

LEY NACIONAL DE LUCHA CONTRA EL ALCOHOLISMO N° 24.788 ARGENTINA



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación

LEY NACIONAL DE
LUCHA CONTRA
EL ALCOHOLISMO N° 24.788

Autoridades Nacionales

Presidenta de la Nación

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Ministro de Salud

Dr. Juan Manzur

Secretario de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias

Dr. Eduardo Mario Bustos Villar

Director Nacional de Salud Mental y Adicciones

Lic. María Matilde Massa

LEY NACIONAL DE LUCHA CONTRA EL ALCOHOLISMO

Ley 24.788

Prohíbese en todo el territorio nacional, el expendio a menores de dieciocho años, de todo tipo de bebidas alcohólicas. Créase el Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol.

Sancionada: Marzo 5 de 1997.

Promulgada de Hecho: Marzo 31 de 1997.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc., sancionan con fuerza de Ley:

LEY NACIONAL DE LUCHA CONTRA EL ALCOHOLISMO

ARTICULO 1°-Queda prohibido en todo el territorio nacional, el expendio de todo tipo de bebidas alcohólicas a menores de dieciocho años de edad.

ARTICULO 2°-Declárase de interés nacional la lucha contra el consumo excesivo de alcohol.

ARTICULO 3°-A los efectos de esta ley, se considerarán bebidas alcohólicas aquellas que contengan alcohol cualquiera sea su graduación.

ARTICULO 4°-La prohibición regirá cualquiera sea la naturaleza de las bocas de expendio, ya sea que se dediquen en forma total o parcial a la comercialización de bebidas.

Queda prohibido el consumo de bebidas alcohólicas en la vía pública y en el interior de los estadios u otros sitios, cuando se realicen en forma masiva actividades deportivas, educativas, culturales y/o artísticas, excepto en los lugares y horarios expresamente habilitados por la autoridad competente.

ARTICULO 5°-Las bebidas alcohólicas que se comercialicen en el país, deberán llevar en sus envases, con caracteres destacables y en un lugar visible, la graduación alcohólica correspondiente a su contenido. También se consignarán las siguientes leyendas: “Beber con moderación”. “Prohibida su venta a menores de 18 años”.

ARTICULO 6°-Queda prohibida toda publicidad o incentivo de consumo de bebidas alcohólicas, que:

- a) Sea dirigida a menores de dieciocho (18) años;
- b) Utilicen en ella a menores de dieciocho (18) años bebiendo;
- c) Sugiera que el consumo de bebidas alcohólicas mejora el rendimiento físico o intelectual de las personas;
- d) Utilice el consumo de bebidas alcohólicas como estimulante de la sexualidad y/o de la violencia en cualquiera de sus manifestaciones;
- e) No incluya en letra y lugar visible las leyendas “Beber con moderación”. “Prohibida su venta a menores de 18 años”.

ARTICULO 7°-Prohíbese en todo el territorio nacional la realización de concursos, torneos o eventos de cualquier naturaleza, sea con o sin fines de lucro, que requieran la ingesta de bebidas alcohólicas desnaturalizando los principios de la degustación, de la catación o cualquier otra manera destinada a evaluar la calidad de los productos.

ARTICULO 8° - Créase el Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol, que será conformado por representantes de los Ministerios de Salud y Acción Social de la Nación, de Cultura y Educación de la Nación, de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico.

ARTICULO 9°-El Consejo Federal de Cultura y Educación acordará los aspectos educativos del Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol, debiendo incluir en los contenidos curriculares de todos los niveles, ciclos y modalidades temas vinculados al consumo excesivo de alcohol.

ARTICULO 10.-Los establecimientos médico-asistenciales públicos, del sistema de seguridad social y privado, deberán encarar acciones de prevención primaria de acuerdo a su nivel de complejidad: y de detección precoz de la patología vinculada con el consumo excesivo de alcohol.

ARTICULO 11.-El Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol, contará con un consejo asesor que estará integrado por representantes de instituciones públicas y/o privadas cuyos fines se relacionen con los objetivos del programa y serán designados por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación y el Ministerio de Cultura y Educación de la Nación y la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico.

ARTICULO 12. -Las obras sociales y asociaciones de obras sociales, incluidas en la Ley 23.660, beneficiarias del Fondo de Redistribución de la Ley 23.661, y las entidades de medicina prepaga, deberán reconocer en la cobertura para los tratamientos médicos, farmacológicos

cos y/o psicológicos, la patología del consumo de alcohol, determinada en la Clasificación Internacional de Enfermedades declaradas por el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud Deberán brindar a los pacientes alcohólicos la asistencia y rehabilitación que su estado requiera, como asimismo encarar acciones de prevención primaria.

