

Programa de políticas públicas

Área Salud, Deporte y Política Social

Política pública N° 411

Junio 2025

Programa nacional de salud mental preventiva



Resumen ejecutivo

En el presente se proponen acciones concretas para transformar el abordaje de la salud mental en Argentina, principalmente mediante la creación progresiva de Centros Barriales de Salud Mental Preventiva (CBSM). Basado en un enfoque comunitario, preventivo, útil y territorial, el modelo busca fortalecer el primer nivel de atención, promover la reinserción social, garantizar el acompañamiento clínico y familiar, y articular eficazmente con el sistema de salud y otras instituciones. Esta política plantea una red interdisciplinaria y sostenida, capaz de brindar una respuesta integral al padecimiento psíquico de las personas afectadas y de su círculo cercano, mejorando ostensiblemente su calidad de vida.



El Programa de políticas públicas de la Fundación Nuevas Generaciones se desarrolla en cooperación internacional con la Fundación Hanns Seidel.



Consejo Consultivo de las Nuevas Generaciones Políticas

Walter Agosto
Alfredo Atanasof
Paula Bertol
Carlos Brown
Gustavo Ferrari
Mariano Gerván

Diego Guelar
Eduardo Menem
Federico Pinedo
Claudio Poggi
Ramón Puerta
Laura Rodríguez Machado

Leonardo Sarquís
Cornelia Schmidt Liermann
Jorge Srodek
Enrique Thomas
Pablo Tonelli
Pablo Torello
Norberto Zingoni

Las Nuevas Generaciones Políticas

Manuel Abella Nazar
Carlos Aguinaga (h)
Valeria Arata
Cesira Arcando
Miguel Braun
Gustavo Cairo
Mariano Caucino
Juan de Dios Cincunegui
Omar de Marchi
Alejandro De Oto Gilotau
Francisco De Santibañes

Soher El Sukaria
Ezequiel Fernández Langan
Gustavo Ferri
Christian Gribaudo
Marcos Hilding Ohlsson
Guillermo Hirschfeld
Joaquín La Madrid
Luciano Laspina
Leandro López Koenig
Cecilia Lucca
Gonzalo Mansilla de Souza

Ana Laura Martínez
Germán Mastrocola
Nicolás Mattiauda
Adrián Menem
Victoria Morales Gorleri
Diego Carlos Naveira
Julián Martín Obiglio
Francisco Quintana
Shunko Rojas
Damián Specter
Ramiro Trezza
José Urtubey

Director Ejecutivo

Julián Martín Obiglio

FUNDACIÓN NUEVAS GENERACIONES POLÍTICAS

Beruti 2480 (C1117AAD)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina)
Tel: (54) (11) 4822-7721
contacto@nuevasgeneraciones.com.ar
www.nuevasgeneraciones.com.ar

FUNDACIÓN HANNS SEIDEL

Montevideo 1669 piso 4° oficina "C" (C1021AAA)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina)
Tel: (54) (11) 4813-8383
argentina@hss.de
www.hss.de/americalatina

Programa de políticas públicas

La Fundación Hanns Seidel no necesariamente comparte los dichos y contenidos del presente trabajo.

Programa nacional de salud mental preventiva

I) Introducción.

El presente trabajo propone una política pública integral, concreta y sostenida en el tiempo, orientada a la prevención y atención temprana de los problemas vinculados a la salud mental.

Como respuesta principal y estructural para esta problemática se plantea la creación de Redes Locales Barriales de Atención en Salud Mental (RLBASM), concebidas como dispositivos territoriales de cercanía, anclados en el entramado social de cada comunidad. Estas redes buscan ofrecer un abordaje **preventivo, accesible y continuo**, permitiendo identificar y atender tempranamente situaciones de malestar psíquico y favorecer el acompañamiento desde una lógica comunitaria.

La propuesta parte de una visión descentralizada, que reconoce la necesidad de adaptar las intervenciones a los contextos sociales, culturales y geográficos específicos, y que entiende a la salud mental como un fenómeno complejo en crecimiento, influido por determinantes sociales, económicos y relacionales.

En este sentido, estas redes barriales que proponemos constituyen el núcleo operativo de la política, actuando como espacios de referencia y articulación en cada territorio, promoviendo una atención más cercana, sostenida y sensible a las realidades locales.

La estrategia se apoya en una fuerte articulación interinstitucional entre organismos estatales, dispositivos de salud, instituciones educativas, servicios sociales y organizaciones de la sociedad civil, apuntando a construir respuestas integrales y coordinadas, partiendo de la base que una activa participación de la comunidad resulta clave tanto en el diseño como en la ejecución de las acciones, fortaleciendo redes de cuidado y contención social.

