

PERSPECTIVAS

La ley de Salud Mental en Córdoba:

¿avances en medio del ajuste?

Por Iván Ase (*) y Jaschele Burijovich (**)

Cada 10 de octubre se celebra el Día Internacional de la Salud Mental. Ase y Burijovich parten de ese punto para realizar un análisis del proceso de implementación de la normativa vigente en la materia, sancionada tanto a nivel provincial como nacional ya hace casi 15 años. ¿Se encuentra en marcha un proceso de deslegitimación de esas leyes, tan importantes para el sector? ¿La escasez de fondos es imputable a los limitados recursos nacionales puestos a disposición de los gobiernos provinciales para avanzar con las reformas? ¿O el proceso de transformaciones provinciales en salud mental ha sido funcional a un modelo de gestión presupuestaria en Córdoba que no ha tenido como prioridad la política de salud en general? Con datos concretos e interpretaciones, Ase y Burijovich trazan un panorama esclarecedor de la situación del sector en la provincia.

Aproximarse al tema

Cada año, al acercarse el 10 de octubre —Día Internacional de la Salud Mental—, se nos presenta la oportunidad de reflexionar sobre el proceso de implementación de la normativa vigente en la materia sancionada tanto a nivel provincial como nacional ya hace casi 15 años.

Este año, esta conmemoración adquiere particular relevancia por dos razones fundamentales. En primer lugar, Argentina está siendo sometida en la actualidad por parte del gobierno nacional a un “experimento” económico centrado en un proceso de ajuste del gasto público que, por su profundidad y velocidad, no tiene precedentes y cuyos objetivos principales son bajar las elevadas tasas de inflación y transformar las reglas de funcionamiento de nuestra economía. Este proceso tiene efectos devastadores en términos de empobrecimiento generalizado de nuestra sociedad, en particular de los sectores más vulnerables, y afecta la posibilidad de prestar los servicios estatales en la mayoría de sus áreas.

En segundo lugar, se va haciendo cada vez más intenso un movimiento que ya lleva varios años de impugnación a las normativas vigentes en salud mental. Algunos sectores sociales con un alto impacto en los medios nacionales de comunicación denuncian un abandono por parte del Estado a la problemática de la salud mental, en particular de las adicciones, y responsabilizan de ello a la normativa vigente en la materia. Se ha venido instalando en la opinión pública una suerte de equivalencia entre las leyes de salud mental y desamparo y desatención.

El contexto nacional también afecta a la provincia de Córdoba. Ajuste fiscal y proceso de deslegitimación de estas normas son obstáculos que se presentan en la actualidad en el proceso de implementación local.

Sin embargo, frente a las críticas sobre las limitaciones e insuficiencias de este proceso, las autoridades provinciales han señalado en reiteradas ocasiones su compromiso con las leyes de salud mental y su decisión de avanzar con la implementación de las mismas,

poniendo en valor los logros que —según ellas— avalarían estas afirmaciones. Interpretan que las denuncias por falta de recursos, personal o servicios comunitarios no manicomiales en salud mental no serían más que resistencias al cambio, meros intentos de “politización” de la problemática o la simple impaciencia de quienes no entienden la complejidad del proceso de transformación en curso. La casi absoluta desactivación de las instituciones monovalentes más emblemáticas de la provincia —Hospital Vidal Abal, Hospital Santa María e Instituto Provincial de Alcoholismo y Drogadicción (IPAD)—, junto con la apertura de algunas camas de internación para salud mental en hospitales generales de Córdoba, serían las evidencias más tangibles del espíritu reformista del gobierno provincial.

A lo largo de este texto intentaremos poner en evidencia si efectivamente los argumentos de las autoridades provinciales —el “relato” construido por ellas para contrarrestar las críticas que despierta el proceso de transformación en curso— son sostenibles o si, por el contrario, las críticas no hacen más que poner en evidencia las múltiples restricciones y las insuficiencias tecno-políticas que impactan en los cuestionables resultados del mismo.

