

LA SALUD MENTAL ES UN DERECHO DE TODOS Y TODAS  
LEY NACIONAL N° 26.657

# PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL



**ARGENTINA**  
UN PAIS CON BUENA GENTE



Ministerio de  
**Salud**  
Presidencia de la Nación

# AUTORIDADES NACIONALES

## **Presidenta de la Nación**

Dra. Cristina FERNANDEZ DE KIRCHNER

## **Ministro de Salud**

Dr. Juan Luis MANZUR

## **Secretario de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias**

Dr. Eduardo Mario BUSTOS VILLAR

## **Directora Nacional de Salud Mental y Adicciones**

Lic. María Matilde MASSA

# Índice

Prólogo .....	pág. 6
1.- Mandato normativo para la elaboración de este Plan .....	pág. 8
2.- Responsables de la aplicación, monitoreo y evaluación .....	pág. 9
3.- Responsables del diseño y elaboración .....	pág. 9
4.- Consultas efectuadas .....	pág.10
5.- Marco conceptual y referencial .....	pág. 11
5.1.- Antecedentes .....	pág. 11
5.2.- Base conceptual del Plan Nacional de Salud Mental .....	pág. 14
6.- Marco legal y técnico .....	pág. 19
7.- Financiamiento .....	pág. 20
8.- Propósitos .....	pág. 20
9.- Objetivos .....	pág. 21
10.- Líneas de acción .....	pág. 28
11.- Monitoreo y evaluación .....	pág. 41
11.1.- Metas e indicadores .....	pág. 41
11.2.- Informes .....	pág. 54
11.3.- Referentes nacionales .....	pág. 54
11.4.- Espacios de consultas .....	pág. 54
12.- Bibliografía consultada .....	pág. 55
13.- Glosario .....	pág. 56

# Prólogo

## POR UNA SALUD MENTAL PARA LA INCLUSIÓN

**C**aminar cada paso. Así encaramos el proceso hacia la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, lo que continuamos haciendo hasta contar con su decreto reglamentario N° 603/2013 y lo que haremos para implementar el Plan Nacional de Salud Mental en la República Argentina, esta tercera herramienta que aquí presentamos. Recorremos un sendero cuyos obstáculos dan aliento a nuestros dos desafíos: asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y garantizar el pleno goce de los derechos humanos de quienes sufren padecimiento mental.

La experiencia de trabajo territorial que acumulamos en todo este tiempo demuestra que ni la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 ni este Plan hubiesen sido posibles sin que les diera sustento un proyecto de desarrollo con inclusión social como el instituido en 2003. Las leyes de Migraciones, de Educación, de Trabajadoras de Casas Particulares, de Identidad de Género, de Matrimonio Igualitario, de Fertilización Asistida y de Servicios de Comunicación Audiovisual, así como la Ley de Protección Integral de las Mujeres, de Prevención y Sanción de la Trata de Personas y Asistencia a sus Víctimas, de Trabajo Agrario, y por qué no también la anulación de la leyes de Obediencia Debida y el Punto Final, son el marco normativo sancionado en esta década ganada, que no sólo reconoce y amplía derechos, sino que también hace a la protección de la salud mental de todos los habitantes.

La Dirección de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, en tanto autoridad de aplicación de la Ley Nacional N° 26.657, se propone articular a todos los actores con competencia en salud mental, con especial hincapié en los efectores de salud públicos y privados, los demás organismos del Estado nacional, las organizaciones de la sociedad civil y los ámbitos académicos. Transformar el sistema manicomial; propiciar, en su reemplazo, abordajes intersectoriales, interdisciplinarios, abiertos comunitarios y promotores de los derechos humanos, constituyen las metas y el horizonte central de este plan.

Los problemas señalados, los objetivos, las metas y sus indicadores son, en ese sentido, la base de lo que nos proponemos y nunca el techo. El Estado argentino dispuso que no haya más instituciones monovalentes en funcionamiento a partir de 2020. Y este plan marca un rumbo para que los hospitales generales y los dispositivos enunciados, todos abiertos, todos con base comunitaria e inclusiva, vayan tomando la posta en este período de transición que se abre.

Caminar cada paso, dijimos. Damos la bienvenida a todos aquellos que se han ido sumando. A las provincias, hospitales, universidades, expertos e investigadores, asociaciones profesionales y gremiales, organizaciones de la sociedad civil que aportaron a la construcción conjunta y horizontal de este Plan Nacional de Salud Mental. Convocamos a sumarse a los que todavía no lo hayan hecho. Porque el desafío es aunar más voluntades para continuar este proceso de reconstrucción social que contribuya al bienestar y la felicidad de todos y todas.

**Dr. Juan Luis Manzur**  
MINISTRO DE SALUD DE LA NACIÓN

# 1-Mandato normativo para la elaboración de este Plan

## 1.1.- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 - 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 establecer las bases para un Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios establecidos.

## 1.2.- Decreto Reglamentario N° 603/2013.

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.

## 1.3.- Decreto N° 457/2010 - Creación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

### Anexo II – Acciones de esta Dirección Nacional.

- Integrar un plan nacional de todas las iniciativas, proyectos y programas en la materia, así como también la articulación interministerial, intersectorial e interjurisdiccional con las demás acciones del MINISTERIO DE SALUD en particular y de los demás Ministerios en general.\*

**\*Anexo II N°17 del Decreto 457/2010.**

- Diseñar un Plan Nacional de Atención Integral de corto, mediano y largo alcance, con sus correspondientes monitoreos, así como los correspondientes protocolos de tratamiento adecuados a la normativa internacional.\*

**\*Anexo II N° 19 del Decreto 457/2010.**

## **2-**Responsables de la aplicación, monitoreo y evaluación

- **Ministerio de Salud de la Nación.**
- **Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias.**
- **Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.**

## **3-**Responsables del diseño y elaboración

- **Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.**

# 4-Consultas efectuadas

**4.1.-** Responsables provinciales de Salud Mental y Adicciones - *Anexo I.*

**4.2.-** Organismos del Estado nacional - *Anexo II.*

**4.3.-** ONGs y organizaciones de la sociedad civil - *Anexo III.*

**4.4.-** Expertos nacionales - *Anexo IV.*

**4.5.-** Docentes e investigadores de universidades e institutos nacionales - *Anexo V.*

**4.6.-** Federaciones y asociaciones nacionales de profesionales - *Anexo VI.*

**4.7.-** XII Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos - El otro soy yo - *Anexo VII.*



# 5-Marco conceptual y referencial

## 5.1 Antecedentes

Debió pasar medio siglo para que en América latina y, sobre todo, en Argentina, pudiera sortearse una historia de avances y retrocesos en materia de Salud Mental <sup>(a)</sup>. En nuestro país, los desarrollos pioneros que se iniciaron hacia fines de 1950 se vieron interrumpidos por la última dictadura cívico-militar y las devastadoras consecuencias que tuvo el terrorismo de Estado puesto en práctica por ella. A los desarrollos retomados tras el advenimiento democrático y hasta 1989 le siguió un ciclo neoliberal, que, enmarcado en la doctrina del llamado “Consenso de Washington”, avanzó en el desguace del Estado y el consiguiente arrasamiento de las políticas sociales, lo que incluyó otros muchos desarrollos institucionales y culturales de avanzada.

La década del '90, amparada en una democracia formal aunque excluyente, provocó efectos ya no sólo de interrupción de prácticas –como, se dijo, aconteció en períodos anteriores-, sino que trajo un incremento de daños poblacionales y una banalización descalificadora de terminologías y funcionamientos de dispositivos para las buenas prácticas en Salud Mental. Pese a que fueron mantenidos algunos espacios de atención, la mayoría de ellos padeció una fragmentación, tanto dentro del Estado como fuera de él. En los '50, fue a partir del despliegue creativo de líderes en Salud Mental que cuestionaban el orden manicomial lo que demostró que era posible adentrarse en caminos hasta entonces inexplorados. La creación de alternativas con producciones institucionales y resultados sólidos se convirtieron en ejemplo de estos senderos.

Tras las devastadoras consecuencias de la dictadura cívico-militar y el neoliberalismo de los '90, y más allá de los avances ocurridos en el primer tramo democrático, recién a partir de 2003, durante el gobierno encabezado por el entonces presidente Néstor Kirchner, la Salud Mental fue priorizada en las políticas sanitarias.

Tal decisión -avalada y asumida por todas las provincias- entendió que los efectos del mal llamado Proceso de Reorganización Nacional había dejado consecuencias de su genocidio no sólo en las víctimas directas, sino también en todo el tejido social. A esto se sumaba una catástrofe de valores, produciendo en organizaciones e instituciones formales y de base evidentes daños sobre la calidad de la Salud Mental colectiva y sobre los sistemas de atención y rehabilitación.

Eso dio comienzo a un fecundo proceso de transformaciones, conducido conjuntamente entre los responsables de Salud Mental de la Nación y de las provincias, en el ámbito

**(a) Renato D. Alarcón, “Identidad de la Psiquiatría Latinoamericana, Voces y exploraciones en torno a una ciencia solidaria”, Mexico 1990, CEPAL.**

de los respectivos Ministerios y/o Secretarías de Salud, que incluyó la búsqueda de colaboración y ayuda puntual en sectores del Poder Judicial.

En ese marco, una reforma emblemática fue la impulsada por Río Negro a partir de 1985. Reconocida a nivel internacional, incluyó la apertura de dispositivos de atención con base territorial y de servicios de Salud Mental en los hospitales generales de esa provincia, la conformación de equipos interdisciplinarios para atender problemáticas mentales en sus lugares de origen, y un intenso trabajo comunitario con el eje puesto en la inclusión social de las personas con padecimiento mental. Hacia 1988, se concretó el cierre del Alto Valle del Río Negro. En 1991, además, fue sancionada la Ley Provincial N° 2440, llamada de “Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental”.

Ya en el orden nacional, el proyecto político iniciado en 2003 comenzó a recrear y/o generar las condiciones para que el Estado retome un rol rector en la fiscalización de las actividades. La recuperación del debate político, simultáneamente con los cambios sustanciales acontecidos en temáticas nucleares como justicia y Derechos Humanos, políticas sociales, sanitarias, económicas, educativas y culturales, de ciencia y tecnología, relaciones exteriores y comunicacionales, son muestra de una década ganada para los habitantes y las instituciones de la Argentina. Logros que, sin dudas, enmarcaron e impulsaron los avances logrados en estos años también en lo que respecta a la Salud Mental de la población.

En las políticas de Salud Mental siguen vigentes los objetivos y formulaciones del siglo XX. Aunque fueron enriquecidos con los avances de las experiencias y del afianzamiento empírico y conceptual de las disciplinas y perspectivas que fueron integrándose en este campo. Entre ellas, las que tuvieron un desarrollo significativo fueron los Derechos Humanos.

Desde los principios de la Salud Mental se denunciaba y luchaba contra la segregación y la violencia ejercida sobre los nombrados “locos” y sus familiares, y sobre las personas señaladas como “alcohólicas” o “drogadictas”. Simultáneamente, con la multiplicación, en el mundo y en la Argentina, de las luchas populares por la ampliación de derechos, las problemáticas de padecimiento mental y las maneras culturales de trato inhumano empiezan a instalarse como un problema que, necesariamente, debe ser entendido como una violación a derechos fundamentales.

Acorde a ello, fueron elaborándose marcos legales en consonancia con principios, acuerdos, declaraciones y recomendaciones de organismos internacionales, a los que Argentina adhirió y con los cuales, en algunos casos, colaboró en la redacción de esa normativa, comprometiéndose además a utilizarla como orientadora para la planificación de sus políticas públicas.

En ese contexto, en 2010, permea la concepción de que el redireccionamiento de la Salud Mental se nutra y sea una competencia de los poderes Legislativo, Judicial y Ejecutivo. La creación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, a la par de la gestación de la actual legislación, son muestras del advenimiento de un nuevo paradigma. Esto fue posible gracias a la decisión política oficial, a la activa participación y el compromiso de organismos de Derechos Humanos, asociaciones de profesionales y técnicos, y ONGs y organizaciones sociales y comunitarias, que incluyeron a usuarios y sus familiares.