En este entramado, la familia cumple un rol fundamental como primer sostén emocional, mientras que el sistema sanitario garantiza el acceso y la continuidad de los cuidados. La contención psicosocial, entendida como una intervención temprana, empática y contextualizada, se constituye como uno de los ejes fundamentales de las redes, orientada a prevenir la cronificación de los malestares y a facilitar procesos de inclusión y bienestar sostenido. De esta manera, se promueve un modelo centrado en la proximidad, la prevención y el acompañamiento comunitario, con el objetivo de construir entornos saludables, cohesionados y solidarios.

II) Análisis del marco normativo argentino.

Nuestro país cuenta con un marco legal avanzado en materia de salud mental, que ha significado un paso importante en la transformación del paradigma asistencial. La normativa vigente promueve una visión integral, comunitaria y respetuosa de los derechos de las personas, alejándose del modelo asilar tradicional. Sin embargo, a más de una década de su sanción, los avances normativos conviven con múltiples obstáculos en su aplicación práctica. La **distancia entre lo legalmente establecido y las condiciones reales de funcionamiento del sistema de salud mental** sigue siendo significativa, y muchas de las garantías declaradas aún no se traducen en respuestas efectivas para la población.

La Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 (2010) introdujo una concepción innovadora al establecer que la salud mental forma parte del derecho a la salud, y debe ser abordada de manera integral, desde equipos interdisciplinarios y con base en la comunidad. La norma también establece el cierre progresivo de los hospitales monovalentes y considera la internación como una medida excepcional y de último recurso. Este enfoque prioriza el respeto por la autonomía y la voluntad del paciente, y se opone explícitamente a cualquier forma de institucionalización forzada o crónica.

Asimismo, el Decreto Reglamentario N.º 603/2013 detalla cómo debe llevarse a cabo esta transformación. Establece que el sistema de atención debe articularse en redes territoriales, con énfasis en el primer nivel de atención y en la creación de dispositivos locales accesibles. Asimismo, promueve el trabajo en equipo interdisciplinario, la articulación intersectorial y la formación continua de los profesionales.

Por su parte, la Ley N.º 26.529 de Derechos del Paciente aporta una perspectiva transversal, al consolidar derechos fundamentales como el consentimiento informado, la confidencialidad, el acceso a la información clínica y la posibilidad de rechazar tratamientos. Este marco legal refuerza el protagonismo del paciente en las decisiones sobre su salud, en sintonía con los principios de autonomía personal.

Sin embargo, a diez años del dictado de la ley inicial, y más allá de todos estos avances legislativos efectuados, la implementación de esta normativa hoy presenta serias limitaciones y contradicciones prácticas que continuamente son motivo de preocupación en las familias de los pacientes y en la sociedad en general. En muchos casos, la reafirmación de la autonomía del paciente, sin una red de acompañamiento adecuada y sin dispositivos intermedios que sostengan el cuidado en el territorio, termina **obstaculizando la posibilidad de intervenir a tiempo** en situaciones

de riesgo. Existen numerosos casos en los que la negativa del paciente a recibir tratamiento impide a los equipos de salud actuar de forma preventiva o protectora, incluso cuando hay riesgo evidente para sí mismo, su familia o su entorno. Esta situación genera una **tensión entre el principio de autonomía individual y la necesidad de garantizar el cuidado integral**, especialmente en contextos donde el sufrimiento psíquico puede afectar la capacidad de juicio o de autodeterminación.

Además, muchas familias quedan sobrecargadas ante la falta de respuestas del sistema. La ausencia de dispositivos de acompañamiento, la escasa presencia estatal en los barrios, y la judicialización como única vía posible ante episodios críticos, generan desgaste, frustración y desamparo. De esta forma, la responsabilidad del cuidado recae desproporcionadamente en los entornos familiares, que muchas veces no cuentan con herramientas ni recursos suficientes para sostener esa tarea.

Asimismo, la **falta de inversión sostenida**, la escasez de profesionales capacitados en abordajes comunitarios, y la **débil articulación entre los niveles de atención** siguen siendo obstáculos estructurales. La red de atención primaria en salud mental, que debería funcionar como primer eslabón de respuesta, se encuentra debilitada o subdesarrollada en muchas jurisdicciones, y en consecuencia, persiste una dependencia de los dispositivos hospitalarios, contradiciendo los objetivos de la ley.