Nos preguntaremos sobre si la escasez de recursos reiteradamente denunciada es exclusivamente imputable a los limitados recursos nacionales puestos a disposición de los gobiernos provinciales para avanzar con las reformas aquí analizadas (situación agravada de manera extraordinaria durante el año en curso) o si, por el contrario, el proceso de transformaciones provinciales en salud mental ha sido funcional a un modelo de gestión presupuestaria en Córdoba que, al menos en los últimos años, no ha tenido como prioridad la política de salud en general y, mucho menos, la de salud mental en particular.

Transformaciones complejas

La implementación de las normativas vigentes en el campo de la salud mental exige un complejo proceso de construcción de nuevas capacidades estatales, consistentes con los

objetivos de las mismas. Esto es así, debido a los propios fundamentos sanitarios y estándares de política pública que subyacen a dicha normativa y que significan un desafío enorme para la gestión pública actual.

Tanto la ley nacional N° 26657, así como la ley provincial N° 9848, a pesar de las diferencias que tienen entre sí en la materia de garantizar el derecho a la salud mental, son un paso de suma importancia en el objetivo de lograr para nuestro país una política de Estado en salud mental, que esté apoyada sobre tres ejes: enfoque de derechos, atención primaria de la salud y desmanicomialización. Estos ejes implican un salto de calidad en lo que han sido las políticas sanitarias en las últimas décadas.

El primer desafío que plantean ambas leyes es el de retomar un sendero de política pública en el campo de la salud de carácter universalista. Esto requiere una ruptura con la tradición “focalizadora” o “residual” en el campo de la política social hegemónica a partir de la aparición del paradigma neoliberal y a la que diversos gobiernos nacionales y provinciales han adherido.

Las normas son ampliatorias de los derechos de los ciudadanos al inscribirse de manera expresa en el denominado Enfoque de Derechos en el campo de las políticas públicas. Establece la garantía estatal de un derecho para todas las ciudadanas y todos los ciudadanos del país. Transforma el acceso a los servicios de salud mental en un nuevo título, en una nueva acreencia que ciudadanas y ciudadanos tienen en relación al Estado, por lo que convierte al mismo en reclamable hasta judicialmente. Son leyes de tipo universalista e igualitarista, que rompen con la tradición legislativa de los últimos años en la materia.

No son leyes dirigidas a los pobres, grupos vulnerables o excluidos del sistema. No lo son, tampoco, para quienes transitoriamente deben ser asistidos con parámetros mínimos, mientras se promueve su reinserción en el mercado laboral, único ámbito moralmente reconocido como fuente de satisfacción de las necesidades individuales de manera permanente. Por el contrario, son leyes que construyen ciudadanía política y social.

Pero además de enmarcarse en el Enfoque de derechos, las nuevas leyes tienen dos claros ejes orientadores de la política de salud mental: desmanicomialización y atención primaria de la salud (APS).

En relación al primer punto, se trata, ni más ni menos, que del reemplazo del viejo paradigma psiquiátrico manicomial —centrado en el criterio de peligrosidad e irrecuperabilidad y en la lógica tutelar—, por otro, centrado en la comunidad, en la lógica de la rehabilitación e inclusión y garante de los derechos de los sujetos. Cambio que implica un enorme esfuerzo de transformación de las instituciones y de revisión de prácticas y procesos de trabajo al interior de nuestro campo. Desmanicomializar no es más que abrir nuestras instituciones a la comunidad y crear nuevos dispositivos terapéutico – rehabilitadores, que tengan como centro el respeto a los derechos humanos.

En cuanto al segundo aspecto, debe decirse que el concepto de APS ha sido objeto de intensos debates y resignificaciones casi desde el momento de su aparición en los documentos de los organismos sanitarios internacionales. Así, durante el tiempo de la hegemonía neoliberal en el mundo y en la región, el concepto fue perdiendo alcance y amplitud y fue limitándose a una política sanitaria focalizada destinada a los pobres. Esta resignificación implicó el abandono de una perspectiva integradora en este campo, así como el desentendimiento por parte del Estado de su responsabilidad como garante del derecho a la salud de manera universal.

Que los nuevos marcos normativos en materia de salud mental vinculen APS con el Enfoque de Derechos, implica plantearse desde el Estado un intento de revertir la concepción anterior y recuperar la idea de una APS como estrategia integral de transformación del sistema de salud al servicio de la garantía del derecho a la misma¹.