En consecuencia, el 25 de noviembre de 2010, el Poder Legislativo sancionó la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, con carácter de orden público siendo su cumplimiento obligatorio, sin necesidad de adhesión de las jurisdicciones. Instaurar los nuevos valores y principios de la Salud Mental era una necesidad, como lo fueron -y vienen dando resultados- otras leyes fundamentales que, en estos años, permitieron dar curso a cuestiones relegadas por los efectos del genocidio y del neoliberalismo, tanto en el imaginario social como en concepciones sobre la vida. Ahora están vivamente planteadas y se hacen más visibles las contradicciones y desafíos en el escenario social.

El 28 de mayo de 2013, a través del Decreto N° 603/2013, la presidenta Cristina Fernández de Kirchner reglamentó la Ley Nacional N° 26.657. Fue la cristalización de una ardua tarea de consultas y redacción en conjunto con las provincias, bajo la coordinación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones y la posterior revisión del Ministerio de Salud de la Nación y la Secretaría Legal y Técnica de la Presidencia de la Nación.

En el Decreto N° 603/2013 fueron precisados y desagregados los contenidos de la Ley necesarios de reglamentación. También fue dada mayor visibilidad a sus ejes centrales en tanto marco para las futuras políticas de Salud Mental. Y fueron firmados compromisos de cumplimiento indiscutible.

Todo ello implica múltiples desafíos ya que plantea profundas transformaciones que involucran y competen a todos los actores, instituciones y representantes sociales, porque refuerza estrategias basadas en el modelo comunitario de atención que ya se realizan, y en las que aun restan poner en práctica.

Lo que el Decreto Reglamentario N° 603/2013 hace más evidente, y que ya formaba parte del cuerpo de esta Ley, es que todas esas gestiones transformadoras ya no son tareas de un solo Ministerio sino de todos los organismos competentes del Estado nacional.

Para la implementación de la Ley, el citado Decreto establece la creación de:

1. la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones, presidida por el ámbito de aplicación de la Ley;
2. un Consejo Consultivo de carácter honorario formado por organizaciones de la comunidad que tengan incumbencia en la temática, en particular de usuarios y familiares, y de trabajadores; y
3. un Órgano de Revisión, en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa, con el objetivo de proteger los Derechos Humanos de los usuarios de los servicios de Salud Mental.

El Decreto establece, además, que tanto en las provincias como en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, deben ser creadas instancias equivalentes.

## 5.2.- Base conceptual del Plan Nacional de Salud Mental.

El Plan Nacional de Salud Mental, en el marco de la Ley Nacional N° 26.657 y el Decreto N° 603/2013, entiende que la Salud Mental atraviesa en la actualidad un proceso de transformación que implica el pasaje de lo patológico a lo salutogénico. Que no se agota en los servicios de salud específicos

acciones territoriales al alcance de toda la población desde la mirada comunitaria y la inclusión social.

Como los principios establecidos en la mencionada normativa dan fuerza de ley a valores y objetivos que, desde un principio, eran los del campo de la Salud Mental, marcar algunas correlaciones entre ellos puede servir de articulación estratégica para entrever posiciones conceptuales y prácticas como caminos de solución. También para dimensionar las luchas de poderes que se juegan por las irradiaciones sociales e institucionales de la cultura manicomial y de las prácticas derivada de ellas.

En el Capítulo II, Artículo 3 de la Ley fue establecido que “se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramientos implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de las personas”. Dichos componentes son objeto de estudio de diversas disciplinas que a su vez deben interactuar entre sí para dar cuenta de las complejidades planteadas y derivadas. A la hora de las implementaciones y análisis de prácticas y dispositivos, necesitan reunirse conceptual y artesanalmente.

Aquel artículo señala también que “se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas”. Y que “en ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva” de: status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso; demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona; elección o identidad sexual; antecedentes de tratamientos u hospitalización.

En ese sentido, la Ley no hace mención a la expresión “enfermedad mental”, sino que se refiere a “personas con padecimiento mental”. De la misma manera, no utiliza la palabra “tratamiento”, sino “procesos de atención”. Se hace necesario, en esta instancia, recordar y comparar con el supuesto ideológico e institucionalizante de la psiquiatría de lógicas manicomiales, que separa un objeto ficticio, la enfermedad, de la integralidad de las personas y del tejido histórico-social en el que advinieron como tales y en el que surgieron sus problemas.

Sobre aquella separación, convertida en observación “natural” por el orden médico ligado a los poderes culturales dominantes, se construyó un conjunto de dispositivos y aparatos ideológicos, científicos, legislativos y administrativos, todos referidos a la “enfermedad mental”. Estas son, justamente, institucionalizaciones culturales que abarcan mucho más que la existencia misma de los manicomios. Entre ellas, tiene un lugar privilegiado la cultura de acallar y/o hacer desaparecer los síntomas y/o encerrar a las personas que los portan, más que entenderlos como pedidos de ayuda, buscando las causas más allá de la caracterización de anormalidad o alienación personal, o en la biología o en los prejuicios.

Cuando en las formulaciones políticas de Salud Mental se habla de des-institucionalización se hace referencia a la tarea de deconstruir esas producciones institucionales existentes y constitutivas de los imaginarios culturales compartidos. Producciones que van más allá de los manicomios reales, pero encuentran en sus lógicas derivadas su fuente y su consistencia. Deconstrucción que coincide con la creación y sostenimiento de experiencias alternativas, que se van convirtiendo en dispositivos e instituciones nuevas y, aun así, en constante transformación.

Así, se pasa de la tutela, la punición y/o la exclusión a asumir las complejidades en juego en cada situación, buscando comprenderlas y ayudando a entenderlas. A crear redes donde existe desolación. A descubrir o inventar sentidos. A recuperar o lograr un lugar en el mundo para los que están aislados en su dolor.

El Artículo 4 de la Ley instituye que “las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental”. Y reconoce a “las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales” como sujetos de derecho “en su relación con los servicios de salud”.

En línea con la Ley, el Plan Nacional de Salud Mental enmarca las adicciones en el ámbito de la Salud Mental, ya que, hasta el momento, las mismas no fueron abordadas desde este lugar, especialmente en lo referido al consumo de sustancias psicoactivas. Además, como refiere la reglamentación, “el eje deberá estar puesto en la persona, en su singularidad más allá del tipo de adicción que padezca”.

En el campo de las adicciones, se tiende a superar la lógica ético-jurídica y médico-sanitaria, propugnando la adopción de los principios éticos sociales de inclusión comunitaria. Asimismo, dada la experiencia internacional al respecto, los acuerdos impulsados y aceptados por nuestro país en Naciones Unidas y las difi sujetos con padecimiento vinculado al consumo de sustancias, se impone adoptar criterios y prácticas inscriptas en la llamada reducción de daños.

Todo lo expresado implica un Estado presente, rector y promotor, donde en cada problema participen todas las instancias competentes, permitiendo y alentando a la vez el protagonismo dinámico de la sociedad civil.

En el Capítulo IV, Artículo 7 se da cuenta de los derechos de las personas con padecimientos mentales, los mismos que tiene cualquier otro habitante. Entre ellos: a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada; a conocer y preservar su identidad y sus grupos de pertenencia; a recibir el tratamiento más conveniente y que menos restrinja sus derechos y libertades; a ser acompañadas por sus familiares u otros afectos; a que, en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas; a no ser identificadas ni discriminadas; a ser informadas de manera adecuada y comprensible de los derechos que las asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado; a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodifi

Así, uno de los objetivos de este Plan es el trabajo permanente en la desestructuración de los prejuicios (personas con padecimientos tildadas de locas y peligrosas; el adicto visto como delincuente y dañino) que propician y regeneran la discriminación.

Otros puntos de coincidencia con formulaciones fundacionales de la Salud Mental expresados en el Capítulo V, Artículos 8 y 9, son la promoción de procesos de atención

basados en abordajes interdisciplinarios e intersectoriales, integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados para la atención en Salud Mental, por fuera del ámbito de internación hospitalario monovalente (manicomios), basado en los principios de la Atención Primaria de la Salud (APS), y su componente de Salud Mental, orientándose al reforzamiento, restitución y promoción de los lazos sociales.

La interdisciplina es uno de los aspectos más resistidos por las corporaciones de profesionales y técnicos, y por las perspectivas judiciales centradas en la tutela y en el control de la “peligrosidad” de “los enfermos”.

Es evidente que las responsabilidades interdisciplinarias no ponen en juego las incumbencias, pero sí las hegemonías, de algunas profesiones. No borran específicas diluyen responsabilidades, sino que suman aportes con perspectivas integradoras que permiten atender servicios y sostener dispositivos, en la multiplicidad de formas de atención que se necesitan para lograr recuperaciones sostenibles.

En esos abordajes, también deben ser reconocidos y estimulados los recursos sociales y culturales que se puedan convocar, incluyendo el protagonismo de los familiares y allegados. En estas tramas, se entiende mejor que equipos interdisciplinarios son formas de agrupamiento que potencian las capacidades y habilidades, enriqueciéndose con otras disciplinas y también “saberes no disciplinares”, socializando conocimientos para llegar a las mejores destrezas posibles para atender personas y movilizar sus propios recursos.

El trabajo asistencial implica un enfoque del sujeto en su contexto vincular, que incide directa e indirectamente en él, por lo cual se constituye en una verdadera acción preventiva. Teniendo en cuenta esto, la atención debe ser interdisciplinaria, siguiendo los deseos de transformación sobre el sujeto de la Salud Mental y las adicciones, como una nueva propuesta sin hegemonía de ningún saber específico los saberes comunes que corresponden al ámbito de afectos inmediatos, de su medio de desarrollo sociocultural y de sus intercambios con la comunidad de referencia. Esto remite a que el campo social debe ser considerado como la principal fuente de inclusión y desarrollo del ser humano.

El Estado queda posicionado en el rol de estructurador y formador, en la medida que favorece la inscripción y reconocimiento del ámbito socio-comunitario, lo cual obliga a redefinir los abordajes en Salud/Salud Mental y los roles constitutivos para referenciar los parámetros de salud-enfermedad-atención en el contexto de los sujetos en su red vincular.

El Capítulo V, Artículo 11 marca la necesidad de coordinación de las autoridades de Salud de cada jurisdicción con las áreas de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, para que se implementen acciones de inclusión social y comunitaria.

En el Capítulo VII, que refiere se hace necesario legislar deconstruyendo muchos años de legislaciones y prácticas de orientación manicomial. Se prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalente, sean públicas o privadas. Pone plazo hasta 2020 para su sustitución. Promueve, cuando sea necesario y se hayan rebasado las posibilidades de atención en terreno, la internación en hospitales generales, acentuando la necesidad de seguimiento de las personas que necesiten continuidad de cuidados luego de la disminución de los síntomas. Se otorga particular atención en

delimitar normas para internaciones y tratamientos, velando siempre por los derechos individuales. Se requiere de diagnósticos interdisciplinarios e integrales buscando caracterizaciones de las personas y las probables causas de sus padecimientos, según las perspectivas de las distintas disciplinas. Cuando corresponda incluir alguna clasifi como referencia en la trama del diagnóstico, la Autoridad de Aplicación dispuso la utilización de la Clasifi con otra consensuada y avalada a nivel nacional, o bien por organismos regionales o internacionales que la República Argentina integre como miembro.

La Ley prevé un incremento de las partidas destinadas a Salud Mental del presupuesto total en Salud, tanto a nivel nacional como provincial. Más la transferencia progresiva de recursos humanos, económicos y de espacios de formación, de los hospitales monovalentes hacia los espacios y dispositivos que son necesarios para la cobertura en terreno de las necesidades poblacionales en Salud Mental.

En el proceso de transformación se debe suministrar especial cuidado a los internados crónicos con distintos grados de dificultad para la socialización. Hay muchas maneras de darles albergue humanizado y digno, respetando y promoviendo sus derechos.