En este marco, la creación de Redes Locales Barriales de Atención en Salud Mental (RLBASM) que aquí se propone, se presenta como una estrategia concreta para dar respuesta a estas limitaciones. Estas redes, que más adelante se detallarán, permitirían intervenir de forma más temprana y sostenida, generando **espacios de cercanía, confianza y acompañamiento**. Su presencia territorial facilitaría la detección precoz, el trabajo con las familias, el seguimiento poscrisis y la articulación con instituciones educativas, comunitarias y sociales. Al mismo tiempo, podrían operar como instancia intermedia entre la autonomía del paciente y la necesidad de cuidado, ofreciendo alternativas no restrictivas que permitan sostener el tratamiento sin recurrir a internaciones involuntarias ni al colapso familiar.

Si bien actualmente el marco normativo argentino en salud mental representa un avance significativo en términos de reconocimiento de derechos y cambio de paradigma, su operatividad está condicionada por limitaciones estructurales, institucionales y filosóficas. Una política pública que busque efectivizar los principios de la ley debe no solo reforzar los dispositivos territoriales, sino también revisar críticamente los efectos de una aplicación rígida de ciertos principios, como el de autonomía, en contextos donde el cuidado y la protección son también derechos

fundamentales. La construcción de redes barriales sólidas y sostenidas en el tiempo aparece entonces como una vía posible para equilibrar estos principios en tensión, garantizando tanto la libertad como la asistencia, y avanzando hacia un **modelo más humano, eficaz y cercano**.

III) **Legislación comparada.**

El abordaje de la salud mental en la región ha experimentado, en las últimas décadas, un proceso de transformación sostenido, aunque heterogéneo. Si bien muchos países comparten marcos normativos que promueven la desinstitucionalización y la atención comunitaria, los niveles de implementación práctica varían significativamente. La comparación entre distintos modelos permite no solo identificar buenas prácticas, sino también evidenciar desafíos comunes a la región, como la falta de dispositivos territoriales, la fragilidad de las redes de cuidado y la tensión entre los principios legales y las realidades institucionales.

Chile se destaca por contar con un Plan Nacional de Salud Mental activo y actualizado, que orienta la política pública hacia un modelo de atención comunitaria, intersectorial y descentralizado. Dentro de este marco, ha desarrollado los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM), dispositivos territoriales que funcionan como referencia local para la atención ambulatoria, seguimiento poscrisis, trabajo con grupos familiares y prevención en escuelas. Estos centros, integrados al sistema de atención primaria, permiten sostener una lógica de proximidad y accesibilidad, y operan en articulación con servicios sociales, educativos y judiciales. La estrategia chilena muestra, siguiendo la línea de la presente propuesta, que la construcción de nodos comunitarios concretos, con base territorial, puede facilitar la implementación efectiva de políticas nacionales y reducir la dependencia del sistema hospitalario.

Uruguay, por su parte, sancionó en 2017 la Ley N.º 19.529 de Salud Mental, que recoge muchos de los principios presentes en la normativa argentina: respeto por los derechos de las personas, desinstitucionalización progresiva y énfasis en la atención integral. Sin embargo, Uruguay ha logrado avanzar en la creación de redes barriales articuladas, con dispositivos comunitarios concretos que permiten sostener intervenciones continuas y evitar internaciones prolongadas, por lo que vemos otro país vecino que afianza la idea propuesta. La coordinación entre actores del sistema de salud, organizaciones sociales y gobiernos departamentales ha sido clave para territorializar la política, reducir la medicalización excesiva y ampliar la prevención. La experiencia

uruguay muestra que la voluntad política acompañada de planificación operativa puede traducir el marco legal en realidades efectivas de cuidado cercano.

En **Colombia**, donde rige un sistema de salud mixto fuertemente regulado por el Estado, el enfoque comunitario también ha ganado protagonismo. A través de la inclusión de la salud mental en el Plan Obligatorio de Salud (POS), se garantiza cobertura a dispositivos ambulatorios y centros de atención psicosocial. Estos espacios están integrados en redes territoriales de cuidado, con énfasis en la inserción comunitaria y la rehabilitación psicosocial. Aunque el sistema colombiano presenta tensiones derivadas de su estructura aseguradora, ha logrado también, en varios departamentos, consolidar servicios de atención primaria en salud mental con un enfoque preventivo, accesible y culturalmente adaptado.

Estas experiencias regionales permiten observar un patrón claro: los países que han logrado mayores avances en salud mental no son necesariamente los que tienen leyes más completas, sino aquellos que han conseguido **traducir esas leyes en estructuras comunitarias concretas**, con recursos humanos, financieros y políticos sostenidos en el tiempo.

