mentales. En relación a ese punto se verificó que la mayoría de los individuos con un trastorno mental, dentro de los últimos 12 meses no habían recibido ningún tratamiento; lo cual indica, altos niveles de necesidades no atendidas y la necesidad de realizar más investigaciones y acciones orientadas a reducir las barreras hacia los tratamientos e incrementar el acceso a ellos. Se encontró que las mujeres, y aquellas personas que nunca contrajeron matrimonio fueron más propensas a buscar o recibir tratamiento, y aquellas con nivel de educación bajo o medio-bajo fueron menos propensas a ello.

El 27,61% de los encuestados con algún trastorno que recibieron tratamiento en los últimos 12 meses es consistente, aunque un poco más alto que la proporción de los demás países de Latinoamérica que están inclui-

dos en la Encuesta Mundial de Salud Mental (20). La mayor cantidad de medias que medianas implica que, en comparación, que pocos pacientes reciben una parte desproporcionadamente alta de todas las visitas.

Entre aquellos que fueron tratados, tres cuartos recibieron tratamiento mínimamente adecuado, utilizando una definición amplia de "mínimamente adecuado", pero menos de la mitad lo fueron si se emplea una definición más estricta. Para aquellos que padecen algún trastorno, hay una proporción mayor de tratamiento adecuado brindado por profesionales de salud mental que por profesionales de medicina general. Esto apunta a la necesidad de una mayor capacitación de los efectores de atención primaria en pautas básicas de tratamiento de salud mental. Es posible que el 8,84% de los individuos sin trastornos que recibieron tratamiento reflejen a aquellos individuos con síntomas sub-umbrales, en seguimiento para la prevención de una recaída o en psicoanálisis para el desarrollo personal (54). De hecho, la adecuación del tratamiento para los individuos sin trastornos fue mayor en el caso de profesionales del sector no sanitario, sugiriendo quizás una mayor desestimación por parte de los profesionales de la salud de sus preocupaciones o producto de sus esfuerzos para controlar el uso racional de los servicios (62).

Los individuos menores de 35 años de edad, con un bajo nivel de educación e ingresos que padecieron algún trastorno en los últimos 12 meses tienen menos probabilidad de recibir algún tratamiento. Esta diferencia se debe a barreras económicas o a algún otro obstáculo (como la actitud, la convicción o el conocimiento sobre trastornos psiquiátricos y sus tratamientos, o barreras estructurales) (63), es un área importante para futuras investigaciones. Por otro lado, aquellos que nunca se han casado y aquellos que padecen un trastorno de ansiedad o del estado de ánimo son más propensos a recibir tratamiento. El hecho de que los solteros son más propensos a utilizar servicios se ha documentado en cinco de los diecisiete países de la Encuesta Mundial de Salud Mental y ha sido propuesto para indicar la fuerza motivadora que tienen los impedimentos sociales y discordancias en las relaciones (20). Asimismo, resulta imprescindible realizar mayores esfuerzos para que quienes padecen trastornos por abuso de sustancias reciban tratamiento.

Entre quienes fueron tratados, los más jóvenes y aquellos con bajo nivel de educación e ingresos recibieron tratamientos menos adecuados. El tipo de trastorno no estuvo relacionado con la adecuación del tratamiento. De modo interesante, y a diferencia de diez de los diecisiete países de la Encuesta Mundial de Salud Mental, no hubo diferencias de género para la utilización o la adecuación de tratamientos en este estudio (20).

En la cuarta parte del estudio se analizó la demora en el acceso a tratamiento luego de la primera aparición de un trastorno mental. Aunque la mayoría de las personas con algún trastorno psiquiátrico en la Argentina, en algún momento de la vida accede al tratamiento, es-