También hay varias acciones posibles para mantener los puestos de trabajo para todos aquellos que se desempeñan en hospitales monovalentes, redistribuyéndolos en nuevos dispositivos, fomentando su capacitación y actualización profesional. Iniciativas que, seguramente, favorecerán la calidad de Salud Mental de los trabajadores, de quienes tienen padecimientos, de sus allegados y de la población en general.

El campo de la Salud Mental es mucho más amplio que las especialidades que involucra. Por lo tanto, el equipo interdisciplinario que lo integra debe contar con la capacitación necesaria para afrontar los requerimientos básicos que permitan brindar la atención adecuada en cada caso particular, con criterio ético, sanitario y político. En concordancia con ello, este Plan impulsa la puesta en común de conocimientos sobre Salud Mental y adicciones que no están desarrollados sufi de la Salud.

Por otro lado, son de particular interés las enfermedades mentales en la niñez y adolescencia ya que tienen efectos negativos a largo plazo. Además, existe evidencia de que muchos trastornos mentales en los adultos están ya presentes con anterioridad. Estos datos subrayan la importancia que tienen la promoción de la Salud Mental y la prevención de los trastornos mentales en la población de niños y adolescentes.

Además, los avances tecnológicos produjeron una mayor expectativa de vida, lo que generó nuevas demandas en salud en torno a los adultos mayores. La oferta de servicios de Salud Mental existente no cubre estas necesidades, creando diferencias de acceso, que producen inequidades y en consecuencia vulneración de derechos.

Según la Organización Mundial de la Salud, alrededor de la mitad de quienes tienen padecimientos mentales, incluyendo las tipologías consideradas graves, no recibe ningún tipo de asistencia. Las políticas públicas en Salud Mental y adicciones deben basarse en información confi también para tener en cuenta las necesidades de los grupos más vulnerables, así como las diferencias culturales y regionales del país.

Los sistemas de registro y de información del sector de la Salud son un elemento clave

para reducir la brecha existente en términos de información y apoyar el gerenciamiento de servicios; no deben ser un simple mecanismo de recopilación de datos, sino que deben convertirse en una herramienta para la acción. Por lo tanto, es necesario el armado de un sistema de información único y accesible, que organice la producción de datos para la gestión en Salud Mental de todo el territorio nacional con posibilidad de desagregación y comparación, lo que facilitará la definición de las prioridades y la planificación de las intervenciones.

De lo expresado, se observa que las nuevas inclusiones en Salud, y por ende en Salud Mental, reconocen su génesis cultural y social, las que a su vez necesitan de un marco y perspectiva política que adopte estos principios y colabore con el logro de los objetivos.

El Plan Nacional de Salud Mental reconoce los aportes de la comunidad organizada y establece, con el objetivo de fortalecerla, la acción en el territorio, apoyando el proceso de construcción y articulación de redes, deconstruyendo el discurso único y dando lugar a los aportes provenientes de otras disciplinas.

Las necesidades mencionadas, pese a tener dimensión mundial, cuentan con particularidades regionales y locales a raíz de las maneras –y posibilidades- en que se las encaró desde la segunda mitad del siglo XX, época en la que se comenzaron a desarrollar las concepciones del campo de la Salud Mental que planteaban caminos distintos para buscar soluciones a –quedó demostrado- las insuficiencias, y los daños y fracasos de la cultura manicomial expresada y trasegada en múltiples instituciones, no necesariamente manicomiales.

En base a estos antecedentes y de cara a un horizonte de trabajo a largo plazo, el Plan Nacional de Salud Mental tiene por delante los siguientes problemas y desafíos: la estigmatización y discriminación de las poblaciones y personas en situación de vulnerabilidad; una Red de Salud/Salud Mental inadecuada, cuando no inexistente, a la modalidad de abordaje planteada por la Ley; las adicciones no están adecuadamente incluidas en el campo de la Salud/Salud Mental; la formación y capacitación de los recursos humanos; el escaso desarrollo de la Epidemiología en Salud Mental; el insuficiente sistema de monitoreo y evaluación de la calidad de la atención; la investigación que no responde de modo adecuado a las necesidades de los servicios y sistemas de salud; y la deficiente cobertura en salud mental en el abordaje de emergencias y desastres.



# 6-Marco legal y técnico

## Leyes, decretos y resoluciones complementarias.

- 6.1.-** Ley Nacional Nº 26.657 – Derecho a la Protección de la Salud Mental.  
Decreto Reglamentario Nº 603/2013.
- 6.2.-** Ley Nacional Nº 25.421 – Programa de Asistencia Primaria de la Salud Mental.
- 6.3.-** Ley Nacional Nº 24.788 - Lucha Contra el Alcoholismo.  
Decreto Reglamentario Nº 149/2009.
- 6.4.-** Ley Nacional Nº 26.529 - Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.  
Decreto Reglamentario Nº 1.089/2012
- 6.5.-** Ley Nacional Nº 26.378 - Ratifi  
las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo.
- 6.6.-** Ley Nacional Nº 26.687 - Regulación de la Publicidad, Promoción y Consumo de Productos Elaborados con Tabaco.  
Decreto Reglamentario Nº 602/2013.
- 6.7.-** Ley Nacional Nº 26.522 – Servicios de Comunicación Audiovisual.  
Decreto Reglamentario 1.225/2010.
- 6.8.-** Ley Nacional Nº 26.061 - Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.  
Decreto Reglamentario Nº 415/06.
- 6.9.-** Decreto Nº 457/2010 - Creación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

# 7-Financiamiento

Ley Nacional N° 26.657, 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”.

Decreto Reglamentario N° 603/2013.

# 8-Propósitos

## **Propósito N° 8.1.-**

Proteger y promover la Salud/Salud Mental de todos los habitantes del suelo argentino, formulando contenidos para el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de estrategias, planes, proyectos, programas, actividades, procedimientos, directrices e intervenciones, en el marco de las políticas públicas de Salud/Salud Mental, Plan Nacional de Salud, Ley Nacional N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013.

## **Propósito N° 8.2.-**

Jerarquizar e integrar el campo de la Salud Mental en el campo de la Salud y de las políticas públicas en general.

## **Propósito N° 8.3.-**

Disminuir la brecha entre la necesidad y el acceso de la población a la red de servicios de Salud Mental.

# 9-Objetivos

Fueron agrupados en base a la priorización de los problemas observados.

## 9.1.-Problema N° 1

La estigmatización y discriminación de las poblaciones, núcleos y personas en situación de vulnerabilidad.

### 9.1.1.- Objetivo N° 1

Difundir a todos los habitantes del suelo argentino los derechos contemplados en la Constitución Nacional y en los pactos internacionales, como así también los que contempla la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 para disminuir progresivamente la estigmatización y los actos de discriminación.

### 9.1.2.- Objetivo N° 2

Diseñar estrategias para implementar, monitorear y evaluar, proyectos, programas y actividades destinadas a la desestigmatización y no discriminación de usuarios de salud mental y adicciones, y la desnaturalización de mitos y prejuicios que afectan el pleno cumplimiento de sus derechos. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (Capítulo II, Artículo 3 y Capítulo IV, Artículo 7) y su Decreto Reglamentario N° 603/2013.

### 9.1.3.- Objetivo N° 3

Promover con criterio de equidad, interculturalidad y perspectiva de género la inclusión de las poblaciones en situación de vulnerabilidad (niños y adolescentes; adultos mayores; minorías étnicas; personas con padecimiento mental y sus familias; personas con discapacidad y sus familias; población con altos índices de pobreza; niños, adolescentes, jóvenes y adultos en conflicto específico sociales complejos y contemporáneos que los atraviesan y los aglutinan.

#### **9.1.4.- Objetivo N° 4**

Aumentar la accesibilidad a los servicios, dispositivos y actividades de Salud/Salud Mental de la población, erradicando aquellas prácticas, por parte de los efectores, que contribuyan a representaciones sociales estigmatizantes y obstaculicen el ejercicio de la ciudadanía.

### **9.2.- Problema N° 2**

La red de Salud/Salud Mental es inadecuada, cuando no inexistente, a la modalidad de abordaje que plantea la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013. (Para modalidad de abordaje ver Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013).

#### **9.2.1.- Objetivo N° 1**

Fortalecer la Red de Salud/Salud Mental, procurando la adecuación y/o creación de servicios, dispositivos, entre otras instancias, acordes a la política de Salud/Salud Mental. (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013).

#### **9.2.2.- Objetivo N° 2**

Abrir de manera programada, gradual y definitiva los hospitales polivalentes con camas para internación y atención de la urgencia.

#### **9.2.3.- Objetivo N° 3**

Cerrar de manera programada, gradual y definitiva en las instituciones monovalentes (colonias, hospitales, comunidades terapéuticas, clínicas psiquiátricas, entre otros.)

#### **9.2.4.- Objetivo N° 4**

Diseñar, desarrollar y/o fortalecer estrategias actuales, para monitorear y evaluar proyectos; programas; actividades; procedimientos; directrices; e intervenciones en promoción, prevención, atención e inclusión social de la población en general, y de las personas con problemáticas y/o padecimiento mental, integradas y articuladas en los tres niveles de complejidad del sistema de salud argentino y sus subsistemas -estatal, privado y de la Seguridad Social- basados en la estrategia de Atención Primaria de la Salud y su componente Salud Mental.

#### **9.2.5.- Objetivo N° 5**

Fortalecer el primer nivel de atención en el marco de la Atención Primaria de la Salud y su Componente Salud Mental, incorporando recursos humanos de Salud Mental en los centros de Atención Primaria y capacitando en servicio al personal del equipo de salud.

### **9.2.6.- Objetivo N° 6**

Promover la redistribución de los recursos humanos y fi unidades monovalentes y, el incremento de los recursos asignados a servicios polivalentes y comunitarios, para contribuir a la creación, conformación y sostenimiento de los efectores de la red de servicios de Salud Mental con base comunitaria.

### **9.2.7.- Objetivo N° 7**

Promover y fortalecer el conocimiento de las ofertas de servicios de Salud Mental y adicciones para la atención de los padecimientos mentales, orientados a la inclusión social.

### **9.2.8.- Objetivo N° 8**

Incorporar criterios interdisciplinarios, intersectoriales e interculturales para los diseños de las estrategias, planes, programas, proyectos, actividades y abordajes en Salud/Salud Mental y adicciones, con base en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013.

### **9.2.9.- Objetivo N° 9**

Promover, asesorar y cooperar técnicamente, con las organizaciones y/o asociaciones de la sociedad civil (OSC) de Salud Mental y adicciones (organizaciones de familiares y usuarios, federaciones y asociaciones de profesionales, organizaciones de Derechos Humanos, organizaciones gremiales, organizaciones no gubernamentales prestadoras de salud, entre otras), procurando la participación de las mismas en los espacios de concertación y de gestión en lo relacionado con Salud/Salud Mental y adicciones, como así también en el proceso de inclusión social de las personas con padecimiento mental.

## **9.3.- Problema N° 3**

Las adicciones y los consumos problemáticos no se encuentran incluidos adecuadamente en el campo de la Salud/Salud Mental.

### **9.3.1.- Objetivo N° 1**

Articular interdisciplinaria e intersectorialmente, las políticas sobre adicciones para integrarlas al campo de la salud con base en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (Capítulo II, Artículo 4) y su Decreto Reglamentario N° 603/2013.

### **9.3.2.- Objetivo N° 2**

Incluir las adicciones y los consumos problemáticos en la red de servicios de Salud/Salud Mental con base comunitaria, en la promoción, prevención, atención e inclusión social, en el diseño de estrategias para el desarrollo, implementación, monitoreo

y evaluación de proyectos, programas y actividades de salud mental con base en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (Capítulo II, Artículo 4) y su Decreto reglamentario N° 603/2013.

### **9.3.3.- Objetivo N° 3**

Implementación en todo el territorio nacional de la Ley Nacional de Lucha contra el Alcoholismo N° 24.788 y el Decreto Reglamentario N° 149/2009.

## **9.4.- Problema N° 4**

La oferta de la red de servicios de Salud/Salud Mental no contempla la especificidad de la problemática en niños, niñas y adolescentes, como tampoco en adultos mayores.