Argentina, en este sentido, posee un marco normativo robusto y avanzado —incluso más progresivo que el de algunos países vecinos—, pero **sufre una debilidad estructural persistente en la implementación territorial de estas políticas públicas**. La falta de dispositivos comunitarios estables, la débil presencia del Estado en los barrios, la escasa articulación entre sectores y la sobrecarga de los hospitales generales o monovalentes generan una paradoja: a pesar de contar con una ley que promueve el cuidado en la comunidad, **el sistema sigue funcionando**, en gran parte, **bajo una lógica centrada en la urgencia, la hospitalización y la medicalización**.

Además, nuestro país carece de mecanismos de control y evaluación efectivos que permitan monitorear el cumplimiento de la ley, el funcionamiento de los servicios y el impacto de las intervenciones. Esta ausencia de evaluación sistemática dificulta tanto la planificación como la mejora continua de las políticas públicas. Mientras que países como Chile y Uruguay han desarrollado indicadores de seguimiento y sistemas de auditoría ciudadana, en Argentina la información sobre salud mental sigue siendo fragmentaria, irregular y poco accesible.

La comparación con los países de la región confirma que el desafío central en Argentina no está en el plano normativo, sino en la construcción de dispositivos comunitarios concretos y sostenibles, que actúen como puntos de cuidado local, prevengan situaciones críticas y articulen los distintos niveles del sistema. En este sentido, la creación de Redes Locales Barriales de Atención en Salud Mental (RLBASM) representa una **respuesta posible y necesaria** para saldar esa deuda

estructural. Estas redes permitirían no solo materializar los principios de la ley, sino también recuperar la capacidad de intervención temprana del Estado, fortalecer el entramado social y ofrecer un modelo de cuidado más humano, preventivo y eficaz.

IV) Objetivos del programa.

El Programa Nacional de Salud Mental Preventiva se propone como una política pública concreta destinada a subsanar las **falencias estructurales del sistema actual**, especialmente aquellas comentadas previamente y vinculadas a la ausencia de dispositivos territoriales, la fragmentación de la atención y la limitada capacidad del Estado para intervenir de forma preventiva, sostenida y cercana a las realidades locales. En este sentido, el programa apunta a **construir una red nacional articulada de Redes Locales Barriales de Atención en Salud Mental**, que actúe como soporte preventivo, comunitario e interdisciplinario.

A partir de esta premisa, el programa define los siguientes objetivos estratégicos:

1. Establecer Centros Barriales Comunitarios de Salud Mental Preventiva.

El eje vertebral del programa será la creación de centros barriales con presencia territorial sostenida, que actúen como puertas de entrada al sistema de salud mental desde una lógica de cercanía, accesibilidad y trabajo preventivo. Estos espacios estarán insertos en barrios urbanos, periurbanos y zonas rurales, y funcionarán como puntos de referencia comunitaria, acompañamiento, detección precoz y orientación en casos de malestar psíquico. El modelo rompe con la centralidad hospitalaria y permite descomprimir guardias, evitando intervenciones tardías y medicalizadas.

2. Integrar Equipos Interdisciplinarios de Atención y Acompañamiento.

Cada centro contará con un equipo interdisciplinario compuesto por psicólogos, psiquiatras, trabajadores/as sociales y médicos generalistas, capacitados en abordajes comunitarios, prevención de crisis y trabajo en red. Este enfoque permite una mirada integral de la salud mental, que no se reduce a la dimensión clínica, sino que incorpora aspectos sociales, familiares, habitacionales, laborales y culturales. La diversidad profesional garantiza respuestas más ajustadas a las múltiples formas que adopta el sufrimiento psíquico.

3. Crear Protocolos de Actuación para la Urgencia Psiquiátrica.

Uno de los vacíos más críticos del sistema actual es la falta de protocolos claros y articulados para la intervención en situaciones de crisis o urgencia psiquiátrica. El programa busca desarrollar lineamientos nacionales, adaptables a cada territorio, que permitan actuar con celeridad y contención, evitando la judicialización innecesaria, la medicalización excesiva o las internaciones forzadas. La articulación entre los centros barriales, las guardias hospitalarias y los dispositivos de atención intermedia será clave para sostener una lógica de cuidado continuo.

4. Controlar el Uso de Medicación Psiquiátrica mediante Dispensación Supervisada.

La medicalización indiscriminada, sin seguimiento ni acompañamiento terapéutico, constituye una problemática creciente, especialmente en sectores vulnerables. Por eso, el programa incorpora como objetivo específico el seguimiento activo de la prescripción y el uso de psicofármacos, promoviendo la dispensación supervisada desde los centros barriales y no de forma autónoma en sus domicilios. Esto permitirá reducir el consumo abusivo, prevenir la cronificación del padecimiento y reforzar la dimensión terapéutica no farmacológica del tratamiento.