Ahora bien, ¿está en condiciones el Estado de asumir semejante desafío? Promover el debate en relación a las capacidades estatales y las posibilidades de que éstas impulsen

1 Ase, I. y Burijovich, J.; “Capacidades estatales y nuevos derechos: El caso de los nuevos marcos normativos en salud mental”. Ponencia presentada en el VI° COLOQUIO INTERNACIONAL SOBRE ESTADO, POLITICA PÚBLICA Y ACCION COLECTIVA: Praxis emergentes y debates necesarios en la construcción de la democracia. Organizado por el IIFAP / FCS / UNC. Agosto 2015.

políticas públicas garantes del derecho a la salud y a la salud mental, implica realizar un aporte al proceso de reconstrucción del Estado en materia sanitaria. Tarea de por sí ya compleja, pero que se agrava en el contexto político actual en el cual el gobierno nacional impugna la cultura de derechos y la responsabilidad estatal en el campo de lo social.

Dicho lo anterior, debe recordarse que desde los inicios del proceso de implementación de las leyes de salud mental debían aventarse los temores de algunos actores del campo, en el sentido de que sería utilizado no para transformar, sino para achicar el espacio estatal de la salud mental.

Para evitar esto, era imprescindible cumplir con las exigencias presupuestarias que las normas citadas le autoimponen al Estado tomando los estándares internacionales en la materia: el presupuesto de salud mental debe tener un piso mínimo equivalente al 10% del presupuesto de salud en general.

Dado que nuestro campo históricamente ha estado muy lejos de estos estándares, el compromiso estatal con la implementación de las normas debía darse en el contexto del incremento de los recursos asignados. De esta forma se podría avanzar con la transformación de las viejas instituciones asilares monovalentes, respetando los derechos laborales de sus trabajadores y trabajadoras; abrir nuevos dispositivos que las sustituyan; construir una red articulada y coordinada de efectores; capacitar el recurso humano, modificar y repensar prácticas; y lograr la reconducción presupuestaria de partidas originalmente asignadas a las instituciones manicomiales, hacia los dispositivos orientados por el nuevo paradigma.

Es decir, se evitaría caer en una perspectiva “ajustista” de las normas o en una interpretación minimalista de las mismas, en donde se le da al proceso un perfil meramente “inmobiliario”: trasladar camas de internación para salud mental desde las instituciones monovalentes hacia las generales, sin la apertura de nuevos dispositivos, ni la transformación profunda de la lógica de funcionamiento del sistema, debido a la carencia de recursos que permitirían afrontar la complejidad del proceso y las lógicas resistencias al cambio.

Pues bien, ¿qué ha venido sucediendo en Córdoba en materia presupuestaria en salud mental en los últimos años?

Datos versus relato

En el presente apartado analizaremos la evolución del gasto en salud mental en el período 2015 – 2024. Para esto, pondremos el gasto en salud mental en el contexto del gasto en salud en general para el mismo período.

CUADRO 1

	Finalidad Salud ²	Ministerio Salud	Personal	% MS/ TProv.	Salud Mental	Personal	%SM/ FS	% SM /MS
2015	7.213.828.737	7.001.724.751	4.823.363.850	10,02	502.595.885	381.924.266	6,97	7,17
2016	8.981.726.581	8.769.478.089	6.187.577.438	9,30	627.077.764	478.032.570	6,98	7,15
2017	10.949.801.089	10.673.568.685	7.194.161.533	8,56	749.276.681	544.912.836	6,84	7,01
2018	14.476.122.645	14.111.376.221	9.430.864.878	8,19	987.283.756	687.533.089	6,82	6,99
2019	20.188.539.596	19.916.698.291	12.666.113.510	8,57	1.327.173.157	905.666.642	6,57	6,66
2020	32.294.615.222	32.063.699.391	17.317.820.429	10,50	1.684.300.238	1.148.599.150	5,21	5,25
2021	55.408.028.291	55.036.126.855	26.356.707.452	11,45	2.316.690.194	1.511.108.150	4,18	4,20
2022	77.756.697.866	76.581.765.734	46.437.326.880	8,51	3.725.187.046	2.607.744.497	4,79	4,86
2023	216.975.242.880	211.592.115.068	140.690.153.197	9,24	10.541.870.080	7.962.233.283	4,85	4,98

Elaboración propia³

2 La Finalidad Salud hace referencia a todos los gastos del presupuesto provincial que tienen como finalidad la salud pública independientemente del ministerio que los ejecute. Los gastos del Ministerio de Salud son los ejecutados exclusivamente por dicho ministerio.