### **9.4.1.- Objetivo N° 1**

Garantizar espacios y mecanismos de intervención intra e intersectoriales para la promoción de la salud y la prevención de los padecimientos mentales, ejecutando programas transversales con el fin de incluir los vínculos saludables y solidarios, con particular énfasis en favorecer sus lazos familiares.

### **9.4.2.- Objetivo N° 2**

Aumentar la accesibilidad a la atención a través de la oferta de servicios que tengan en cuenta la especificidad de los mismos, articulando las estrategias con los sectores y actores involucrados: la escuela (todos los niveles), organismos del sector trabajo (para adultos mayores), el sistema judicial, organismos de protección de derechos y otras instituciones de la comunidad.

### **9.4.3.- Objetivo N° 3**

Promover la conformación de equipos de referencia infanto-juveniles y para adultos mayores, que trabajen en base a la estrategia de la Atención Primaria de la Salud y su componente Salud Mental, a través de la red de Salud/Salud Mental con base comunitaria.

### **9.4.4.- Objetivo N° 4**

Generar dispositivos, programas y recursos para la detección temprana de problemáticas de Salud Mental y padecimiento psicosocial, evitando que de estas acciones sobrevenga una tendencia al sobre diagnóstico y a la adopción de conductas terapéuticas innecesarias (derivaciones fuera de la jurisdicción, internaciones sin agotar recursos terapéuticos previos).

### **9.4.5.- Objetivo N° 5**

Promover abordajes integrales de Salud/Salud Mental desde los servicios polivalentes y/o de pediatría del segundo nivel de atención, garantizando la cobertura a toda edad, incorporando intervenciones tales como internaciones en el hospital polivalente, desintoxicación, entre otras prestaciones.

### **9.4.6.- Objetivo N° 6**

Fortalecer la articulación entre los actores del sector de educación, desarrollo social, organismos de protección de derechos, organizaciones de la sociedad civil, fuerzas de seguridad, entre otros, en el diseño e implementación de programas y abordajes del consumo problemático de sustancias en la infancia y la adolescencia, en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013, y la Ley Nacional de Protección Integral de la Infancia N° 26.061, incorporando el criterio de reducción de daño.

## **9.5.- Problema N° 5**

La formación y capacitación continua en servicio de los recursos humanos en Salud/Salud Mental pertenecientes a los distintos sectores involucrados, no se adecua a Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto reglamentario N° 603/2013, no asegurando consecuentemente una respuesta de calidad.

### **9.5.1.- Objetivo N° 1**

Articular, consensuar y revisar con las universidades públicas, privadas, institutos y/u otros organismos formadores las currículas de grado y posgrado de todas las disciplinas que involucran a los integrantes del equipo interdisciplinario de Salud/Salud Mental y adicciones, para contribuir a garantizar la calidad de la formación, en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (Capítulo V, Artículo 8 y Capítulo IX, Artículo 33) y su Decreto Reglamentario N° 603/2013, con base en el modelo comunitario, incorporando la apertura hacia nuevas prácticas y la participación de recursos humanos no convencionales para los abordajes integrales.

### **9.5.2.- Objetivo N° 2**

Diseñar, planificar, implementar, monitorear y evaluar la capacitación continua en servicio para los recursos humanos involucrados en los equipos interdisciplinarios de Salud/Salud Mental y adicciones, para la actualización permanente de los mismos, en el marco de la Ley Nacional de Salud/Salud Mental N° 26.657 (Capítulo VI, Artículo 13 y Capítulo IX, Artículo 33) y su Decreto Reglamentario N° 603/2013, incorporando las dimensiones ética, sanitaria y política, así como la perspectiva de derecho en la revisión y evaluación de las prácticas.

### **9.5.3.- Objetivo N° 3**

Diseñar, planifi

servicio para los recursos humanos involucrados en los equipos interdisciplinarios de Salud/Salud Mental y adicciones, de sectores tales como: salud, poder judicial, educación, seguridad, desarrollo social, trabajo y/u otros, en los aspectos específicos a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (Capítulo VI, Artículo 13) y su Decreto Reglamentario N° 603/2013, incorporando las dimensiones ética, sanitaria y política, así como perspectiva de derecho en la revisión y evaluación de las prácticas.

### **9.5.4.- Objetivo N° 4**

Incluir el componente infanto-juvenil y adultos mayores en las acciones de formación y capacitación en servicio para los equipos del sector Salud/Salud Mental, educación, desarrollo social, organismos de protección de derechos, organizaciones de la sociedad civil, fuerzas de seguridad, entre otros.

## **9.6.- Problema N° 6**

Escaso desarrollo de la epidemiología en Salud Mental.

### **9.6.1.- Objetivo N° 1**

Diseñar e implementar un sistema de información en Salud Mental y adicciones con una perspectiva interdisciplinaria e intersectorial, articulado al desarrollo de la epidemiología a nivel federal, para la obtención, interpretación y divulgación de información, que permitan conocer los factores de riesgo, las condiciones de vulnerabilidad y la población afectada, el acceso, la calidad y cobertura de los servicios, con el objetivo de determinar las prioridades en la toma de decisiones y orientar políticas públicas. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y Decreto Reglamentario N° 603/2013.

### **9.6.2.- Objetivo N° 2**

Promover el desarrollo de la investigación epidemiológica en Salud Mental y adicciones de modo interdisciplinario e intersectorial.

## **9.7.- Problema N° 7**

Insufi

ción de los servicios de Salud Mental y adicciones.

### **9.7.1.- Objetivo N° 1**

Diseñar, defi

instrumentos que contribuyan a garantizar la calidad de los servicios de Salud/Salud Mental y adicciones.



### **9.7.2.- Objetivo N° 2**

Monitorear y evaluar el proceso de adecuación de los efectores públicos, privados y de la Seguridad Social, de la red de servicios de Salud/Salud Mental, a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013.

## **9.8.- Problema N° 8**

La investigación en Salud/Salud Mental no está desarrollada adecuadamente para dar respuesta de acuerdo a las necesidades de los servicios y sistemas de salud y a las demandas de la población, y a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013.

### **9.8.1.- Objetivo N° 1**

Fomentar el desarrollo de la investigación, en todas sus modalidades, como instrumento fundamental e imprescindible para la planificación en Salud Mental, a las nuevas y cambiantes demandas de las poblaciones y a los desafíos que propone la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013.

## **9.9.- Problema N° 9**

En el abordaje de emergencias y desastres no está contemplada adecuadamente la cobertura en Salud Mental.

### **9.9.1.- Objetivo N° 1**

Incluir la Salud Mental en la planificación emergencias y desastres.

### **9.9.2.- Objetivo N° 2**

Capacitar y brindar contención psicológica adecuada a los equipos interdisciplinarios de Salud Mental para los abordajes de situaciones de emergencias y desastres,

# 10-Líneas de Acción

Para la formulación del Plan Nacional de Salud Mental, la Autoridad de Aplicación se ha basado en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013. El Artículo 31 de la norma indicada establece expresamente que “es la Autoridad de Aplicación de la presente ley, a partir del área específica establecer las bases para un Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios establecidos”. En tanto, su reglamentación, indica que el Plan “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”. Y agrega: “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”.

El Plan consta de un conjunto de pautas generales que permitirán hacer efectiva la función de rectoría del Estado en los distintos niveles jurisdiccionales, la gestión de las áreas competentes en la implementación de las acciones y la integración del componente de Salud Mental y adicciones en las políticas públicas de salud.

Las presentes líneas de acción, que se desprenden de los objetivos y los problemas priorizados en la formulación del Plan, adoptan principios éticos, componentes estratégicos y programáticos que se hallan enmarcados en la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Los principios éticos rectores son los siguientes: a) el enfoque de Derechos Humanos aplicado a la protección de las personas con padecimiento mental; b) el criterio de equidad, que asigna especial relevancia a la atención sanitaria de las personas en situación de vulnerabilidad; y c) una perspectiva basada en el respeto a la diversidad etaria, cultural y de género.

Dada la complejidad de los problemas y de las estrategias a adoptar para su resolución, los componentes estratégicos fundamentales serán la integración sectorial -dentro y fuera del sector salud-, la interdisciplinariedad, la interculturalidad, las redes de servicios articuladas territorialmente, la readecuación del funcionamiento, y el fomento de la participación y organización comunitaria.

En virtud de su relevancia epidemiológica y de las notorias brechas existentes en el proceso de atención, los contenidos programáticos específicamente priorizados son las adicciones con énfasis en el consumo episódico excesivo de alcohol, la prevención del suicidio y las problemáticas de salud mental que afectan a los niños y a los adultos mayores.

Respecto del modelo de atención a ser impulsado y/o fortalecido en cada una de las

jurisdicciones para la implementación del presente Plan se destaca lo siguiente:

a) Los efectores y organismos públicos de salud deberán coordinar sus acciones a través de redes locales, regionales y nacionales ordenadas según criterios de complejidad creciente que permitan articular los diferentes niveles de atención, aseguren el empleo apropiado y oportuno de los recursos y su disponibilidad para toda la población.

b) La adopción de buenas prácticas institucionales que eviten y/o mitiguen toda forma de discriminación, segregación, negligencia, abandono y medicalización innecesaria de las personas en el proceso de atención.

c) La implementación de estrategias de base comunitaria que sustituyan y/o reviertan los efectos iatrogénicos del proceso de cronicidades asilares.

Adoptando un criterio similar al que se encuentra presente en la formulación del Plan, se promoverá la apertura de espacios de concertación intersectorial que procuren el mayor grado de consenso entre los actores representativos del campo de la Salud Mental: federaciones y asociaciones profesionales, organizaciones de la sociedad civil y con base comunitaria, entidades de usuarios y familiares, universidades, organismos públicos de los distintos niveles jurisdiccionales, representantes del ámbito legislativo y/o judicial.

Aun cuando se logre un alto grado de participación y representatividad de las organizaciones sectoriales del Estado y de la sociedad civil, será responsabilidad principal del sector Salud conducir los espacios de concertación intersectorial cuyo objetivo sea evaluar los procesos de adecuación institucional de los efectores a los postulados de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013.

Dada la relevancia que adquieren los recursos humanos para la adecuada implementación del presente Plan, se promoverán instancias de intercambio continuo entre las instituciones formadoras, las entidades empleadoras y agencias reguladoras, que permitan adaptar y actualizar los contenidos curriculares y los procesos de formación en las carreras técnicas y profesionales de grado y de posgrado.

En tal sentido, el relevamiento de las necesidades de capacitación de quienes se desempeñen como trabajadores del sector, la habilitación de espacios y/o ámbitos de formación que aseguren el aprendizaje de prácticas basadas en el modelo comunitario de atención implicará desplazar el eje de formación que, tanto en el grado como en el nivel de posgrado, aún se encuentra centrado en las instituciones monovalentes.

Dada la importancia que reviste la sensibilización de la población en torno a la promoción de conductas asociadas a la salud, tienen un papel relevante en la formulación e implementación del presente Plan, incrementar y optimizar el suministro de información acerca de la oferta de servicios existentes. Los objetivos perseguidos son lograr una mayor accesibilidad a los mismos, revertir el estigma y la discriminación, y fomentar la progresiva incorporación del nuevo paradigma en Salud Mental en las estrategias de comunicación y difusión masiva.

El logro de un mayor grado de articulación con las entidades formadoras y agencias científicas de investigación que permitan una adecuada caracterización de los problemas atinentes al campo, mejorar el proceso de asignación de prioridades y la toma de decisiones de

política pública en el campo de la salud mental.

Asimismo, el establecimiento de normas y directrices de calidad en forma coordinada con las áreas de competencia, el fortalecimiento de los sistemas de información y la sistematización de los conocimientos provenientes de universidades y agencias de investigación facilitará el monitoreo y evaluación del presente Plan, a fin de corregir los desvíos detectados, mejorar y/o profundizar las líneas de acción adoptadas que refl su relevancia e impacto en términos sanitarios y epidemiológicos.

Por otra parte, y dado los procesos de integración regional que atraviesan los distintos países de América latina en distintas áreas de gobierno, es indispensable desarrollar también estrategias que profundicen los procesos de integración conjunta en la oferta y regulación de servicios de Salud Mental.