ARTICULO 13.-Las obras sociales elaborarán los programas destinados a cubrir las contingencias previstas en el artículo precedente que deberán presentados ante la ANSSAL para su aprobación y financiamiento, previa existencia en el presupuesto general de la Nación de partidas específicas destinadas a tal fin.

La no presentación en tiempo y forma de los programas previstos generará las sanciones establecidas en las leyes 23.660 y 23.661 con relación a las infracciones.

ARTICULO 14.-La violación a la prohibición de expendio de bebidas alcohólicas de los artículos 1° y 4° será sancionada con multa de quinientos a diez mil pesos o la clausura del local o establecimiento por el termino de diez días.

En caso de reincidencia la multa podrá elevarse hasta mil pesos en su mínimo y cincuenta mil pesos en su máximo, y la clausura del local o establecimiento hasta ciento ochenta días.

ARTICULO 15.-El que infrinja lo dispuesto en el artículo 7°, será reprimido con prisión de seis meses a dos años y con una multa de dos mil a veinte mil pesos. Además se impondrá la clausura del local donde se realizaren los hechos, por un término de hasta treinta días.

En caso de reincidencia, la clausura del local será definitiva.

Si a consecuencia del hecho resultare la muerte de alguna persona, la pena será de dos a cinco años de prisión, y si resultaren lesiones la pena será de uno a cuatro años de prisión.

Si la víctima del hecho resultare un menor de dieciocho años de edad la pena máxima se elevará en un tercio.

ARTICULO 16.-En caso de producirse las consecuencias a que se refiere el tercero y cuarto párrafo del artículo anterior, la clausura del local será definitiva.

ARTICULO 17.-Sustitúyese el texto del inciso a) del artículo 48, de la Ley 24.449 por el siguiente:

“Inciso a): Queda prohibido conducir con impedimentos físicos o psíquicos, sin la licencia especial correspondiente, habiendo consumido estupefacientes o medicamentos que disminuyan la aptitud para conducir. Conducir cualquier tipo de vehículos con una alcoholemia superior a 500 miligramos por litro de sangre. Para quienes conduzcan motocicletas o ciclomotores queda prohibido hacerlo con una alcoholemia superior a 200 miligramos por litro de sangre. Para vehículos destinados al transporte de pasajeros de menores y de carga, queda prohibido hacer cualquiera sea la concentración por litro de sangre. La autoridad competente realizará el respectivo control mediante el método adecuado aprobado a tal fin por el organismo sanitario.”

ARTICULO 18.-La violación a lo previsto en los artículos 5° y 6° será sancionada con multa de cinco mil a cien mil pesos. La sanción por la infracción al artículo 6° se aplicará tan al anunciante como a la empresa publicitaria.

ARTICULO 19.-La aplicación de las sanciones previstas en esta ley en el ámbito de Capital Federal, será competencia de la Justicia en lo Correccional; con excepción de las establecidas en los artículos 15 y 16 que será competencia de los tribunales en lo criminal.

ARTICULO 20.-Las multas que se recauden por aplicación de la presente ley serán de tinadas:

- a) Un cuarenta por ciento (40 %) al programa creado en el artículo 8°;
- b) Un sesenta por ciento (60 %) a las jurisdicciones en las que fueran percibidas para ser aplicadas a los programas previstos en los artículos 9° y 10.

ARTICULO 21.-Los contratos relacionados con la publicidad de bebidas alcohólicas respecto de los cuales la autoridad competente tenga acreditado que fueron ce-

lebrados con anterioridad la vigencia de la presente ley, podrán ser ejecutados sin atenerse a sus preceptos por el plazo de seis (6) meses contados a partir de la fecha de la firma de los mismos.

ARTICULO 22.-La presente ley tendrá vigencia en todo el territorio nacional, con la excepción del artículo 17, en el que regirá la adhesión de las provincias y la ciudad de Buenos Aires conforme al artículo 91 de la Ley 24.449.

ARTICULO 23.-Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, LOS CINCO DIAS DEL MES DE MARZO DEL AÑO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE.

ALBERTO R. PIERRI.-EDUARDO MENEM.- Juan Estrada.-Edgardo Piuzei.

LEY NACIONAL DE LUCHA CONTRA EL ALCOHOLISMO

Decreto 149/2009

Apruébase la reglamentación de la Ley N° 24.788.