3 Todos los datos provienen de la columna devengado / ordenado a pagar de las diferentes Cuentas de Inversión publicadas por el Gobierno de la Provincia de Córdoba durante el período 2015-2023. Desde el año

A partir del cuadro presentado, lo que primero que se puede observar es que durante el período analizado, el gasto en salud de la provincia de Córdoba ha venido cayendo porcentualmente en relación al presupuesto total de la misma. A partir de la etapa que podríamos denominar “post-descentralización”, el gasto en salud provincial se ubicó en un histórico 10% del total del presupuesto provincial. Desde 2015, ese porcentaje ha descendido en torno al 8-9%, con la sola excepción de los años 2020-2021 producto de la pandemia, momento desde el cual retoma la tendencia descendente.

En el caso del gasto destinado a salud mental, puede observarse una tendencia constante a disminuir su porcentaje en relación, tanto a la Finalidad Salud, como a los gastos del Ministerio de Salud. Durante este período, el área de salud mental ha perdido casi 2 puntos porcentuales en relación a la totalidad de salud. Esta tendencia no se vio alterada ni siquiera durante los años de pandemia.

Cuando se analiza lo que está sucediendo este año con el gasto en salud y salud mental, se puede observar lo siguiente:

CUADRO 2

	Finalidad Salud	Ministerio Salud	Personal	%MS/TProv.	Salud Mental	Person al	%SM /FS	%SM /MS
2023	74.714.266.842	73.331.824.337	52.204.301.870	8,85	3.672.806.858	s/d	4,91	5,00
2024	262.711.545.944	258.549.884.486	153.868.018.933	10,39	11.856.990.407	s/d	4,51	4,58

Elaboración propia⁴

2016 el presupuesto de Salud Mental se calcula sumando los Programas 461 - Salud Mental En Hospitales Provinciales y 681 - Asistencia Y Prevención De La Adicción. En el año 2016 se creó el Programa 681 desagregando el gasto destinado a adicciones del destinado al resto de las problemáticas en salud mental.

4 Para analizar lo que está ocurriendo este año con el gasto en salud mental se comparan las ejecuciones presupuestarias al 30/6 de los años 2023 y 2024 publicadas por el Gobierno de la Provincia de Córdoba.

En relación al gasto en salud al 30/6/24, está retornando al porcentaje histórico del 10% del total, aunque seguramente debido, no a la asignación de más recursos sino producto del ajuste del gasto provincial general durante el presente año⁵. En cuanto al gasto destinado a salud mental, la tendencia declinante del porcentaje en relación al total para salud se profundiza. Es decir, con los datos analizados hasta aquí, es posible afirmar que, en términos porcentuales, el gasto en salud mental tiene una tendencia a la baja de manera permanente y bajo cualquier circunstancia general.

Ahora bien, cuando se analizan las cifras presentadas en el **Cuadro 1** ajustadas por inflación (tomando como valor índice 2015=100) las conclusiones anteriores se ven corroboradas⁶:

- Cuando despejamos el efecto inflacionario sobre el presupuesto en salud, tanto en el Ministerio de Salud como lo asignado a la Finalidad Salud, se percibe una caída desde 2015 solo interrumpida por los años marcados por la pandemia de COVID-19. El año 2023 marca un mínimo dentro del periodo analizado, perforando el piso marcado en 2019.
- Expresada la afirmación anterior en números índices, lo que nos permitirá poder comparar la evolución de las partidas seleccionadas en conjunto y tener una noción de la variación acumulada respecto al periodo base —en este caso 2015— podemos afirmar que, las partidas generales de salud, Ministerio de Salud y Finalidad Salud, perciben recortes respecto a 2015, con recuperación durante la pandemia y retoman la tendencia hacia la baja en 2022, aunque con niveles similares a los previos a la crisis sanitaria. La pérdida acumulada para todo el periodo alcanza el 30% respecto a 2015, aunque ya en 2019 esa pérdida era del 25% en promedio. Si bien los recortes se profundizaron luego de la pandemia, no marcan sustanciales diferencias sobre 2019.