Con relación a las áreas y sistemas de vigilancia epidemiológica, será un eje prioritario establecer criterios de registro y sistematización de los diagnósticos y las prácticas adoptadas por los equipos responsables del proceso de atención que se basen en normas y/o estándares validados, de modo tal, que permitan su comparación a nivel jurisdiccional, nacional e internacional.

Otro aspecto que ha sido tomado en consideración al momento de formular el presente Plan es la existencia de distintos subsectores (público, privado y de la seguridad social) que componen la oferta de servicios de Salud Mental, y que requieren el diseño de acciones regulatorias de parte del Estado nacional.

En virtud del carácter federal del sistema de gobierno argentino, resulta asimismo indispensable basarse en un criterio de integración jurisdiccional entre los niveles local, provincial y nacional con el objetivo de lograr un mayor grado de eficacia y eficiencia en las acciones y recursos dependientes del sistema formal de salud.

Atendiendo al carácter federal y a la existencia de autonomía jurisdiccional para la atención de la Salud Mental, cabe subrayar que las acciones comprendidas en el presente Plan pertenecen a dos grupos diferentes, según de quien dependa su ejecución:

a) Las acciones dependientes del Estado nacional, a través de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, en coordinación con otras áreas del sector salud, con las áreas jurisdiccionales de Salud Mental y adicciones y en articulación intersectorial e interjurisdiccional con otros sectores estatales y de la sociedad civil.

b) Las acciones dependientes de las jurisdicciones a través de las áreas (u organismos) competentes en Salud Mental y adicciones, en articulación con la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones y todos los sectores que involucra la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013.

Para lograr la plena implementación de tales acciones y atendiendo a la relación establecida entre el nivel central y los niveles jurisdiccionales, desde la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones se propiciará el diseño de planes provinciales que permitan operar el presente Plan Nacional de Salud Mental, aportando financiamiento en el caso de considerarse necesario y cooperación técnica para los procesos de planifi supervisión y/o evaluación de los procesos de gestión.

Asimismo, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones promoverá la formulación

e implementación de proyectos y actividades cuyo objetivo sea la adecuación de las redes de servicios territoriales a la Ley Nacional, lo cual implicará el cierre progresivo de los hospitales y otros dispositivos de internación monovalentes, así como la reasignación y/o la reinversión de los recursos en nuevos dispositivos con base comunitaria y demás acciones de reforma contempladas en este Plan, tal como lo establece el Artículo 27 del Decreto Reglamentario N° 603/2013.

Para acceder a la asistencia técnica y financiera de la Autoridad de Aplicación que apunte al logro de esta fi de los proyectos de acuerdo a los lineamientos establecidos por el nivel central para su aprobación y al cumplimiento efectivo de las metas y plazos establecidos.

En base a los criterios conceptuales y estratégicos precedentemente formulados, las líneas de acción que a continuación se especifican -  
blemas priorizados en la formulación del presente Plan, y se clasifican en la siguiente comprensión del siguiente modo:

**10.1.- Comunicación.**

**10.2.- Espacios de concertación.**

**10.3.- Modalidad de abordaje y red de servicios.**

**10.4.- Formación, capacitación e investigación en Salud Mental y adicciones.**

**10.5.- Epidemiología. Monitoreo y evaluación de los servicios.**

## **10.1.- Comunicación**

La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, y todos los actores que involucra la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto reglamentario N° 603/2013, deberán realizar diversas actividades de comunicación masiva y de participación popular, y otras dirigidas a grupos específicos dicha Ley, teniendo en cuenta el “arte” en sus diversas expresiones como herramienta fundamental.

**10.1.1.-** Espacios de participación comunitaria, foros intersectoriales, congresos, jornadas, foros populares, seminarios, talleres, mesas de discusión, simposios.

**10.1.2.-** Materiales audiovisuales, cortos publicitarios en radio y en televisión, insumos para las redes sociales (Internet), cortos, medios y largometrajes.

**10.1.3.-** Materiales para medios gráficos etcétera.

**10.1.4.-** Campañas de información y sensibilización -a través de medios gráficos -  
cimientos mentales, la estigmatización, los prejuicios y preconceptos, que son parte de los actos de discriminación.

**10.1.5.-** Actividades de comunicación para la difusión de los datos actualizados, realizadas sobre la red de servicios con base comunitaria para mejorar el alcance de las medidas de prevención y de inclusión social.

**10.1.6.-** Actividades de comunicación para la promoción de la Salud Mental de toda la población, en el marco de las estrategias y acciones de la educación para la salud.

**10.1.7.-** Sensibilización sobre los mitos y prejuicios en torno a la Salud Mental, a los padecimientos mentales, las problemáticas de consumo y la difusión de información, por medio de espacios, acciones y materiales destinadas a los trabajadores de la salud.

**10.1.8.-** Sensibilización sobre la comunicación responsable en el tratamiento de temas de Salud Mental y adicciones, a través de espacios, acciones y materiales destinadas a los trabajadores de los medios de comunicación.

**10.1.9.-** Dispositivos comunicacionales, tanto para la difusión de información como para la red de servicios de Salud Mental y adicciones con base comunitaria.

**10.1.10.-** Relevamiento, sistematización y difusión de prácticas y experiencias territoriales, basadas en el modelo comunitario de atención, sobre adecuación institucional, estrategia de reducción de daños, atención de problemáticas de consumo y experiencias de externación con inclusión social, entre otras.

**10.1.11.-** Incorporación del componente de Salud Mental y adicciones a las líneas de asistencia telefónicas gratuitas existentes en el Ministerio de Salud de la Nación.

## **10.2.- Espacios de concertación**

Espacios de concertación intersectoriales e interdisciplinarios a escala municipal, provincial y nacional, con base en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, (Capítulo V, Artículos 8 y 11; Capítulo VI, Artículo 13; y Capítulos IX y XI) y su Decreto Reglamentario N° 603/2013.

**10.2.1.-** Mesas interministeriales para articulación e integración de políticas de Salud/Salud Mental y adicciones, según Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013.

**10.2.2.-** Mesas intersectoriales para la construcción de estrategias y herramientas para la adecuación de los efectores de los tres subsistemas Salud/Salud Mental, dando cumplimiento a lo establecido en el Artículo 27 del Decreto Reglamentario N° 603/2013.

**10.2.3.-** Mesas de externación con inclusión social interdisciplinarias e intersectoriales orientadas a las personas con padecimiento mental alojadas en los servicios de Salud/Salud Mental polivalentes y/o monovalentes, con internaciones prolongadas en el ámbito del sector público y privado.

Las externaciones deberán concretarse en el marco de un plan individual para la plena inclusión social, a través de la red de servicios de Salud Mental con base comunitaria. Para esto se diseñarán y desarrollarán herramientas, entre ellas una base de datos que contemple a los Estados municipales, provinciales y nacional, para la inclusión social,

guías de orientación práctica para el desarrollo de los planes de externación, como así también lineamientos, directrices, protocolos y guías para garantizar la calidad de la atención en Salud/ Salud Mental.

**10.2.4.-** El componente Salud Mental y adicciones deberá estar incluido en todos los espacios de concertación intersectoriales existentes a escala municipal, provincial y nacional.

**10.2.5.-** Se deberá promover la inclusión efectiva en los espacios de concertación a todos aquellos actores sociales involucrados en las problemáticas de consumo y favorecer acciones de cogestión entre el Estado y la sociedad civil, como así también las acciones de promoción y prevención a escala municipal, provincial y nacional.

**10.2.6.-** Se promoverán espacios de discusión sistemática, interdisciplinaria e intersectorial, con los actores representativos para favorecer la problematización sobre registros diagnósticos en Salud Mental contemplando los procesos y contextos sociales y culturales.

**10.2.7.** Las organizaciones y/o asociaciones de la sociedad civil, en especial de usuarios y familiares, formarán parte en el Consejo Consultivo, como establece la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013 (Artículo 2).

**10.2.8.** Se regulará la publicidad de las sustancias de venta legal y posible uso problemático, acorde a la Ley Nacional de Lucha Contra el Alcoholismo N° 24.788.

### **10.3.- Modalidad de abordaje y red de servicios**

Modalidad de abordaje y red de servicios con base comunitaria de acuerdo con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (Capítulo V, Artículos 8, 9, 10, 11 y 12; Capítulo VI, Artículo 13; Capítulo VII, Artículo 14 y sucesivos) y su Decreto Reglamentario N° 603/2013.

**10.3.1.-** Se implementará el proceso de atención a través de la red de servicios con base comunitaria, acorde a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (Capítulo V) y su Decreto Reglamentario N° 603/2013.

**10.3.2.-** Se diseñará e implementará la capacitación y el fi equipos interdisciplinarios, integrados por profesionales y/o técnicos, para la atención en Salud Mental y adicciones, acordes a las necesidades sanitarias de cada comunidad en particular, con base en el mapa epidemiológico y el de recursos sociosanitarios.

**10.3.3.-** Los equipos interdisciplinarios deberán promover la incorporación en el proceso de atención, a las personas consideradas significativas en la vida de los usuarios, teniendo en cuenta la diversidad de los contextos sociales y culturales, en el marco de la integración de saberes científicos

**10.3.4.-** Los equipos interdisciplinarios de Salud Mental deberán incorporar en las evaluaciones los aspectos referentes a los juicios de insanias e inhabilitación, que son competencia del Poder Judicial. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. (Capítulo XII, Artículo 42) y su Decreto reglamentario N° 603/2013.

**10.3.5.-** Se utilizará la herramienta de consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, teniendo en cuenta que es un documento único, construido entre los equipos interdisciplinarios, los usuarios y/o los familiares y/o referentes afectivos y/o comunitarios, y forma parte de la historia clínica de la persona. Frente a situaciones de “riesgo cierto e inminente”, evaluado por los equipos interdisciplinarios, debe prevalecer este principio. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. (Capítulo II, Artículo 3; Capítulo IV, Artículo 7, Incisos J, K y L; Capítulo V, Artículo 10; Capítulo VII, Artículos 16, Inciso C, y 19), Decreto Reglamentario N° 603/2013, Convención Internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad (Artículo 12) y la Ley Nacional N° 25.629 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

**10.3.6.-** La adecuación presupuestaria se deberá promover a través de la asignación de nuevos recursos acorde a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013, y la redistribución de los recursos humanos y financieros ya asignados para la ampliación y sostenimiento de la red de servicios con base comunitaria. (Capítulo III, Artículo 6 - Capítulo V, Artículo 9 y del Decreto Reglamentario Capítulo I, Artículo 2).

**10.3.7.-** Se deberá descentralizar los recursos de Salud Mental destinados a los hospitales monovalentes y/u otros similares, hacia la red de servicios con base comunitaria, con criterio de equidad territorial y estabilidad laboral para los trabajadores involucrados.

**10.3.8.-** Se deberá adecuar y/o desarrollar servicios, dispositivos y prestaciones de Salud Mental y adicciones, para incluirlos en la red de servicios con base comunitaria, en coordinación con todos los actores que marca la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013.

Se deberá articular con las organizaciones sociales y los gobiernos municipal, provincial y nacional la atención brindada por los servicios de Salud Mental y adicciones con internación en los hospitales generales; consultas ambulatorias; centros de rehabilitación con capacitación laboral; atención domiciliaria; casas de convivencia con distintos niveles de apoyo; hogares y familias sustitutas; emprendimientos sociales; apoyo a las personas, grupos familiares y comunitarios; atención e internación domiciliaria; acompañamiento terapéutico; hospital de día y de noche; casas amigables; unidades de atención en crisis; equipos móviles de emergencias, urgencias y/o seguimientos, entre otros. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (Capítulo V, Artículo 11) y su Decreto Reglamentario N° 603/2013.

Las jurisdicciones podrán elaborar proyectos de adecuación de instituciones y servicios monovalentes y la creación de nuevos dispositivos, y articular con la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones para su implementación, a través de asesoramiento, cooperación técnica y/o fi (VII, Artículo 27) y su Decreto Reglamentario N° 603/2013.