5. Incluir Espacios de Contención Familiar, Talleres de Rehabilitación y Estrategias de Reinserción Social.

La salud mental no se trabaja exclusivamente desde el individuo. El programa asume que la familia y el entorno inmediato son actores centrales tanto en la prevención como en el acompañamiento y la recuperación. Por eso, cada centro incluirá espacios específicos para el trabajo con familiares y cuidadores, brindando orientación, herramientas de afrontamiento y redes de apoyo mutuo. Además, se impulsarán talleres de rehabilitación psicosocial, actividades formativas, laborales y recreativas, con el objetivo de favorecer la autonomía, la construcción de vínculos y la reinserción comunitaria sostenida de las personas con padecimientos mentales.

En conjunto, estos **cinco objetivos** configuran un modelo integral que no se limita a responder a la crisis, sino que propone anticiparse, contener, acompañar y rehabilitar, desde el territorio y con una perspectiva humana, intersectorial y sostenida en el tiempo. El Programa Nacional de Salud Mental Preventiva busca, así, **cerrar la brecha entre lo que la ley consagra y lo**

que la realidad permite, aportando dispositivos concretos para que la salud mental sea, verdaderamente, una política pública accesible y efectiva.

V) Centros Barriales de Salud Mental.

Uno de los pilares fundamentales del Programa Nacional de Salud Mental Preventiva (PNSMP) es la puesta en marcha de Centros Barriales de Salud Mental Preventiva, concebidos como **dispositivos comunitarios de base territorial, cercanos a las personas, accesibles y sostenidos** por equipos interdisciplinarios. Estos centros no solo actuarán como espacios de consulta y contención, sino también como nodos de articulación con otros sectores del Estado y de la comunidad (educación, justicia, cultura, desarrollo social, seguridad).

Fundamentos para su creación.

La implementación de estos centros parte del reconocimiento de una realidad crítica: Argentina adolece de dispositivos intermedios entre la atención primaria y el hospital, y la mayoría de los servicios de salud mental funcionan de manera fragmentada, centralizada o reactiva. A ello se suman factores estructurales como la falta de personal capacitado, la escasa presencia del Estado en zonas vulnerables, las dificultades para articular jurisdicciones y el subfinanciamiento crónico del sistema sanitario.

En este contexto, los Centros Barriales se plantean como una estrategia escalable y adaptable, que no requiere de grandes infraestructuras hospitalarias, sino de espacios adecuados —ya existentes o por crear— que puedan ser gestionados por municipios, provincias o instituciones sociales con acompañamiento técnico y normativo del Estado nacional.

Componentes esenciales de cada centro

Para funcionar adecuadamente y cumplir su rol en la red de cuidado comunitario, cada Centro Barrial deberá contar con los siguientes componentes básicos:

- Equipo interdisciplinario mínimo:
- Psicólogos/as: responsables de entrevistas individuales, atención ambulatoria, coordinación de grupos terapéuticos y orientación comunitaria. Su tarea no se limitará a lo clínico, sino que incluirá trabajo territorial activo.

- Trabajadoras/es sociales: encargados del relevamiento del entorno familiar, la situación socioeconómica, habitacional y vincular de las personas, y de la articulación con programas sociales y comunitarios.
- Médicos/as generalistas con formación en salud mental: no solo para el seguimiento clínico de pacientes, sino para detectar signos tempranos, intervenir en situaciones de crisis y participar en equipos de derivación.
- Espacio para dispensación de medicación controlada. Cada centro contará con una sala de dispensación segura de psicofármacos, bajo control profesional, con un registro estricto y sin retiro a domicilio. Esto responde a la necesidad de evitar el uso indiscriminado, el abuso por fuera del sistema o la medicalización sin acompañamiento terapéutico. El modelo se basa en un principio de corresponsabilidad entre el Estado y el paciente, y en el fortalecimiento de un vínculo sostenido.
- Espacios de participación y rehabilitación. Además de la atención profesional, los centros deberán ofrecer actividades grupales de expresión, socialización y desarrollo de habilidades, como talleres de arte, oficio, escritura, deporte, huerta, cocina comunitaria o radio. Estos espacios son fundamentales para reconstruir vínculos, habilitar procesos de recuperación y generar sentido de pertenencia, especialmente en personas con padecimientos crónicos o aisladas.
- Programa de seguimiento post-crisis y circuitos de derivación. Cada centro deberá implementar un plan activo de seguimiento de personas que hayan atravesado una situación crítica o hayan sido internadas, para garantizar su continuidad de cuidados en el territorio. También deberá contar con protocolos claros de derivación a otros niveles del sistema de salud, evitando la desarticulación actual que muchas veces deja a las personas sin acompañamiento luego de una urgencia.