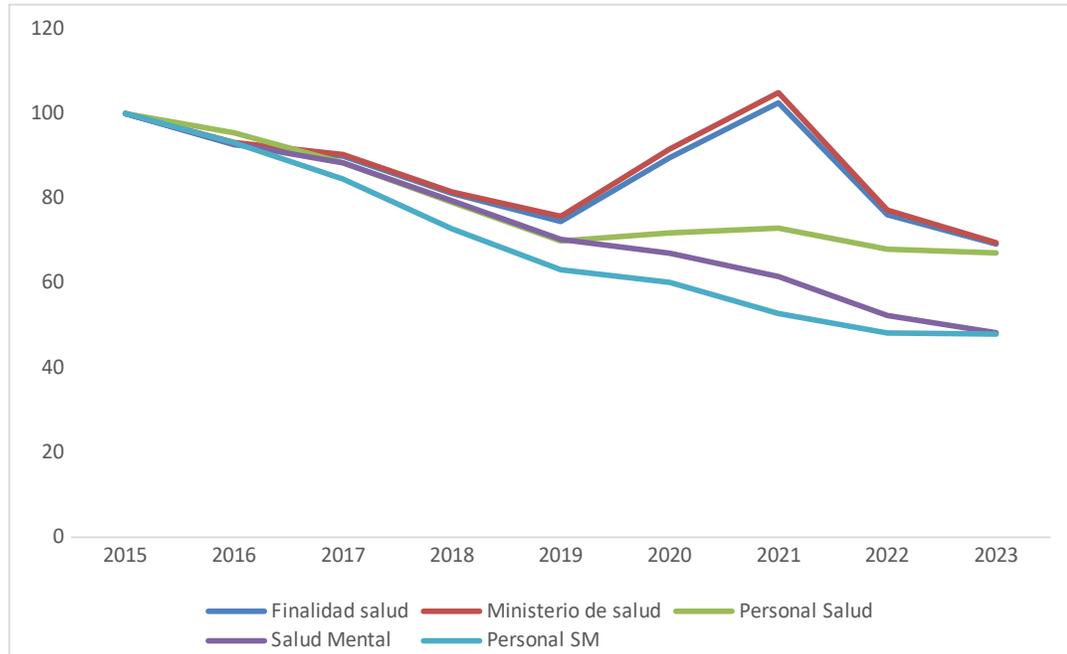
5 De acuerdo a datos de la Consultora FIEL, el ajuste del gasto de la provincia de Córdoba durante el primer semestre de 2024 en comparación al 2023, a precios constantes, sería del 24,4%.

6 El cálculo del ajuste por inflación de los presupuestos ejecutados por la provincia fue realizado por el Observatorio de Trabajo, Economía y Sociedad (OTES).

- En el caso de los programas vinculados a la salud mental, la dinámica contractiva es más profunda. La pérdida acumulada a 2023 respecto a 2015 es de 52%, sumando 22% respecto a los niveles de 2019. En este caso, la caída nunca se detuvo a pesar de la crisis sanitaria, incluso la caída más grande se produce entre 2021 y 2022.
- Además, interesa resaltar la dinámica de la masa salarial de estos rubros del presupuesto. La masa salarial de la salud general sigue en buena medida la dinámica del rubro y lo conforma a este en más de 2/3 partes. Sin embargo, se ve amesetado desde 2019, no registrando el incremento que se percibió en la salud general durante 2020 y 2021, y sosteniéndose incluso durante la caída de los años posteriores.
- En el caso del personal abocado a tareas de salud mental, la dinámica acompaña la tendencia general. Si bien hay años donde se distancian más, llega a 2023 con el mismo recorte que los fondos totales de los programas del área. En el caso de la salud mental, el presupuesto destinado al personal explica $\frac{3}{4}$ partes del total presupuestado, una proporción superior a la media de la salud provincial.