En el proceso de adecuación se deberá tener en cuenta que la redistribución de los recursos humanos se acompañe con capacitación y reorientación con perfil e interdisciplinario.

**10.3.9.-** Se promoverá el reconocimiento, con la debida acreditación de la autoridad competente de los perfiles necesarios para los sistemas de apoyo que surjan de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013.

**10.3.10.-** Para el fortalecimiento de la red de servicios con base comunitaria se estimulará la creación de equipos interdisciplinarios móviles para la atención de las urgencias en los sub sistemas público, privado y de la Seguridad Social. En ello, tendrán especial atención las niñas, niños y adolescentes con padecimiento mental y problemática de consumo. También se estimulará la creación y el fortalecimiento de guardias interdisciplinarias de Salud Mental en los hospitales polivalentes; como así también el fortalecimiento de dispositivos habitacionales con diferentes grados de apoyo y socio productivos, entre otros.

**10.3.11.-** Se exhibirá en los servicios de Salud Mental carteleras que incluyan en su texto los derechos de las personas con padecimiento mental, según la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (Capítulo IV, Artículo 7, Inciso J) y su Decreto Reglamentario N° 603/2013.

**10.3.12.-** El Ministerio de Salud de la Nación a través de sus directrices, protocolos y guías explicitará las características necesarias de todos los dispositivos de Salud Mental y adicciones de la red de servicios con base comunitaria, para la correspondiente habilitación, monitoreo y evaluación de calidad de los mismos; incluyendo los estándares mínimos de protección de los Derechos Humanos para el desarrollo de protocolos y capacitaciones, basado en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (Capítulo IV, Artículo 7) y su Decreto Reglamentario N° 603/2013.

**10.3.13.-** Durante el proceso de admisión deberán planificarse destinadas a cada usuario con el objetivo de promover su inclusión social.

**10.3.14.-** Generación de un espacio de trabajo con la representación de los tres subsistemas de salud: público, privado y de la Seguridad Social, en coordinación con la Superintendencia de Servicios de Salud y la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, entre otros, para la reformulación del componente Salud/Salud Mental y adicciones del Programa Médico Obligatorio (PMO), en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (Capítulo IX, Artículo 37) y su Decreto Reglamentario N° 603/2013, orientado al modelo de atención comunitario. A escala nacional y jurisdiccional.

**10.3.15.-** Se realizarán acciones necesarias para que todo usuario del sistema de Salud/Salud Mental y sus servicios tenga su documento nacional de identidad (DNI), dando cumplimiento a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013 (Capítulo IV, Artículo 7, Inciso B).

**10.3.16.-** Se generarán actualizaciones y/o articulaciones de programas que contemplen el otorgamiento de subsidios económicos, como herramientas que favorezcan el proceso de externación, contemplado en el plan individual, teniendo como referencia el salario mínimo vital y móvil e incorporando mecanismos de auditoría.

En el caso de niños, niñas o adolescentes, la ayuda económica será para las familias y/o los referentes afectivos.

**10.3.17.-** Se vincularán los grupos vulnerables con los servicios de red de Salud/Salud Mental con base comunitaria.

**10.3.18.-** Se realizarán intervenciones comunitarias en poblaciones con alto grado de vulnerabilidad, en el marco de la Ley Nacional N° 26.061, con el fin de actuar sobre los determinantes sociales de la Salud/Salud Mental, dando prioridad a los niños, niñas y adolescentes.

**10.3.19.-** Se generarán y realizarán programas interministeriales de Salud Mental y adicciones para la población carcelaria y en contexto de encierro, haciendo énfasis en los niños, niñas y adolescentes en conflicto.

**10.3.20.-** Se generarán e implementarán programas interministeriales de Salud Mental y adicciones para las personas con padecimientos mentales y en conflicto con la ley penal.

**10.3.21.-** Se implementarán capacitaciones en servicio para todos los miembros de los equipos de Salud/Salud Mental para la atención de urgencias en Salud Mental y adicciones.

**10.3.22.-** Se financiarán proyectos comunitarios de Salud Mental de las organizaciones y/o asociaciones de la sociedad civil que presenten prácticas tendientes a la inclusión social.

**10.3.23.-** Se fortalecerán a los municipios y comunas mediante la cooperación técnica y/o el financiamiento.

**10.3.24.-** Se deberán estimular y fortalecer proyectos preventivos en tres líneas:

- prevención inespecífica
- prevención específica haciendo eje sobre el consumo problemático y adicciones para los adultos referentes de los niños entre 4 y 10 años; y
- prevención específica haciendo eje sobre el consumo problemático y adicciones para niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

**10.3.25.-** Las acciones de promoción y protección de la Salud Mental y adicciones, de todos los trabajadores, en especial los de la Salud/Salud Mental deberán desarrollarse de forma sistemática acompañando la capacitación continua en servicio.

**10.3.26.-** La inclusión educativa de los niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales severos y padecimientos psicosociales deberá ser incorporada e instrumentada en las escuelas de enseñanza común, articulando los dispositivos, programas y recursos humanos que se encuentran en los servicios educativos (como gabinetes interdisciplinarios y servicios especiales), con la red de servicios con base comunitaria y con todos los sectores que involucra la Ley Nacional N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013, y la Ley Nacional N° 26.061.

**10.3.27.-** Los servicios y centros de promoción infantil deberán dar prioridad al trabajo en red para garantizar la atención de la Salud Mental con base comunitaria, la oferta de abordajes grupales y dispositivos extramurales barriales y abiertos a la población infantil de la comunidad.

**10.3.28.-** Los servicios especializados de hospitales polivalentes pediátricos y/o materno-infantiles entre otros, deberán procurar la creación y/o adaptación de un servicio de internación para Salud Mental, destinado a la población infanto-juvenil.

## **10.4.- Formación, capacitación e investigación en Salud Mental y adicciones**

Formación y capacitación profesional acorde con los principios, políticas y objetivos de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 para todas las disciplinas involucradas (Capítulo IX, Artículo 33 - Capítulo IV, Artículo 13 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013).

**10.4.1.-** Deberá contemplarse la apertura de iniciativas de formación de profesionales y técnicos, de grado y posgrado, para el desarrollo de competencias especiales para dar cumplimiento a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013. (Capítulo IX, Artículo 33)

**10.4.2.-** Se contemplará desarrollar con el área de competencia iniciativas de regulación de la formación de técnicos y/u otros auxiliares en el campo de la Salud Mental.

**10.4.3.-** Se estimulará la formación de posgrado para los integrantes de los equipos de Salud Mental.

**10.4.4.-** Se estimulará la adecuación y actualización de los contenidos curriculares de grado y posgrado, residencias, maestrías, doctorados en Salud /Salud Mental, con las áreas de competencia correspondientes, para dar cumplimiento a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (Capítulo IX, Artículo 33) y su Decreto Reglamentario N° 603/2013, en articulación con el Ministerio de Educación.

**10.4.5.-** Se formularán lineamientos generales y específica interdisciplinaria (RISAM) en dispositivos de la red de servicios de Salud Mental, en coordinación con la Dirección Nacional de Capital Humano del Ministerio de Salud de la Nación, convocando para su elaboración, a las residencias interdisciplinarias de Salud Mental que se están implementando en todo el país.

**10.4.6.-** Se adecuará el contenido de las capacitaciones continuas en servicio en Salud Mental y adicciones, teniendo en cuenta los problemas sociales y sanitarios emergentes (problemáticas de consumo, suicidio, violencia en todas sus manifestaciones y ámbitos, embarazo adolescente no deseado, problemáticas infanto-juveniles, entre otras), para dar cumplimiento a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (Capítulo V, Artículo 11) y su Decreto Reglamentario N° 603/2013.

**10.4.7.-** Se deberá programar la capacitación continua en servicio para los integrantes de los equipos interdisciplinarios de Salud/Salud Mental y adicciones, insertos en la red de servicios con base comunitaria y en los equipos que se desempeñan en los distintos sectores involucrados.

**10.4.8.-** Se incluirá el componente de emergencias y desastres en la programación de las actividades de capacitación en servicio destinada a los equipos interdisciplinarios de Salud Mental y adicciones.

**10.4.9.-** Se fomentarán las investigaciones y la publicación de las mismas, como así también el fortalecimiento de las redes de investigadores y el intercambio de experiencias locales, regionales, nacionales e internacionales.

**10.4.10.-** Se fomentará la capacitación en servicio en Salud/Salud Mental de los recursos humanos, que trabajan con población infanto-juvenil en los subsectores público, privado y de la Seguridad Social.

**10.4.11.-** La implementación de residencias y concurrencias interdisciplinarias específicas en Salud Mental, infanto-juvenil, será diseñada e implementada (con carácter de prioritario) en articulación con las universidades, servicios y/o instituciones especializadas.

**10.4.12.** La capacitación del recurso humano de Salud/Salud Mental deberá incluir las pautas y procedimientos para la detección temprana y abordaje de trastornos cognitivos y otras problemáticas de la población de adultos mayores.

## **10.5.- Epidemiología. Monitoreo y evaluación de los servicios.**

Constitución, desarrollo y optimización del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Mental en todo el territorio nacional. (Decreto 457/2010, Acciones 9, 10, 15 y 16).

**10.5.1.-** Se incluirán indicadores de Salud Mental y adicciones al Registro del Sistema Integrado de Salud Argentino (SISA) del Ministerio de Salud de la Nación.

**10.5.2.-** Se monitoreará la mortalidad y la morbilidad por padecimientos mentales y/o adicciones y los factores de riesgo asociados.

**10.5.3.-** Se identifi en Salud Mental y adicciones generados por el Ministerio de Salud de la Nación, demás organismos del Estado y jurisdicciones.

**10.5.4.-** Se diseñarán criterios unificados, metodología e indicadores para la construcción de información actualizada y consolidada sobre adicciones en el campo de la Salud/Salud Mental.

**10.5.5.-** Se desarrollará y fortalecerá el componente de Salud Mental y adicciones en las áreas de epidemiología en cada una de las provincias.

**10.5.6.-** Se divulgará periódicamente la información que surja de los registros y sus posterior procesamiento/evaluación.

**10.5.7.-** Se promoverán investigaciones epidemiológicas en Salud/Salud Mental y adicciones.

**10.5.8.-** Se articulará con el Poder Judicial y Ministerio Público de la Defensa la participación de equipos interdisciplinarios e intersectoriales de Salud Mental para evaluar las condiciones de internación de personas en establecimientos de Salud Mental y adicciones públicos y privados.

**10.5.9.-** Se promoverán, difundirán e implementarán las evaluaciones de personas que se ven sometidas a juicios de insania e inhabilitación adoptando el concepto de "capacidad jurídica".

**10.5.10.-** Se desarrollarán indicadores de Salud Mental y adicciones para evaluar la calidad de los servicios incluyendo la percepción de usuarios y familiares, monitoreando sistemáticamente a través de los registros jurisdiccionales.

**10.5.11.-** Se monitoreará y evaluará con las áreas de competencia el proceso de adecuación de los efectores públicos, privados y de la Seguridad Social, comprendidos en la red de servicios de Salud/Salud Mental, de acuerdo a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013.

**10.5.12.-** Se desarrollará un digesto nacional con toda la normativa vigente en la temática relacionada al consumo problemático de alcohol.

**10.5.13.** Se favorecerán y fomentarán los controles no punitivos relacionados al consumo problemático de alcohol y otras drogas, a escala municipal, provincial y nacional.

**10.5.14.-** Se desarrollarán, consolidarán y ampliarán los registros existentes, a través de una base de datos actualizada de los servicios de Salud Mental y adicciones.

**10.5.15.-** Se establecerán con el área de competencia prioridades de investigación epidemiológica y/o de evaluación de servicios en Salud Mental.

# 11-Monitoreo y evaluación

## Duración del Plan

Desde la fecha de inicio del presente Plan, indicada en la Resolución del Ministerio de Salud de la Nación que será publicada en el Boletín Oficial, hasta el 31 de diciembre de 2020.