Bs. As., 3/3/2009

VISTO la Ley N° 24.788 y el Expediente N° 2002-2938/98-9 del registro del ex MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL, y CONSIDERANDO:

Que en las mencionadas actuaciones, el MINISTERIO DE SALUD, a través de la SECRETARIA DE PROMOCION Y PROGRAMAS SANITARIOS, tramita la reglamentación de la Ley Nacional de Lucha Contra el Alcoholismo N° 24.788.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS del MINISTERIO DE SALUD ha tomado la intervención de su competencia.

Que el presente se dicta en ejercicio de las atribuciones conferidas por el artículo 99, inciso 2, de la

CONSTITUCION NACIONAL.

Por ello,

LA PRESIDENTA DE LA NACION ARGENTINA DECRETA

Artículo 1° — Apruébase la Reglamentación de la Ley Nacional de Lucha Contra el Alcoholismo N° 24.788 que, como Anexo I, forma parte integrante del presente Decreto.

Art. 2° — Las normas expresadas en el artículo 6° de la Reglamentación serán de cumplimiento obligatorio a partir de los SESENTA (60) días corridos, contados desde la vigencia de la misma.

Art. 3° — El PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y LUCHA CONTRA EL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL, conformado según se indica en el artículo 8° de la Reglamentación deberá integrarse en un plazo máximo de TREINTA (30) días corridos, contado a partir de la vigencia de la presente Re-

glamentación y fijar su reglamento interno y programación anual dentro de los SESENTA (60) días subsiguientes.

Art. 4° — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — FERNANDEZ DE KIRCHNER. — Sergio T. Massa. — Aníbal D. Fernández. — María G. Ocaña.

ANEXO I

REGLAMENTACION DE LA LEY N° 24.788

ARTICULO 1°.- En todas las bocas de expendio de bebidas alcohólicas, cualquiera fuere su envergadura, deberá exhibirse ante el público consumidor, por cualquier medio —afiches, carteles, stickers, etc.—, y con letras con suficiente relieve, tamaño y visibilidad, la leyenda: “PROHIBIDA LA VENTA DE BEBIDAS ALCOHOLICAS A MENORES DE 18 AÑOS - LEY NACIONAL DE LUCHA CONTRA EL ALCOHOLISMO - N° 24.788”. Deberá propiciarse el conocimiento de las responsabilidades éticas y le-

gales de quienes comercializan y expenden bebidas alcohólicas y la implementación de mecanismos de control.

ARTICULO 2°.- SIN REGLAMENTAR.

ARTICULO 3°.- A los efectos de la interpretación de los alcances de la Ley N° 24.788 deberá entenderse por “Bebidas Alcohólicas” todas aquellas que se encuentren regidas y definidas como tales por el Código Alimentario Argentino (C.A.A.) y que fermentadas o no tienen un contenido de alcohol superior a CINCO POR MIL (5%) en volumen medido a VEINTE GRADOS CENTIGRADOS (20°C).

ARTICULO 4°.- Considérase “boca de expendio” todo local, establecimiento o lugar, fijo o móvil, en el cual se suministren, a cualquier título, bebidas alcohólicas.

La autoridad competente local regulará la prohibición de consumo de bebidas alcohólicas en la periferia y en el interior de los estadios u otros sitios

en los que se realicen actividades de convocatoria masiva.

ARTICULO 5°.- La graduación alcohólica y las leyendas “BEBER CON MODERACION y PROHIBIDA SU VENTA A MENORES DE 18 AÑOS”, deberán figurar en el envase primario de las bebidas alcohólicas que se comercialicen en el país, debiendo figurar en letras con suficiente relieve y visibilidad y una altura no inferior a UN MILIMETRO (1 mm), de acuerdo a lo dispuesto en las Resoluciones Nros. 43/02 de la ex SECRETARIA DE LA COMPETENCIA, LA DES-REGULACION Y LA DEFENSA DEL CONSUMIDOR y 146/04, apartado 9.2, de la ex SECRETARIA DE COORDINACION TECNICA.

La cantidad nominal del producto contenido deberá respetar las proporciones entre la altura de las letras y los números y de la superficie de la cara principal de acuerdo a la Tabla 1 que como Anexo forma parte integrante del presente artículo. Serán autoridades de aplicación de las normas del presente artículo, en sus respectivas jurisdicciones, el

MINISTERIO DE SALUD, a través del INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTOS dependiente de la ADMINISTRACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGIA MEDICA y el MINISTERIO DE PRODUCCION a través del INSTITUTO NACIONAL DE VITIVINICULTURA.