pecialmente aquellas con algún Trastorno del estado de ánimo o algún Trastorno de ansiedad, los tratamientos tempranos son una excepción y las demoras entre una y tres décadas son la regla. Estas demoras en el tratamiento son una pesada carga para el sistema de salud y de salud mental argentinos, como también para las personas con estos trastornos, para sus familias y para la sociedad en general. Los trastornos de ansiedad, en particular, tienen largas demoras, probablemente debido a que estos trastornos tienen las edades de inicio más tempranas (47). Por otro lado, los trastornos por uso de sustancias son los casos con menos probabilidades de acceso al tratamiento; esto puede deberse a factores culturales sobre la utilización de sustancias que hacen que estos trastornos sean difíciles de reconocer, a cierto estigma respecto de los trastornos por el uso de sustancias o a la falta de disponibilidad de servicios que traten estos trastornos, como así también a la baja percepción de necesidad de tratamiento por parte de los afectados (64, 65). Las personas con trastornos por uso de sustancias pueden evitar buscar tratamiento hasta que el mismo se vuelve altamente incapacitante o hasta que algún miembro de la familia insiste en la búsqueda de tratamiento. Un hallazgo alentador es que los cohortes más jóvenes (18-49 años) fueron más propensos que los mayores (50 años y más) al acceso al tratamiento; esto tal vez refleja un cambio de actitud, una disminución de la estigmatización y un aumento de la toma de conciencia respecto de la salud mental entre las generaciones más jóvenes. Por otro lado, las tempranas edades de inicio de los Trastornos del estado de ánimo y de ansiedad y la baja propensión de las personas a acceder al tratamiento sugieren la necesidad de aumentar la detección temprana de trastornos mentales en niños y adolescentes. La detección y el tratamiento oportuno en menores es un desafío, ya que los niños y adolescentes no pueden detectar el problema y buscar tratamiento por ellos mismos; sino que dependen de que terceros (padres, maestros, pediatras) identifiquen el problema y de que los padres tengan la motivación y capacidad necesarias para buscar tratamiento. Sin embargo, la detección y el tratamiento oportuno en menores pueden verse facilitados por el trabajo conjunto de los sistemas de salud, de educación y de desarrollo social.

Este estudio no se encuentra exento de limitaciones. Como los participantes fueron personas con residencia permanente, la prevalencia puede ser subestimada por la exclusión de los indigentes y de las personas hospitalizados o institucionalizados (ya sea en hospitales generales, centros psiquiátricos, instituciones penitenciarias, etc.), y los menores de 18 años o los que viven afuera de las grandes áreas metropolitanas.

Además, la prevalencia pudo ser subestimada por la capacidad de los encuestados de recordar síntomas experimentados en años anteriores o por la falta de predisposición a relatar comportamientos o síntomas que pueden ser estigmatizantes. El mayor sesgo de recuerdos

en los participantes mayores puede llevar a una sobrevaloración de los efectos de cohorte (53). En efecto, el diseño retrospectivo transversal está sujeto al sesgo de los recuerdos, por lo cual, en este estudio se intentó mejorar la precisión de la fecha de inicio del trastorno y del primer acceso al tratamiento, realizando preguntas que focalizaran la memoria y guiaran los recuerdos. Sin embargo, algún sesgo puede permanecer erróneo para eventos lejanos y es probable que se subestimen ciertas demoras del tratamiento. Es necesaria una vigilancia epidemiológica prospectiva continua para determinar si estos efectos de cohorte son sobrevalorados y en qué medida. Además, el diagnóstico estuvo basado en un instrumento totalmente estructurado y no clínico. Se han informado diagnósticos clínicos en concordancia con la encuesta WMH-CIDI, aunque se hubieran preferido diagnósticos clínicos (38).

En esta investigación no se tuvo en cuenta la calidad, el costo o la cobertura de los proveedores de salud (es decir, si se trataba de medicina prepaga, obras sociales, hospitales, centros ambulatorios, etc.) o la cantidad de centros de salud disponibles en las áreas investigadas.

Por último, el diseño transversal del estudio excluye las inferencias respecto de la causalidad o direccionalidad de las correlaciones socio-demográficas y su asociación con los trastornos y el tratamiento.