Es importante señalar que en caso que los presentes indicadores de resultado no cumplan con lo deseable en términos cuantitativos, se insta a que cada jurisdicción desarrolle o adopte indicadores de proceso, para evaluar la progresión cualitativa que explique mejor el no cumplimiento del objetivo deseado.

## 11.1.- Metas e indicadores.

### Meta

**11.1.1.-** Que el 100% de los proyectos financiados por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones se basen en prácticas fundadas en los criterios de desestigmatización y no discriminación.

### Indicador

Nº de proyectos fi  
fundado en criterios de desestigmatización y no discriminación.

Nº de proyectos fi

## Meta

**11.1.2.-** Que el 100% de las campañas y/o acciones de comunicación y del material de promoción de la salud, de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones referidos a la promoción de derechos de las personas con padecimiento mental y/o problemática de consumo se halle fundado en el marco normativo vigente en la República Argentina.

## Indicador

Cantidad de materiales de promoción fundada en el marco normativo vigente de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

---

Cantidad de materiales de difusión producidos por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

Cantidad de campañas, acciones de comunicación y/o material de promoción fundada en el marco normativo vigente de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

---

Cantidad de campañas y acciones de comunicación producidas por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.



## Meta

**11.1.3.-** Que el 100% de las actividades de capacitación y/o del material de comunicación desarrolladas por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones destinadas a los trabajadores de la salud y de los medios de comunicación incorporen contenidos acerca de los prejuicios sobre las personas con padecimiento mental que obstaculizan el acceso a los servicios de salud.

## Indicador

Nº de actividades de capacitación y/o material de comunicación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones destinados a los trabajadores de la salud y de los medios de comunicación que hayan incorporado contenidos acerca de los prejuicios sobre las personas con padecimiento mental que obstaculizan el acceso a los servicios de salud.

---

Nº de actividades de capacitación y/o material de comunicación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones destinadas a los trabajadores de la salud y de los medios de comunicación.



# Meta

**11.1.4.-** Que el 100% de las actividades diseñadas por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones para desarrollar, monitorear y evaluar proyectos, programas, actividades, procedimientos, directrices e intervenciones tengan como objetivo la promoción, prevención e inclusión social de las personas con problemáticas y/o padecimiento mental y se hallen integradas y articuladas en los tres niveles de complejidad del sistema de salud argentino y sus subsistemas público, privado y de la Seguridad Social.

# Indicador

Nº de actividades diseñadas por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones para desarrollar, monitorear y evaluar proyectos, programas, actividades, procedimientos, directrices e intervenciones que tengan como objetivo la promoción, prevención e inclusión social de las personas con problemáticas y /o padecimiento mental.

Nº total de actividades diseñadas por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones para desarrollar, monitorear y evaluar proyectos, programas, actividades, procedimientos, directrices e intervenciones.



# Meta

**11.1.5.-** Que el 100% de las líneas de asistencia telefónicas gratuitas existentes en el Ministerio de Salud de la Nación incorporen el componente de Salud Mental y adicciones.

# Indicador

Nº de líneas de asistencia telefónica gratuitas existentes en el Ministerio de Salud de la Nación que incorporaron el componente de Salud Mental y Adicciones.

Nº de líneas de asistencia telefónica gratuitas existentes en el Ministerio de Salud de la Nación.



# Meta

**11.1.6.-** Que el 100% de los efectores existentes (públicos, privados, de las Obras Sociales , ONGs) que integran la red de servicios de Salud Mental en las distintas jurisdicciones, se encuentren insertos en un proceso de adecuación a la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 y su Decreto Reglamentario Nº 603/2013.

## Indicador

Nº de efectores existentes insertos en un proceso de adecuación a la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 y su Decreto Reglamentario Nº 603/2013.

---

Nº de efectores existentes.



## Meta

**11.1.7.-** Que a noviembre de 2015 el 30% de las personas con padecimiento mental que se encuentren institucionalizadas con una duración mayor a 2 (dos) años en efectores públicos sean externadas e incluidas en un hogar y/o en dispositivos residenciales comunitarios.

## Indicador

Nº de camas desactivadas destinadas a pacientes crónifi

---

Nº de camas destinadas a pacientes crónifi

Nº de pacientes externados de efectores públicos incluidos en hogares y/o dispositivos residenciales comunitarios.

---

Nº de pacientes externados de efectores públicos.



## Meta

**11.1.8.-** Que a noviembre de 2017 el 60% de las personas con padecimiento mental que se encuentren institucionalizadas con más de 2 (dos) años en efectores públicos sean externadas e incluidas en un hogar o en dispositivos residenciales comunitarios.

## Indicador

Nº de camas desactivadas destinadas a pacientes crónifi

---

Nº de camas destinadas a pacientes crónifi

Nº de pacientes externados de efectores públicos que sean incluidos en un hogar o en dispositivos residenciales comunitarios.

---

Nº de pacientes externados de efectores públicos.

# Meta

**11.1.9.-** Que a noviembre de 2020 el 100% de las personas con padecimiento mental que se encuentren institucionalizadas con más de 2 (dos) años en efectores públicos sean externalizados e incluidos en un hogar de referencia o en dispositivos residenciales comunitarios.

# Indicador

Nº de camas desactivadas destinadas a pacientes cronificados en instituciones públicas.

Nº de camas destinadas a pacientes cronificados en instituciones públicas.

Nº de pacientes cronifi  
dispositivos residenciales comunitarios.

Nº de pacientes cronifi



# Meta

**11.1.10.-** Que el 100 % de los dispositivos comunitarios creados a partir de la puesta en vigencia del presente Plan (públicos, privados y de Obras Sociales) y que integran la red de servicios de Salud Mental en las distintas jurisdicciones se encuentren comprendidos en los principios de la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 y su Decreto Reglamentario Nº 603/2013.

# Indicador

Nº de dispositivos comunitarios creados a partir de la puesta en vigencia de este Plan comprendidos en la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 y su Decreto Reglamentario Nº 603/2013.

Nº de dispositivos comunitarios creados a partir de la puesta en vigencia de este Plan.



# Meta

**11.1.11.-** Que el 100 % de los subsidios económicos que promuevan procesos de externalización ejecutados por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones contemplen la inclusión social.

## Indicador

Nº de subsidios económicos dirigidos a promover procesos de externación ejecutados por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones que contemplen la inclusión social.

---

Nº de subsidios económicos ejecutados por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones dirigidos a promover procesos de externación.



## Meta

**11.1.12.-** Que en el 100% de las mesas intersectoriales para la prevención de las adicciones en las que participe el Estado Nacional se promueva la incorporación de actores sociales no convencionales.

## Indicador

Nº de mesas intersectoriales para la prevención de las adicciones con incorporación de actores sociales no convencionales.

---

Nº de mesas intersectoriales para la prevención de las adicciones.



## Meta

**11.1.13.-** Que el 100% de los recursos humanos financiados por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones se hallen orientados a fortalecer los efectores que integran la red de servicios con base comunitaria con un criterio de interdisciplinariedad, intersectorialidad y/o interculturalidad.

## Indicador

Nº de recursos humanos financiados por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones con criterio interdisciplinario, intersectorial e intercultural.

---

Nº de recursos humanos financiados por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

# Meta

**11.1.14.-** Que el 100% de las estrategias, planes, programas, proyectos, actividades y abordajes en Salud Mental y adicciones promovidos por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones incorporen criterios de interdisciplinariedad, intersectorialidad y/o interculturalidad.

# Indicador

Nº de estrategias, planes, programas, proyectos, actividades y abordajes en Salud Mental y adicciones con criterio interdisciplinario, intersectorial e intercultural.

Nº total de estrategias, planes, programas, proyectos, actividades y abordajes en Salud Mental y adicciones.



# Meta

**11.1.15-** Que el 100% de las currículas de grado y posgrado en Salud/Salud Mental que hayan sido revisadas por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones en coordinación con otros organismos, se adecuen a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013.

# Indicador

Nº de currículas de grado y posgrado en Salud/Salud Mental que hayan sido revisadas por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones y adecuadas a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013.

Nº de currículas de grado y posgrado en salud/salud mental que hayan sido revisados por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

Nº de currículas de grado y posgrado en Salud/Salud Mental que hayan sido revisados por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

Nº total de currículas grado y posgrado en Salud/Salud Mental.

# Meta

**11.1.16.-** Que el 100% de las actividades de capacitación en servicio destinadas a los recursos humanos del sector salud y otros sectores sociales promovidos por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones se adecuen a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013.

# Indicador

N° de actividades de capacitación en servicio promovidos por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones adecuadas a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013.

N° de actividades de capacitación en servicio promovidos por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.



# Meta

**11.1.17.-** Que el 100% de las actividades de capacitación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones destinadas a los recursos humanos del sector salud incluyan el análisis de los obstáculos a la accesibilidad de la población a los servicios de Salud/Salud Mental.

# Indicador

N° de actividades de capacitación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones destinadas a los recursos humanos del sector salud que incluyan el análisis de los obstáculos a la accesibilidad de la población a los servicios de Salud/Salud Mental.

N° total de actividades de capacitación destinadas a los recursos humanos del sector salud de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.



# Meta

**11.1.18.-** Que el 100% de los trabajadores de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones reciban formación en el desarrollo de competencias básicas para el manejo de la salud mental en emergencias y catástrofes.

# Indicador

Nº de trabajadores de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones con formación en emergencias y catástrofes.

Nº de trabajadores de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.



# Meta

**11.1.19.-** Que el 100% de las becas otorgadas por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, para la formación de posgrado se adecuen a los contenidos de la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 y su Decreto Reglamentario Nº 603/2013

# Indicador

Nº de becas otorgadas por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones para la formación de posgrado adecuadas a los contenidos de la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 y su Decreto Reglamentario Nº 603/2013.

Nº de becas otorgadas por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones para la formación de posgrado.



# Meta

**11.1.20.-** Que el 100% de las acciones de capacitación y fi -  
tos desarrollados por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones destinadas a fortalecer la red de servicios se efectúe con un criterio de interdisciplinariedad, intersectorialidad y/o interculturalidad.

# Indicador

Nº de acciones de capacitación y fi -  
nanciamiento de proyectos desarrolladas por Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

Nº de acciones de capacitación y financiamiento de proyectos desarrolladas por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

## Meta

**11.1.21.-** Que el 100% de las estrategias de capacitación ejecutadas por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones destinadas a trabajadores de la Salud Mental consideren un enfoque orientado a la protección de la salud laboral y la prevención del síndrome de desgaste profesional (“burnout”).

## Indicador

Nº de estrategias de capacitación ejecutadas por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones que consideren un enfoque orientado a la protección de la salud laboral y la prevención del síndrome de desgaste profesional (“burnout”).

---

Nº de estrategias de capacitación ejecutadas por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.



## Meta

**11.1.22.-** Que el 100% de las directrices de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, formuladas con el área de competencia y debidamente aprobadas, sean aplicadas a los servicios de Salud Mental que componen la red.

## Indicador

Nº de directrices aprobadas por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones aplicadas a servicios de Salud Mental que componen la red.

---

Nº total de directrices aprobadas por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones en Salud Mental.



## Meta

**11.1.23.-** Que el 100% de la información epidemiológica avalada y/o procesada por la Unidad de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones sea divulgada públicamente a la población.



# Indicador

Cantidad de información epidemiológica avalada y/o procesada por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones cuyos resultados hayan sido divulgados públicamente a la población.

Cantidad de información epidemiológica avalada y/o procesada por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.



# Meta

**11.1.24.-** Que el 65% de las áreas de epidemiología en Salud Mental y adicciones con dependencia de las jurisdicciones/provincias adopten un criterio unificado para la construcción de información en Salud Mental y adicciones y para la actualización, difusión y monitoreo de los servicios.

# Indicador

Nº de unidades de epidemiología en Salud Mental y adicciones jurisdiccionales con un criterio unificado.

Nº de unidades de epidemiología en Salud Mental y adicciones jurisdiccionales.