Gráfico 1:

Evolución del índice de presupuesto provincial en partidas vinculadas a la salud y a la salud mental (2015-2023) - En número índice donde 2015=100.



Elaboración OTES

- Observando la composición de los programas afectados a la salud mental en el presupuesto, vemos que existen dos programas que hacen a las políticas de salud mental: el 461, que está destinado al financiamiento de centros de salud mental, y el 681, que asigna presupuesto a políticas de prevención y tratamiento de adicciones. En 2024, 92% del presupuesto es asignado al programa 461, el más grande y representativo del presupuesto en la salud mental. Si evaluamos entre 2015 y 2023, el presupuesto en salud mental cae 52%, pero el programa 461 lo hace en 55%. El incremento real del 41% en el programa 681 no alcanza a compensar la caída total en los programas de salud mental. Debe recordarse que la base de comparación del programa 681 es 2016, momento de creación del mismo con un presupuesto muy exiguo.
- Si indagamos en los subprogramas que componen al programa 461, vemos que todas las partidas fueron sometidas a recortes, aunque en términos relativos quien

mayores recortes percibió fue el Instituto Provincial de Alcoholismo y Drogadicción (IPAD). Cuando evaluamos la incidencia sobre el total del ajuste del 55% del programa 461, encontramos que de ese total 22% lo aporta el ajuste sobre el Hospital Dr. Emilio Vidal Abal (Oliva); esto equivale a decir que, de cada 10 pesos de recorte presupuestario en salud mental, 4 salieron del hospital de Oliva.

CUADRO 3

Subprograma del Programa 461	Variación real 2015-2023	Incidencia en el ajuste
Hospital Dr. Emilio Vidal Abal (Oliva)	-59%	-22%
Programa De Funcionamiento Integral De Las Actividades Provinciales De Salud Mental	-54%	-11%
Hospital Colonia Santa María De Punilla	-64%	-10%
Hospital Neuropsiquiátrico Provincial	-43%	-6%
Instituto Provincial De Alcoholismo Y Drogadicción	-72%	-4%
Centros De Atención De Salud Mental	-32%	-1%
Centro De Rehabilitación Socio Laboral	-63%	-1%
Centro Psicoasistencial De Pacientes Judicializados	-61%	-1%
Casa Del Joven	-18%	0%

Elaboración OTES

- Cuando se hace la comparación entre 2015 y 2024, pero poniendo el foco en la cantidad de cargos presupuestados en cada sub-programa del programa 461, se puede observar una disminución de 250 cargos durante el período.

CUADRO 4

Sub-Programa	2015	2024
Sub-Programa 461/1 Centros de atención en SM	95	88
Sub-Programa 461/2 Hospital Emilio Aval	508	420
Sub-Programa 461/3 Hospital Santa María	209	172
Sub-Programa 461/4 Hospital Neuropsiquiátrico	189	155
Sub-Programa 461/5 IPAD	85	78
Sub-Programa 461/6 Casa del Joven	40	44
Sub-Programa 461/7 CRSL	24	19
Sub-Programa 461/10 Centros asistenciales de SM	334	255
TOTALES	1484	1234

Elaboración propia⁷

- Para evaluar los recursos de 2024 con relación a 2023, utilizamos la ejecución presupuestaria acumulada al mes de junio de cada año y les descontamos el efecto inflacionario, para hacerlos comparables. Obtenemos así resultados que indican que, medido en pesos de 2024, al primer semestre del año todas las áreas bajo estudio perciben recursos menores a los percibidos en el primer semestre de 2023. El gasto en personal de salud es quien más recortes percibió, con una disminución de 20% en relación con el primer semestre de 2023. Les siguen los recursos

⁷ La cantidad de cargos por sub-programas surge de las Plantas de Personal incorporadas a los Presupuestos anuales de la Provincia de Córdoba 2015 y 2024.

vinculados a los siguientes programas: salud mental (-13%), finalidad salud (-5%) y ministerio de salud (-4%).