Además, se incluyó un número limitado de predictores del servicio de acceso al tratamiento. Por ejemplo, el ser beneficiario de seguros de salud y el acceso a los servicios no fueron incluidos y parecen jugar un papel importante en el acceso al tratamiento. La búsqueda de tratamiento también depende de la percepción de la enfermedad, de las barreras relacionadas con los estigmas, de las percepciones de la familia y amigos respecto a la búsqueda de ayuda y de la comunicación de conocimientos sobre salud (63, 66, 67). Finalmente, quedan otras cuestiones a considerar en estudios posteriores respecto de la utilización de los servicios para alcanzar un amplio entendimiento sobre cómo son tratados en la Argentina los trastornos mentales y los trastornos por uso de sustancias, tales como la idoneidad de los tratamientos, los sectores de tratamiento (por ejemplo, no se distingue entre sectores del cuidado de la salud y otros sectores) la relación costo-efectividad y las barreras estructurales.

A pesar de las limitaciones mencionadas, que son similares a las enfrentadas por todas las investigaciones epidemiológicas cruzadas de este tipo, este estudio presenta, por primera vez, datos empíricos representativos de la prevalencia de los trastornos mentales, el uso de servicios y la adecuación del tratamiento para los trastornos de salud mental y por abuso de sustancias en la Argentina, y en la población general adulta de áreas urbanas del país, con la misma metodología que la aplicada por la Iniciativa de la Encuesta Mundial de Salud Mental en otros países. Por lo tanto, esos datos se pueden comparar con los de otros lugares de América

Latina. Asimismo, este estudio ayuda a comprender la distribución de los trastornos mentales en el mundo, al llenar un vacío de información sobre la región.

## Conclusiones y recomendaciones

La prevalencia de vida de cualquier trastorno mental en la población general de la Argentina en mayores de 18 años de edad fue de 29,1% y el riesgo proyectado de vida hasta los 75 años de edad fue de 37,1%.

Los trastornos con prevalencia de vida más elevada fueron el Trastorno depresivo mayor (8,7%), el Trastorno por abuso de alcohol (8,1%) y la Fobia específica (6,8%).

Los Trastornos de ansiedad fueron el grupo de mayor prevalencia (16,4%), seguidos por los Trastornos del estado de ánimo (12,3%), los Trastornos por sustancias (10,4%), y los Trastornos del control de impulsos (2,5%).

Las mujeres tuvieron mayores probabilidades de padecer trastornos de ansiedad, mientras que los hombres de padecer trastornos por sustancias. La edad a la entrevista estuvo inversamente asociada con el riesgo de vida de cualquier trastorno.

Estas tasas de prevalencia de vida, junto con los efectos de cohorte que muestran una mayor prevalencia en las cohortes más jóvenes, y edades de inicio tempranas en las primeras tres décadas de la vida, tienen importantes implicancias en las políticas de salud pública. Prácticamente uno de cada siete adultos argentinos, residentes en áreas urbanas, ha sufrido un trastorno mental durante el año previo a esta encuesta. En efecto, la prevalencia en los últimos 12 meses de cualquier trastorno mental fue del 14,8%, un cuarto de esos trastornos fueron clasificados como severos. Los participantes más jóvenes y aquellos con bajo nivel de educación tuvieron mayores probabilidades de padecer cualquier trastorno y la mayoría de los tipos de trastornos.

El 11,6% recibió tratamiento en los 12 meses previos y sólo lo recibieron el 30,2% de aquellos que padecían un trastorno severo. Las personas con trastornos moderados y severos fueron más propensas a recibir tratamiento que las personas con trastornos leves. Un pequeño grupo (8,7%) de personas que no reunían ningún criterio para ningún trastorno también recibió tratamiento.

Las mujeres y las personas que nunca contrajeron matrimonio o vivieron en uniones estables fueron más propensas a recibir o buscar tratamiento, mientras que las personas con un nivel de educación bajo y medio-bajo fueron menos propensas.

La mayoría de las personas con algún trastorno mental en el último año no ha recibido tratamiento: el 11,57% de la población total y el 27,61% de aquellos que padecen algún trastorno recibieron algún tratamiento en los últimos 12 meses. De ellos, el 78,36% recibió un tratamiento mínimamente adecuado, utilizando una amplia definición, y sólo el 43,68% si se aplica una definición más rigurosa.

Las personas con algún trastorno recibieron más servicios de los profesionales en salud mental (17,78%) que de profesionales de medicina general (11,49%) o de otros sectores diferentes al sector de la salud (2,58%).