Estrategia de implementación progresiva.

Dado el contexto argentino, se propone una implementación gradual, iniciando con centros piloto en localidades con alta demanda psicosocial no satisfecha (zonas urbanas periféricas, pueblos intermedios, barrios populares), priorizando:

1. Infraestructura existente (salitas, centros culturales, clubes barriales o centros de integración comunitaria).
2. Capacitación intensiva de equipos locales, con apoyo del Ministerio de Salud nacional y universidades públicas.

3. Acuerdos interjurisdiccionales para definir competencias y garantizar la sostenibilidad de los centros.
4. Participación de organizaciones sociales y comunitarias, que históricamente han sostenido cuidados informales y pueden ser aliados clave en el proceso.

La creación de Centros Barriales de Salud Mental no es hoy solo una política sanitaria: es una intervención estratégica para recomponer la presencia del Estado en los territorios, prevenir el sufrimiento psíquico crónico y construir una red comunitaria de cuidado. Supone también reconocer las limitaciones del sistema actual, muchas veces centrado en una lógica asistencialista, burocratizada y desconectada de las realidades cotidianas, y propone como alternativa una política pública situada, humana y con capacidad real de transformar vidas.

VI) Protocolo de primer contacto (urgencia y guardia).

Actualmente, frente a una situación de urgencia en salud mental, ya sea por descompensación psíquica aguda, riesgo de auto o heteroagresión, o crisis vinculada a consumo problemático, en muchas oportunidades **el sistema responde de forma improvisada, medicalizada o judicializada**. En este contexto, el Programa Nacional de Salud Mental Preventiva establece un **Protocolo de Primer Contacto** orientado a garantizar una intervención temprana, contenida y eficaz, que priorice la dignidad de la persona y evite intervenciones desarticuladas o institucionalizaciones innecesarias.

El protocolo establece como paso inmediato la **derivación al profesional** de salud mental presente en la guardia o centro barrial al que acuda la persona, preferentemente un psicólogo/a o psiquiatra, que pueda realizar una primera aproximación clínica. Simultáneamente, se activa una **evaluación de riesgo** por parte de un equipo interdisciplinario —psicología, trabajo social y medicina general—, que permita determinar la gravedad del cuadro y definir el circuito más adecuado de atención. Esta evaluación deberá contemplar no solo criterios clínicos, sino también condiciones sociales, vinculares y comunitarias.

Una vez estabilizada la urgencia inmediata, se establece **una articulación directa con el Centro Barrial de Salud Mental (CBSM)** correspondiente al territorio de residencia de la persona, para su seguimiento cercano, evitando que el episodio quede aislado o sin continuidad terapéutica.

Este paso resulta clave para romper con la lógica de “alta médica sin acompañamiento” que predomina hoy en muchas instituciones.

Asimismo, el protocolo dispone la comunicación inmediata, clara y contenida con la familia o referentes afectivos, brindando información accesible, contención emocional y orientación sobre los pasos a seguir. En caso de que se detecte riesgo inminente para la vida propia o ajena, se procederá al traslado a una unidad de cuidados psiquiátricos temporales, integrada al sistema general de salud (hospitales generales), evitando en todo momento el ingreso a instituciones monovalentes o manicomiales, tal como establece la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657.

Este protocolo se complementa con **registros estandarizados, seguimiento del caso por parte del CBSM y articulación con otros actores institucionales** cuando sea necesario (como servicios sociales, organismos de niñez o justicia). El objetivo es garantizar una respuesta integrada, territorializada y centrada en el cuidado, que reemplace el abordaje fragmentado, urgente y despersonalizado que hoy predomina frente a las crisis en salud mental.

VII) Control de medicación.

Otro de los desafíos centrales en el abordaje actual de la salud mental en Argentina es el **uso desregulado, crónico y muchas veces solitario de psicofármacos**, en contextos donde no existe un acompañamiento terapéutico ni seguimiento clínico sostenido. Esta realidad no solo expone a las personas nuevamente a riesgos médicos, sino que también **invisibiliza procesos** de sufrimiento psíquico que requieren intervenciones más amplias y humanas. En respuesta a esta problemática, este Programa Nacional de Salud Mental Preventiva propone la implementación de un sistema de **medicación psiquiátrica supervisada**, articulado territorialmente a través de los Centros Barriales de Salud Mental (CBSM).