(Artículo sustituido por art. 1° del Decreto N° 688/2009 B.O. 11/6/2009)

Tabla 1

Superficie de la cara principal en cm2	Altura mínima de los números en mm
Mayor que 10 y menor que 40	2.0
Entre 40 y 170	3.0
Entre 170 y 650	4.5
Entre 650 y 2600	6.0
Mayor que 2600	10.0

ARTICULO 6°.- La publicidad de bebidas alcohólicas en los distintos medios de comunicación masiva (televisivo, cinematográfico, radial, gráfico, etc.) deberá incluir, las leyendas “BEBER CON MODERACION” y “PROHIBIDA SU VENTA A MENORES DE 18 AÑOS”.

En la publicidad en medios audiovisuales estas advertencias deberán estar sobreimpresas al pie de la imagen, con caracteres tipográficos de una altura igual o mayor al DOS POR CIENTO (2%) de la pantalla utilizada en el respectivo mensaje publicitario, de manera que permita su lectura por parte del público sin ningún esfuerzo, durante toda la emisión.

Esta sobreimpresión podrá ser reemplazada por una imagen fija con las advertencias en letras blancas sobre fondo negro, que se emita durante un lapso no inferior a CINCO SEGUNDOS (5”) como finalización del aviso. La imagen fija deberá respetar una altura igual mayor al SIETE POR CIENTO (7%) de la superficie de la pantalla utilizada en el respectivo mensaje publicitario.

Lo relacionado con la publicidad, incluida en señales o programas provenientes del exterior, estará comprendido en la regulación establecida o que se estableciere en materia de difusión de publicidad a través de las señales de televisión por cable o satelital y los mensajes publicitarios que se emitan deberán cumplir con la normativa señalada anteriormente.

La publicidad radial o sonora, en cualquiera de sus modalidades, deberá finalizar con las advertencias “BEBA CON MODERACION” y “ESTA PROHIBIDA LA VENTA DE BEBIDAS ALCOHOLICAS A MENORES DE 18 AÑOS” sin fondo musical. El tiempo de emisión de estas advertencias no se computará a los efectos establecidos en el artículo 71 de la Ley N° 22.285 y sus modificatorias.

Tratándose de publicidad gráfica, tanto en la vía pública —estática o móvil— como en periódicos, revistas e impresos en general, las leyendas deberán insertarse dentro del espacio destinado al aviso de publicidad, ocupando no menos del TRES POR CIENTO (3%) de la superficie total del aviso o de la fracción del mismo

destinada a publicitar bebidas alcohólicas cuando estén integradas en un aviso para distintos productos. Esta norma no será aplicable a los materiales y/o elementos destinados a la promoción que realicen, a título gratuito, las empresas productoras y/o comercializadoras, con el objeto de presentar, difundir o consolidar sus marcas en el mercado mediante la utilización de distintos medios de propaganda a través de otros elementos (sombrillas, mesas, servilletas, vasos, relojes, etc.).

Inciso a) la prohibición alcanza a toda publicidad —directa, indirecta (no tradicional), institucional— o al incentivo de consumo alcohólico en la programación que se emitan por medios masivos de comunicación (radio y televisión) en el horario de protección al menor, cuando sus contenidos principales estén especialmente dirigidos a menores o a público infantil; en programas cinematográficos destinados a menores o público infantil; en espectáculos públicos (deportivos, culturales o artísticos) cuyos contenidos principales estén dirigidos a menores o público infantil; y en medios gráficos cuyos contenidos principales estén especialmente

dirigidos a público infantil.

Inciso b) La prohibición alcanza a toda publicidad —directa, indirecta (no tradicional), institucional— que se emite por medios masivos de comunicación (radio y televisión) o en programas cinematográficos siendo condición obligatoria para su emisión la presentación de declaración jurada del anunciante certificando la no participación de menores, en roles de bebedores y/o consumidores de alcohol.

Inciso c) la prohibición alcanza a la publicidad o incentivo de consumo que utilice a deportistas; intelectuales; científicos o profesionales notorios; o en general personas de fama o con habilidades especiales, cuando a través de sus dichos o conductas sugieran que el consumo de bebidas alcohólicas mejora el rendimiento físico o intelectual.

Inciso d) SIN REGLAMENTAR

Inciso e) SIN REGLAMENTAR

Serán autoridades de aplicación de las normas del presente artículo, el COMITE FEDERAL DE RADIODIFUSION dependiente de la SECRETARIA DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN de la JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS, en el ámbito de su competencia definida por la Ley N° 22.285, el INSTITUTO NACIONAL DE CINE Y ARTES AUDIOVISUALES dependiente de la SECRETARIA DE CULTURA de la PRESIDENCIA DE LA NACION, en el ámbito de su competencia definida por la Ley N° 17.741 (T.O. 2001) y sus modificatorias y las autoridades jurisdiccionales que correspondieren, en tanto esas jurisdicciones hubieran adherido a la Ley N° 24.788.