Las personas más jóvenes, con bajo nivel de educación y bajo nivel de ingresos fueron menos propensas a recibir tratamiento, mientras que las personas que nunca contrajeron matrimonio o vivieron en uniones estables y aquellas con algún trastorno de ansiedad o del estado de ánimo fueron más propensas. Con respecto a las personas que estaban en tratamiento, éste fue menos adecuado para los más jóvenes y para aquellos con bajo nivel de educación y de ingresos.

La mayoría de los individuos en la Argentina, con Trastornos del estado de ánimo (100%) o con Trastornos de ansiedad (72,5%), con el tiempo acceden al tratamiento, mientras que aquellos que padecen algún Trastorno por abuso de sustancias no lo hacen (41,6%). Es muy poco frecuente el tratamiento temprano (2,6% para Trastorno por abuso de sustancias, 14,6% para Trastornos de ansiedad y 31,3% para Trastornos del estado de ánimo), lo que significa una demora de entre 8 años, para el caso de Trastornos del estado de ánimo y 21 años para el caso de Trastornos de ansiedad. Las cohortes más jóvenes fueron más propensas a acceder al tratamiento que aquellos de mayor edad, mientras que aquellos en los que el trastorno se inició tempranamente fueron menos propensos a acceder al tratamiento.

Los resultados obtenidos sugieren un tratamiento insuficiente generalizado de los Trastornos psiquiátricos y particularmente de los Trastornos por abuso de sustancias, con una pronunciada necesidad no atendida de individuos jóvenes, sin educación y de bajos recursos. Asimismo, demostramos que de un cuarto a más de la mitad de las personas (según se utilice una definición más amplia o estricta de "adecuación del tratamiento") recibe tratamiento que probablemente no sea efectivo. La mayoría de los servicios son suministrados por especialistas en salud mental, y muy escasamente por profesionales en medicina general y servicios de salud mental en entornos de atención primaria.

El presente estudio muestra la necesidad de:

- 1) Desarrollar más y mejores políticas de salud para aumentar el acceso a los servicios de tratamiento adecuado de los trastornos mentales en Argentina, especialmente para los sectores socioeconómicos más desfavorecidos de la población, con especial focalización en los niños, adolescentes y ancianos.
- 2) Capacitar a los profesionales en medicina general y de asistencia primaria en la detección temprana y el

tratamiento de los trastornos mentales.

- 3) Informar y educar a la comunidad sobre las pautas de una adecuada salud mental a fin de propender a la detección temprana y a un tratamiento oportuno de los trastornos mentales.
- 4) Implementar estrategias particulares para que las personas que sufren de algún tipo de trastorno por uso de sustancias inicien un tratamiento.
- 5) Reducir la demora en el inicio del tratamiento en todos los casos de trastornos mentales; y, particularmente, enfocar los recursos y esfuerzos en la detección y el tratamiento tempranos en niños y adolescentes.
- 6) Desarrollar campañas anti-estigma sobre las enfermedades mentales dirigidas a la población general.
- 7) Desarrollar políticas sanitarias destinadas a disminuir el abuso de alcohol en la sociedad y proveer servicios especializados en el tratamiento del alcoholismo.
- 8) Realizar más investigaciones para aportar datos para la planificación del tipo de Servicios a brindar e instalar según áreas geográficas y permitir una distribución regional racional de recursos humanos para incrementar la eficacia de los efectores de salud, tomando en cuenta las dificultades para el acceso a servicios por parte de la población rural y la de conglomerados urbanos pequeños y medianos.
- 9) Obtener datos útiles para orientar la formación de recursos humanos en las carreras de Ciencias de la Salud de nuestro país, en los niveles de grado y postgrado, acorde con las necesidades de la población a la cual van a asistir sus egresados.
- 10) Ofrecer una orientación sobre las prioridades de la formación continua de recursos humanos en Salud Mental.
- 11) Implementar planes de investigación de los siguientes ítems sanitarios y educacionales: a) Encuestas epidemiológicas regulares para mantener actualizado el conocimiento del estado de la Salud Mental en la población general; describir la percepción que tienen los pacientes y sus familias acerca de la idoneidad de los tratamientos que se brindan; identificar las principales dificultades que se presentan en el proceso de búsqueda de un tratamiento; diseñar programas específicos de prevención, tratamiento y rehabilitación, de acuerdo a las necesidades detectadas en cada región; proveer regularmente información que sirva de base para la toma de decisiones, el diseño de políticas públicas y los programas de atención de situaciones particulares. ■