Este sistema establece que, salvo indicación contraria fundada, la medicación no será retirada a domicilio ni entregada en farmacias sin control, sino que **el paciente deberá concurrir periódicamente al CBSM para recibir la dosis correspondiente**. La administración estará a cargo de profesionales del centro y quedará registrada digitalmente en un sistema unificado, permitiendo el **monitoreo de la adherencia terapéutica**, la detección de descompensaciones y la posibilidad de intervenir a tiempo en caso de abandono, abuso o efectos adversos.

En situaciones particulares —como personas con movilidad reducida, menores de edad, adultos mayores o personas con deterioro cognitivo que no respeten el tratamiento conforme a los registros— se prevé la posibilidad de entrega de la medicación a familiares o responsables legales, siempre previa evaluación del equipo interdisciplinario y con firma de consentimiento informado. Esta excepción deberá estar documentada y sujeta a revisión periódica.

Además, el protocolo establece que cada tratamiento medicamentoso será **revisado de forma mensual** por el equipo interdisciplinario del centro, con participación del paciente y, cuando corresponda, de su entorno familiar. Esta instancia permitirá ajustar dosis, evaluar efectos, revisar diagnósticos y, sobre todo, reforzar la dimensión terapéutica integral del tratamiento, que no puede reducirse a la toma de una pastilla.

El objetivo de este sistema no es el control punitivo ni la restricción arbitraria, sino **garantizar un uso racional, seguro y acompañado** de la medicación psiquiátrica, entendida como una herramienta dentro de un proceso de cuidado más amplio, sostenido y comunitario.

VIII) Talleres de reinserción.

El padecimiento psíquico muchas veces conlleva un proceso de aislamiento progresivo, deterioro de vínculos y pérdida de proyectos de vida. Frente a esto, el Programa Nacional de Salud Mental Preventiva incorpora como componente central la posibilidad de estos pacientes de “volver a conectarse”, **fomentando la reinserción social, comunitaria y productiva** de personas que atraviesan procesos de sufrimiento mental, a través de talleres participativos y espacios de aprendizaje, creación y encuentro.

Estos talleres, organizados desde los Centros Barriales de Salud Mental (CBSM), no solo funcionarían como dispositivos terapéuticos no convencionales, sino como **espacios de dignificación subjetiva, conocimiento de oficios, reconstrucción del lazo social y reapropiación del tiempo y el deseo**. Se propone una oferta amplia y flexible de actividades, que permita responder a distintas trayectorias de vida, niveles de autonomía y motivaciones personales.

El programa se organiza en cuatro ejes principales:

- Talleres de oficios: como carpintería, herrería, jardinería, costura, cocina o reparación de bicicletas, que permiten adquirir habilidades concretas, fortalecer la autoestima y favorecer la

autonomía económica, especialmente en personas que han quedado fuera del mercado laboral formal.

- Talleres expresivos: como teatro, escritura, radio comunitaria, pintura o música, que abren caminos para la elaboración simbólica del malestar, la creatividad compartida y la construcción de relatos propios, en un entorno cuidado y colectivo.
- Talleres educativos: con el objetivo de favorecer la continuidad o finalización de estudios primarios y secundarios, alfabetización digital, lectura y escritura, en articulación con programas educativos existentes (como FINES, Plan Egresar, o alfabetización para adultos).
- Espacios de participación ciudadana: como los Consejos Barriales de Salud Mental, en los que usuarios/as, familiares y profesionales del centro puedan debatir, proponer, evaluar políticas y actividades, promoviendo la democratización del cuidado y la inclusión activa de las personas con padecimiento psíquico en la vida pública del barrio.

La planificación y desarrollo de estos talleres debe ser territorializada, participativa y flexible, con la posibilidad de incorporar docentes, artistas, referentes barriales y cooperativas como facilitadores. Se enfatiza que la participación no es obligatoria ni estandarizada, pero si fomentada por los Centros Barriales, ya que debe surgir del deseo y el acompañamiento progresivo de cada persona.

En un contexto nacional marcado por la precariedad, el desempleo y la desarticulación de las redes sociales tradicionales, estas actividades adquieren una **función reparadora** profunda, al permitir que quienes han atravesado procesos de sufrimiento mental dejen de ser vistos como pacientes crónicos o casos clínicos, y sean reconocidos como sujetos de derecho, oportunidades, deseo y creatividad.

IX) Articulación del sistema e implementación progresiva.