# Meta

**11.1.25.-** Que el 100% de los equipos de trabajo de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones implementen un protocolo y/o guía de investigación para la evaluación y sistematización de su práctica profesional.

# Indicador

Nº de equipos de trabajo de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones que implementen un protocolo y/o guía de investigación.

Nº de equipos de trabajo de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

# Meta

**11.1.26.-** Que al menos el 20% de los temas estratégicos de las agencias nacionales y provinciales fi -  
tal y adicciones.

# Indicador

Cantidad de investigaciones promovidas por los organismos públicos financiadores de investi-  
gación que hayan incluido de forma prioritaria la temática de Salud Mental y adicciones.

Cantidad total de investigaciones promovidas por los organismos públicos fi  
investigación.



# Meta

**11.1.27.-** Que el 100 % de las actividades de capacitación destinada a los equipos de las  
guardias de efectores de la red pública de servicios en Salud Mental y adicciones incorporen  
contenidos formativos en atención de intoxicaciones y continuidad de cuidados.

# Indicador

Nº de actividades de capacitación que incorporaron contenidos formativos en atención  
de intoxicaciones y continuidad de cuidados a los equipos de las guardias.

Nº de actividades de capacitación destinada a los equipos de las guardias.



# Meta

**11.1.28.-** Que el 66% de los proyectos fomentados por la Dirección Nacional de Salud  
Mental y Adicciones estén dirigidos a la población infanto-juvenil y/o a los referentes adultos de  
los mismos.

# Indicador

Nº de proyectos avalados por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones que están  
dirigidos a la población infanto-juvenil y/o a los referentes adultos de los mismos.

Nº de proyectos avalados por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

# Meta

**11.1.29.-** Que el 20% de los proyectos avalados por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, fundados en un criterio de inclusión social, estén destinados a adultos mayores con problemáticas de Salud Mental.

# Indicador

Nº de proyectos, avalados por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, fundados en un criterio de inclusión social destinados a adultos mayores con problemáticas de Salud Mental.

Nº de proyectos, avalados por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, fundados en un criterio de inclusión social.



# Meta

**11.1.30.-** Que el 50% de las capacitaciones destinadas a trabajadores de la salud, avaladas por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, incluyan procedimientos para la detección temprana y abordaje de trastornos cognitivos en adultos mayores.

# Indicador

Nº de actividades de capacitación avaladas por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, que hayan incluido procedimientos para la detección temprana y abordaje de trastornos cognitivos en adultos mayores.

Nº total de actividades de capacitación destinada a trabajadores de la salud.



# Meta

**11.1.31.-** Que el 100% de los efectores que brinden atención integral y prevención inespecífica desarrollada con base en la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657,

# Indicador

Cantidad de efectores articulados a la red de servicios de atención integral y prevención inespecífica de Salud Mental Nº 26.657. -

Cantidad de efectores articulados a la red de servicios de atención integral de sustancias psicoactivas y prevención inespecífica

## **11.2.-Informes**

El Ministerio de Salud de la Nación, Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias, Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, monitoreará y evaluará periódicamente, a nivel nacional, el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Salud Mental, elevando al Consejo Federal de Salud (COFESA) los informes de evaluación, así como sugerirá a éste nuevas estrategias y abordajes.

A los efectos del cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013, el Ministerio de Salud de la Nación a través de la Autoridad de Aplicación deberá elaborar un informe anual sobre la ejecución del presente Plan, el cual será publicado y remitido al Órgano de Revisión. (Capítulo IX, Artículo 31; y Capítulo X, Artículo 38 y 39).

## **11.3.-Referentes Nacionales**

La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones designará un grupo de referentes de la misma para acompañar y cooperar con las provincias en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, su Decreto Reglamentario N° 603/2013 y del Plan Nacional de Salud Mental, a través de la cooperación técnica, el asesoramiento y la participación interdisciplinaria.

## **11.4.-Espacios de consultas**

Generar instancias de discusión e intercambio de experiencias sobre los procesos de adecuación institucional y fortalecimiento de la red de servicios con base comunitaria de los efectores de Salud/Salud Mental a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, su Decreto Reglamentario N° 603/2013 y el presente Plan Nacional de Salud Mental, implementándose a escala municipal, provincial, regional y nacional; en espacios participativos e intersectoriales.

# 12-Bibliografía consultada

Ley Nacional N° 26.657 – Derecho a la Protección de la Salud Mental.  
Decreto Reglamentario N° 603/2013.

Ley Nacional N° 25.421 – Programa de Asistencia Primaria de la Salud Mental.

Ley Nacional N° 24.788 - Lucha Contra el Alcoholismo.  
Decreto Reglamentario N° 149/2009.

Ley Nacional N° 26.529 - Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.  
Decreto Reglamentario N° 1.089/2012.

Ley Nacional N° 26.378 - Ratificación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo.

Decreto N° 457/2010 - Creación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

Ley Nacional N° 26.522 – Servicios de Comunicación Audiovisual.  
Decreto Reglamentario 1.225/2010.

Ley Nacional N° 26.061 - Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.  
Decreto Reglamentario N° 415/2006.

Plan Federal de Salud.

“La Bisagra. Políticas sociales en acción”, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Dra. Alicia M. Kirchner, Buenos Aires, Septiembre de 2007.

“Salud Mental. Tutela Jurídica”, Alfredo Jorge Kraut, Rubinzal Culzoni Editores, Buenos Aires 2006.

# 13-Glosario

## **Buenas prácticas en Salud Mental y adicciones:**

A los efectos del presente Plan, se consideran buenas prácticas en Salud Mental y adicciones a las siguientes: a) iniciativas que estén dirigidas al desarrollo de redes comunitarias; b) innovaciones que constituyan aportes al modelo comunitario de atención; c) haber contribuido a resolver las situaciones problemáticas que dieron origen a dichas prácticas; d) contar con un cúmulo suficiente; e) haber generado un impacto positivo en los usuarios/beneficiarios de la misma.

## **Consumos problemáticos de sustancias:**

Se define así al consumo que atenta contra la salud y la construcción de proyectos de vida de las personas. Esto puede darse en los diferentes niveles de consumo (uso, abuso y/o adicción) y con independencia del tipo de sustancia consumida (legal y/o ilegal). Desde esta perspectiva, la posibilidad de que el consumo de una sustancia genere un mayor o menor problema para la persona o para la comunidad, se halla relacionada no con las propiedades inherentes a la sustancia, sino fundamentalmente con el vínculo que la persona establece con la misma en una determinada circunstancia vital.

## **Inclusión social:**

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

## **Institución monovalente:**

Institución con dependencia sanitaria cuyo modelo asistencial se aplica a una patología en particular y en la cual se pone de manifiesto el desempeño de estas instituciones se identifica con la anomia, aislamiento, vulneración de los derechos de los pacientes durante el proceso de atención y, fundamentalmente, de desplazamiento de funciones de cumplir satisfactoriamente con su rol asistencial y contribuye mediante su accionar a la generación de efectos iatrogénicos asociados a la cronicidad.

### **Interdisciplinariedad:**

Comprende los procesos de integración de las teorías, métodos, instrumentos, saberes y/o procedimientos fundamentados en distintos saberes profesionales, técnicos, de otros agentes formales de salud y/o recursos no convencionales, debidamente capacitados, cuyo objetivo sea garantizar la calidad e integralidad de las prácticas en el ámbito de las instituciones de salud.

### **Intersectorialidad:**

Designa la coordinación de objetivos, acciones y/o recursos entre los distintos sectores del Estado y de la sociedad civil que actúen, entre otras, en las áreas de desarrollo social, trabajo, niñez, educación, planifi  
promover y desarrollar acciones tendientes al logro de la inclusión social.

### **Modelo comunitario de atención:**

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

### **Prevención:**

Conjunto de medidas, estrategias y acciones destinadas a reducir la posibilidad de que acontezca un daño y/o enfermedad, suprimir los factores de riesgo asociados a patologías específicas

orientadas a reducir o mitigar las consecuencias de la enfermedad una vez desencadenada. Se basa en el principio de que cuanto más tempranamente se actúe a fin de evitar y/o actuar contra el curso de la enfermedad, más eficientes  
las medidas adoptadas.

### **Prevención primaria:**

Alude a las acciones adoptadas sobre ciertos grupos poblacionales con la finalidad de suprimir los factores de riesgo y/o brindar medidas de protección específica ante patologías reconocidas. La meta de los programas de prevención primaria consiste en llegar a la mayor cantidad posible de grupos de población vulnerable que están en riesgo de sufrir un daño determinado.

### **Prevención secundaria:**

Tiene como finalidad detener o retardar el progreso de la enfermedad mediante la detección precoz y el tratamiento rápido y efectivo. Las medidas de screening o tamizaje (detección precoz) están comprendidas en este nivel de prevención, siempre que las personas que manifiestan  
síntomas o signos de alarma  
deben recibir atención oportuna y efectiva

### **Prevención terciaria:**

Tiene como objetivo mitigar o disminuir las consecuencias limitantes asociadas a las enfermedades y/o lesiones una vez producidas o bien reducir y/o evitar las recaídas o complicaciones mediante medidas de rehabilitación e inclusión que permitan al sujeto recuperar sus capacidades físicas psíquicas y/o sociales.

### **Proceso de adecuación institucional:**

Comprende la transformación de los procesos administrativos, de gestión, de recursos humanos, asistenciales edilicios y/o presupuestarios, así como de las prácticas de salud de todos los efectores cuyo objetivo sea la atención de la Salud Mental en la población, de conformidad con lo dispuesto por la Ley Nacional N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013. En relación a las instituciones monovalentes con régimen asilar, y previa conformidad con la Autoridad de Aplicación territorial, deberán diseñar un plan de adecuación que permita revertir la cronificación e institucionalización, garantizar el respeto de los derechos de los pacientes, lograr la apertura e integración de servicios a las redes comunitarias de base territorial y establecer procedimientos para la regulación de los ingresos a fi

### **Recursos humanos no convencionales:**

Comprende los recursos existentes en la comunidad que no poseen certificación oficial. Tales recursos humanos no convencionales debidamente capacitados pueden contribuir mediante su participación de forma coordinada con los agentes del sistema formal en el diseño, implementación y evaluación de las acciones asistenciales y/o de inclusión social.

### **Red de servicios con base en la comunidad:**

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

### **Servicios de salud:**

“En un sentido no restrictivo, referente a la promoción de la salud mental, prevención del padecimiento, intervención temprana, tratamiento, rehabilitación, y/o inclusión social, reducción de daños evitables o cualquier otro objetivo de apoyo o acompañamiento que se desarrolle en los ámbitos públicos o privados”. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013 (Capítulo I, Artículo 4).



### **Sistema de apoyo:**

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

### **Sistema de recolección y análisis de información de Salud Mental y adicciones:**

Combinación de pautas, procedimientos y recursos para la obtención, registro, sistematización, procesamiento y análisis de la información destinada a la toma de decisiones y el diseño de las políticas públicas en salud mental y adicciones. En relación a los criterios clasifi

Reglamentario N° 603/2013 de la Ley Nacional N° 26.657 indica que “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 Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones decide que, hasta no disponer de un sistema de clasificación propio y/o adaptado específicamente para nuestro país, se utilizará el sistema sugerido por la OMS (C.I.E. 10).

### **Sobrediagnóstico:**

Acción devenida de métodos de tamizaje, screening o de diagnóstico, probados y validados científicamente en el ámbito de la salud, cuando arrojan erróneamente un resultado determinado. Esto puede suceder por errores inherentes a los propios métodos, al incluir su margen de error estadístico y cuyo ejemplo paradigmático es el resultado denominado *falso positivo*, entre otros indicadores de sensibilidad y especificidad mencionados métodos.

Colaboraron en la elaboración del presente Plan Nacional de Salud Mental por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones:

Lic. Alberto CALABRESE

Lic. Daniela MORENO

Lic. Elida LÓPEZ CEPERO

Lic. María Inés TORRES

Lic. Martín DE LELLIS

Equipo de Comunicación Social (Coord.: Lic. Andrea DEMASI)

Equipo de Epidemiología (Coord.: Lic. Miriam SOLA)