## Referencias bibliográficas

- Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alegria M, Andrade L, Bijl R, Caraveo-Anduaga JJ, DeWitt DJ, Kolody B, Ustun TB, Vega WA, y Wittchen H-U (2000). The International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Psychiatrie* 1, 15-20.
- Kessler RC, Üstün TB. The WHO world mental health surveys. New York:Cambridge University Press, 2008.
- Viana MC, Andrade L. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Sao Paulo. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012; 34(3):249-260.
- Posada-Villa JA, Aguilar-Gaxiola SA, Magaña, CG, Gómez LC. Prevalence of Mental Disorders and use of Services: Preliminary Results from of the National Study of Mental Health, Colombia, 2003. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2004;33(3):241-62.
- Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Lara C, Berglund PA. Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence in a nationally representative sample. *Br J Psychiatry.* 2007; 190:521-528.
- Fiestas F y Piazza MF (2014). Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Perú Urbano: Resultados del Estudio Mundial de Salud Mental, 2005. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública* 31, 39-47.
- United National Development Programme (UNDP). Human Development Report 2013: The rise of the South: Human progress in a diverse world; 2013 [accessed March 2017]. Disponible en: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/Country-Profiles/ARG.pdf>
- World Health Organization. *Mental Health Atlas 2005*. Geneva: World Health Organization, 2005.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 [Matinal Census of population, homes and households 2010]*. [accessed March 10 2016]. Disponible en: <http://www.censo2010.indec.gov.ar/>.
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, et al. Prevalence, Severity, and Unmet Needs for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Survey. *JAMA.*2004;291(21):2581-2590.
- Andrade LH, Wang YP, Andreoni S, et al. Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PLoSOne.* 2012;7(2):e31879.
- Posada-Villa J, Rodriguez M, Duque P, et al. Mental disorders in Colombia: Results from the World Mental Health Survey. In Kessler RC, Ustun TB, editors. *The WHO World Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. New York: Cambridge University Press: 2008:131-143.
- Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, et al. Prevalence, service use, and Demographic Correlates of 12-month DSM-IV Psychiatric Disorders in Mexico: Results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychol Med.* 2005; 35(12):1773-1784.
- Piazza M, Fiestas F. Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2014; 31(1):30-8.
- Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic conditions and injuries for 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet.* 2015; 386(9995): 743-800.
- Alonso J, Petukhova M, Vilagut G, et al. Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health surveys. *Mol Psychiatry.* 2011(16):1234-1246.
- Schofield D, Shrestha RN, Percival R, et al. The personal and national costs of mental health conditions: impacts on income, taxes, government support payments. *BMC Psychiatry.* 2011; 11:72.
- GBD 2013 DALYS and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYS) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990-2013: quantifying the epidemiological transition. *Lancet.* 2015; 386 (10009): 2145-2191.
- GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. (2015). Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet.* 2015; 385:117-171.
- Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J et al. Worldwide use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders: Results from 17 countries in the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *The Lancet.* 2007; 370(9590):841-850.
- Borges G, Medina-Mora ME, Wang PS, et al. Treatment and adequacy of treatment of mental disorders among respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry.* 2006; 163(8):1371-8.
- Borges G, Wang PS, Medina-Mora ME, Lara C, Chiu WT. Delay of First Treatment of Mental and Substance Use Disorders in Mexico. *Am J Public Health.*2007; 97(9): 1638-1643. doi: 10.2105/AJPH.2006.0909852007
- Wang PS, Angermeyer M, Borges F, Bruffaerts R et al. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry.* 2007; 6:177-185.
- Have M, de Graaf R, van Dorsselaer S, Beekman A. Lifetime treatment contact and delay in treatment seeking after first onset of a mental disorder. *Psychiatric Services.* 2013; 64:981-989.
- Chapman C, Slade T, Hunt C, Teesson M. Delay to first treatment contact for alcohol use disorder. *Drug Alcohol Depend.* 2015; 147:116-21.
- Kvitland LR, Ringen PA, Aminoff SR, Demmo C, Hellvin T, Lagerberg TV, Andreassen OA, Melle I. Duration of untreated illness in first-treatment bipolar I disorder in relation to clinical outcome and cannabis use. *Pschiatry Res.* 2016; 30:246:762-768.
- Goi PR, Vianna-Sulzbah M, Silveira L, Grande I, Chendo I, Sodrè LA et al. Treatment delay is associated with more episodes and more severe illness staging progression in patients with bipolar disorder. *Psychiatry Res.* 2015; 227(2-3):372-3.
- Post RM, Weiss SR. Sensitization and kindling phenomena in mood, anxiety and obsessive-compulsive disorders: the role of serotonergic mechanisms in illness progression. *Biol Psychiatry.* 1998; 44(3):193-206.