Para garantizar la eficacia del Programa Nacional de Salud Mental Preventiva y evitar que los dispositivos creados funcionen de manera aislada o se pierda su implementación en el tiempo, se establece un **modelo de articulación sistémica integral**, que conecte los distintos niveles del sistema sanitario, social y comunitario en un circuito de atención continuo, accesible y eficaz. Esta

articulación **tiene como eje central a los Centros Barriales de Salud Mental (CBSM), que se constituyen como nodo territorial clave de recepción, seguimiento, contención y derivación.**

El esquema de funcionamiento prevé una ruta integrada de atención, que parte desde los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) —primer nivel de contacto y detección de situaciones de malestar psíquico—, continúa con la Guardia Hospitalaria en caso de urgencia o descompensación, se articula con el CBSM de referencia para el abordaje continuo y, si la situación lo requiere, permite el traslado a una Unidad Temporal de Internación en hospitales generales, evitando la derivación a instituciones monovalentes.

Para sostener esta red de articulación, se propone la **creación de un registro unificado de pacientes**, de acceso restringido exclusivamente a profesionales de los equipos interdisciplinarios autorizados, que permita dar seguimiento clínico, registrar intervenciones, evaluar la continuidad de cuidados y evitar fragmentación en la atención.

Además, se implementarán **reuniones mensuales intersectoriales** en cada jurisdicción, que involucren a los equipos de salud mental, referentes de educación, seguridad, justicia, programas sociales y organizaciones comunitarias. Estos espacios tendrán como función analizar casos complejos, detectar vacíos institucionales, coordinar acciones conjuntas y garantizar una mirada integral sobre las personas usuarias del sistema.

Dado el contexto estructural desigual del país y la necesidad de una **adaptación territorial progresiva**, la implementación del programa se realizará en tres etapas sucesivas, con criterios de evaluación, ajuste y ampliación:

Etapas I (Año 1): creación y puesta en marcha de 10 CBSM piloto en regiones urbanas y rurales con altos indicadores de vulnerabilidad psicosocial. Esta fase permitirá testear protocolos, medir impacto inicial, ajustar el diseño operativo y fortalecer capacidades locales.

Etapas II (Años 2-3): expansión del modelo a 100 municipios de todo el país, priorizando provincias con menor cobertura en salud mental, y fortaleciendo la formación de equipos locales a través de convenios con universidades, colegios profesionales y organismos estatales.

Etapas III (Años 4-5): avance hacia una cobertura nacional plena, con al menos un CBSM en cada municipio del país, incorporando sistemas de evaluación externa, auditorías de calidad, participación activa de usuarios/as y consolidación del modelo en las políticas públicas de salud mental a nivel federal.

Este modelo de articulación y crecimiento progresivo permite equilibrar la ambición transformadora del programa con la viabilidad operativa, atendiendo a la complejidad del sistema argentino y su diversidad territorial, institucional y cultural.

IX) Conclusión.

La política pública desarrollada propone una transformación profunda y estructural del abordaje de la salud mental en Argentina, reconociendo que el modelo vigente —basado en la medicalización aislada, la falta de dispositivos comunitarios y la fragmentación institucional— resulta insuficiente para dar respuesta a las necesidades actuales de la población. En este marco, el programa plantea un **cambio de paradigma**, orientado hacia una lógica preventiva, comunitaria, integral y articulada, que se aleje de la intervención centrada en la crisis y apueste por la construcción sostenida de redes de cuidado.

El eje central de esta propuesta es la creación de **Centros Barriales de Salud Mental (CBSM)** distribuidos territorialmente, que actúen como **espacios de prevención, atención temprana, contención psicosocial, seguimiento y reinserción comunitaria**. A través de un enfoque interdisciplinario, estos centros no solo brindarán asistencia clínica, sino también talleres de inclusión social, espacios de acompañamiento familiar, dispositivos de control responsable de medicación y programas educativos y culturales que devuelvan protagonismo a quienes han sido históricamente excluidos.

La articulación efectiva con el sistema sanitario, educativo, judicial y comunitario garantiza la continuidad del cuidado, la posibilidad de respuesta ante situaciones de urgencia, y la integración plena del sujeto a su entorno, evitando internaciones innecesarias, el aislamiento prolongado y el estigma que aún persiste en torno a los padecimientos mentales.

Si bien se parte de un marco normativo avanzado, se reconoce que la implementación práctica ha sido históricamente débil, dispersa y poco efectiva, razón por la cual el programa propone una **estrategia progresiva, planificada y evaluable**, que permita su expansión gradual sin perder calidad ni territorialidad.

En síntesis, el modelo propuesto no solo busca mejorar indicadores de salud, sino también restituir la dignidad, la autonomía y la posibilidad de proyecto vital de las personas que atraviesan sufrimientos psíquicos, situando la salud mental como una dimensión colectiva, relacional y

profundamente humana del desarrollo social. Esta política representa un paso necesario y urgente para que el cuidado de la salud mental deje de ser un privilegio fragmentado y se convierta en un derecho efectivo, presente en cada barrio, cada familia y cada institución del país.

ng