Reflexiones finales

Más allá de las dificultades propias de un proceso de implementación tan complejo como el de las leyes de salud mental, agravadas hoy por el contexto de ajuste general de nuestra economía, queda claro a partir del análisis de los datos presupuestarios del período 2015-2024, que los reclamos, quejas y conflictos producidos en torno al mismo no se deben exclusivamente a resistencias al cambio o a la afectación de intereses corporativos sectoriales. Por el contrario, no reconocer que los mismos están motivados en gran parte por la decisión de los diversos gobiernos provinciales de llevar adelante el proceso de reformas en salud mental en un contexto de extrema limitación de recursos, suena a voluntarismo extremo o a un franco cinismo.

En el campo de la salud y, en particular en salud mental, a partir de los datos analizados, es posible afirmar que el ajuste se inició mucho antes que llegara al gobierno nacional el actual Presidente de la Nación. Es más, casi que podríamos sostener que se utilizó el discurso reformista derivado de los marcos normativos analizados para encubrir y legitimar un brutal ajuste de nuestro campo.

Durante el período estudiado, no sólo el gobierno provincial no asignó nuevos recursos —lo que mantuvo el gasto provincial en salud mental por debajo de los estándares internacionales—, sino que tampoco recondujo los ya asignados hacia dispositivos orientados por el nuevo paradigma. La desactivación progresiva de las instituciones monovalentes manicomiales (tarea justificada en el marco de las nuevas leyes), significó la sustracción al campo de los recursos asignados a ellas, en lugar de ser reasignados al fortalecimiento del proceso transformador. Desmanicomializar se convirtió en sinónimo de ajuste en la provincia de Córdoba.

Pero a lo anterior debe agregarse que el ajuste general en este campo tuvo un perfil absolutamente indiscriminado. No sólo el ajuste cayó sobre los recursos destinados a las viejas instituciones manicomiales (Hospital Vidal Abal, por ejemplo), sino también sobre aquellas que trabajan en coincidencia con la orientación de las reformas. El caso más emblemático de lo dicho es el ajuste del gasto, en el período 2015-2023, que recae sobre el Centro de Rehabilitación Socio Laboral: -63%. Institución, esta última, señalada reiteradamente por las autoridades provinciales como ejemplo de lo que la provincia anhela lograr en materia de nuevos dispositivos en salud mental. El ajuste aquí fue casi equivalente al del IPAD, institución que en los últimos años las autoridades provinciales decidieron cerrar. Mientras se sostienen adhesiones, se ejecutan transgresiones a la misma ley que predicán defender. Detrás de un discurso reformista, se oculta una política de ajuste y restricciones.

Finalmente, es absolutamente cierto que procesos de implementación de marcos normativos como los de salud mental exigen un enorme esfuerzo a la gestión pública. Son inevitablemente progresivos y graduales. Nadie podría exigir transformaciones inmediatas o en el corto plazo. Sin embargo, transitarlos en contextos de profundos ajustes sectoriales, no sólo enlentecen los procesos, sino también los terminan deslegitimando ante la sociedad.

Hoy hay importantes sectores que denuncian el abandono estatal en relación a la problemática de salud mental y culpan de ello a las leyes vigentes, sin comprender que la desatención o la carencia de servicios no es un derivado inevitable de las leyes de salud mental, sino de políticas sectoriales de ajuste que se han enmascarado en el discurso reformista y transformador.

Las leyes de salud mental fueron sancionadas hace casi 15 años en un clima de optimismo y con actores con voluntad de transformación. Expresaba la convicción de que las mismas serían las llaves maestras que servirían para garantizar de manera universal el derecho a la salud mental. Su proceso de implementación, solapado con políticas presupuestarias de ajuste, ha sembrado de escepticismo y frustración este campo, a pesar del esfuerzo del

movimiento “saludmentalista” muy activo en nuestra provincia. Y la sociedad y sus grupos más vulnerables, están pagando las consecuencias.

(*) Docente e investigador del Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública (IIFAP) de la Facultad de Ciencias Sociales (FCS) de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC).

() Docente e investigadora del Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública (IIFAP) de la Facultad de Ciencias Sociales (FCS) de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC).**