29. Marín-Navarrete R, Medina-Mora ME, Horigian VE, Salloum IM, Villalobos-Gallegos L, Fernández-Mondragón J. Co-occurring disorders: A challenge for Mexican community-based residential care facilities for substance use. *Journal of Dual Diagnosis*. 2016; 12: 261-270.
30. Borrueal MA, Mas IP, Borrueal GD. *Estudio de carga de enfermedad: Argentina*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2010.
31. Serfaty E. Dual Pathology. The comorbidity of psychiatric disorder and psychoactive drug abuse. *Psicofarmacología*. 2001; 71:17-24.
32. Kendler KS, Ohlsson H, Karriker J, Affe KJ, Sundquist J, Sundquist K. Social and economic consequences of alcohol use disorder: a longitudinal cohort and co-relative analysis. *Psychol Med*. 2016; 5:1-11.
33. Erskine HE, Norman RE, Ferrari AJ, Chan GC, Copeland WE, Whitefor HA, Scott JG. Long-term outcomes of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016; 55(10):841-50.
34. Kessler RC, Foster CL, Saunders WB, Stang PE. Social consequences of psychiatric disorders, I: educational attainment. *Am J Psychiatry*. 1995;152(7):1026-32.
35. Boulos D, Zamorski MA. Do shorter delays to care and mental health system renewal translate into better occupational outcome after mental disorder diagnosis in a cohort of Canadian Military personnel who returned from an Afganistan deployment? *BMJ Open*. 2015; 5(12):e008591.
36. Kessler RC, Walters EE, Forthofer MS. The social consequences of psychiatric disorders, III: probability of marital stability. *Am J Psychiatry*. 1998;155(8):1092-6.
37. Cameron CM, Purdie DM, Kliewer EV, McClure RJ. Mental health: A cause or consequence of injury? A population-based matched cohort study. *BMC Public Health*. 2006; 6:114.
38. Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS et al. Concordance of the composite international diagnostic interview version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2006; 15:167-180.
39. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth ed*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
40. Heeringa SG, Wells, JE, Hubbard F, Mneimneh ZN, Chiu WT, Sampson NA, Berglund PA. Sample designs and sampling procedures. In: Kessler RC, Ustun TB, editors. *The WHO World Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. New York: Cambridge University Press; 2008:14-32.
41. Wolter KM. *Introduction to Variance Estimation*. New York, NY: Springer-Verlag; 1985.
42. SUDAAN: Professional Software for Survey Data Analysis [computer program]. Version 8.0.1. Research Triangle Park, NC: Research Triangle Institute; 2002.
43. SAS Institute. *SAS/STAT Software: changes and enhancements, Release 8.2*. Cary, NC: SAS InstituteInc; 2001.
44. Efron B. Logistic regression, survival analysis, and the Kaplan-Meier curve. *J Am Stat Assoc*. 1988; 83:414-425.
45. Kish L, Frankel MR. Inferences from complex samples. *J Royal Stat Soc* 1974; 36:1-37.
46. Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Raj BA. The measurement of disability. *Int Clin Psychopharmacol*. 1996; 11(S3):89-95.
47. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, de Graff R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 2007; 6:168-176.
48. Mojtabai R, Stuart EA, Hwang I, Eaton WW, Sampson N, Kessler RC. Long-term effects of mental disorders on educational attainment in the National Comorbidity Survey ten-year follow-up. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015; 50(10):1577-91.
49. Mojtabai R, Stuart EA, Hwang I, Susukida R, Eaton WW, Sampson N, Kessler RC. Long-term effects of mental disorders on employment in the National Comorbidity Survey ten-year follow up. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015; 50 (11):1657-68.
50. Breslau J, Miller E, Jin R, Sampson NA, Alonso J, Andrade LH, et al. A multinational study of mental disorders, marriage, and divorce. *Acta Psychiatr Scand*. 2011; 124(6):474-86.
51. Scott KM, Lim C, Al-Hamzawi A, Alonso J, Bruffaerts R, Caldas-de-Almeida J, et al. Association of mental disorders with subsequent chronic physical conditions: World Mental Health Surveys from 17 countries. *JAMA Psychiatry*. 2016; 73(2):150-8.
52. World Health Organization. *Atlas: Child and adolescent mental health resources. Global concerns: implications for the future*. Geneva: World Health Organization; 2005.
53. Seedat S, Scott K, Angermeyer MC, Berglund P, Bromet EJ, Brugha RS, et al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry*. 2009; 66(7):785-795.
54. Bonnin JE. Treating without diagnosis: psychoanalysis in medical settings in Argentina. *Commun Med*. 2014; 11(1):15-26.
55. World Health Organization. *The world mental health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization, 2001.
56. Lee S, Tsang A, Breslau J, et al. Mental disorders and termination of education in high-income and low- and middle-income countries: epidemiological study. *Br J Psychiatry*. 2009; 194(5):411-417.
57. Borges G, Medina-Mora ME, Benjet C, et al. Influence of mental disorders on school dropout in Mexico. *Rev Panam Salud Pública*. 2011; 30(5):477-83.
58. Boyd A, van de Velde S, Vilagut G, et al. Gender differences in mental disorders and suicidality in Europe: results from a large cross-sectional population-based study. *J Affect Disord*. 2015; 173:245-54.
59. Harris MG, Baxter AJ, Reavley N, et al. Gender-related patterns and determinants of recent help-seeking for past-year affective, anxiety and substance use disorders: findings from a national epidemiological survey. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2016; 25(6):548-561.
60. Kovess-Masfety V, Boyd A, van de Velde S, et al. Are there gender differences in service use for mental disorders across countries in the European Union? Results from the EU. World Mental Health survey. *J Epidemiol Community Health*. 2014; 68(7):649-56.
61. Fleury MJ, Grenier G, Bamvita JM, et al. Comprehensive determinants of health service utilisation for mental health reasons in a Canadian catchment area. *Int J Equity Health*. 2012; 11:20.
62. Forrest CB. Primary care in the United States: Primary care gatekeeping and referrals: effective filter or failed experiment? *BMJ*. 2003; 326(7391):692-695.

63. Andrade LH, Alonso J, Mneimneh Z et al. Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychol Med.* 2014; 44(6):1303-17.
64. Blanco C, Iza M, Schwartz RP, Rafful C, Wang S, Olfson M. Probability and predictors of treatment-seeking for prescription opioid use disorders: a national study. *Drug Alcohol Depend.* 2013; 131(1-2):143-8.
65. Haughwout SP, Harford TC, Castle IJ, Grant BF. Treatment utilization among adolescent substance users: Findings from the 2002 to 2013 National Survey on Drug Use and Health. *Alcohol Clin Exp Res.* 2016; 40(8):1717-27.
66. Suka M, Yamauchi T, Sugimori H. Help-seeking intentions for early signs of mental illness and their associated factors: comparison across four kinds of health problems. *BMC Public Health.* 2016; 16:301.
67. Dockery L, Jeffery D, Schauman O, Williams P, Farrelly S, Bonnington O et al. Stigma- and non-stigma-related treatment barriers to mental healthcare reported by service users and caregivers. *Psychiatry Res.* 2015; 228(3):612-9.