(Artículo sustituido por art. 2° del Decreto N° 688/2009 B.O. 11/6/2009).

ARTICULO 7°.- SIN REGLAMENTAR.

ARTICULO 8°.- EL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCION Y LUCHA CONTRA EL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL, estará conformado por representantes, con rango no inferior al de Director o Responsable

de Programa, de los Ministerios de SALUD, de EDUCACION y de la SECRETARIA DE PROGRAMACION PARA LA PREVENCIÓN DE LA DROGADICCIÓN y LA LUCHA CONTRA EL NARCOTRÁFICO (SEDONAR) de la PRESIDENCIA DE LA NACIÓN, y/o la autoridad nacional máxima competente en prevención y tratamiento de adicciones.

El PROGRAMA tendrá su sede en el MINISTERIO DE SALUD y su representante ejercerá la coordinación del mismo, y tendrá entre sus competencias el control económico, financiero y humano de acuerdo al desarrollo del PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y LUCHA CONTRA EL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL.

El PROGRAMA se financiará con los recursos a que se refiere el artículo 20, inciso a) de la Ley N° 24.788 y los que le sean asignados anualmente por los organismos que lo conforman.

Los representantes de las distintas áreas de la Administración Nacional designados para conformar la

conducción del PROGRAMA lo harán sin perjuicio del ejercicio de sus funciones, sin derecho a retribución adicional por ello.

ARTICULO 9°.- El PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y LUCHA CONTRA EL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL acordará con el CONSEJO FEDERAL DE EDUCACIÓN; los contenidos a que alude el artículo 9° de la Ley N° 24.788 a través de la COMISIÓN INTERSECTORIAL SALUD-EDUCACIÓN, promoviendo la elaboración de materiales y recursos didácticos para sustentar el tratamiento curricular de los temas vinculados al consumo de alcohol y sus consecuencias en la salud de las personas desde un enfoque de promoción integral de la salud.

ARTICULO 10.- El PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y LUCHA CONTRA EL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL propondrá a la autoridad sanitaria nacional las normas técnicas a dictar orientadas a las acciones de prevención primaria y detección precoz de patologías vinculadas con el consumo excesivo de alcohol, promoviendo la formación de profesionales

de atención primaria de la salud en la identificación de bebedores de riesgo. Dicha normativa tendrá carácter obligatorio para todos los establecimientos médico-asistenciales públicos y privados y/o del sistema de seguridad social.

ARTICULO 11. - El PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y LUCHA CONTRA EL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL constituirá el Consejo Asesor a que refiere el artículo 11 de la Ley N° 24.788, el que estará integrado por representantes de entidades y/u organizaciones públicas con experiencia en la defensa de políticas destinadas a reducir y prevenir los daños ocasionados por el alcohol. Al efecto los integrantes del mencionado Consejo Asesor serán propuestos: DOS (2) por el MINISTERIO DE SALUD, DOS (2) por el MINISTERIO DE EDUCACION, DOS (2) por la SECRETARIA DE PROGRAMACION PARA LA PREVENCIÓN DE LA DROGADICCION Y LA LUCHA CONTRA EL NARCOTRAFICO (SEDRONAR) de la PRESIDENCIA DE LA NACION, UNO (1) por el CONSEJO FEDERAL DE SALUD, UNO (1) por el CONSEJO FEDERAL DE EDUCACION y UNO (1) por el CONSEJO FEDERAL

PARA LA PREVENCIÓN Y ASISTENCIA DE LAS ADICCIONES Y CONTROL DE NARCOTRAFICO quienes se desempeñarán sin perjuicio de sus funciones.

Su designación y tareas no darán derecho a retribución pecuniaria alguna por parte del PROGRAMA.

El Consejo Asesor podrá convocar como invitados a representantes de organizaciones y/o entidades privadas con experiencia en la temática.

ARTICULO 12.- Las obras sociales incluidas en la Ley N° 23.660 y sus modificatorias, beneficiarias de los recursos del Fondo Solidario de Redistribución creado por la Ley N° 23.661 y sus modificatorias, y las entidades de medicina prepaga deberán cubrir todos los aspectos médicos, farmacológicos y/o psicológicos exigidos por los tratamientos de las patologías vinculadas con el consumo excesivo de alcohol, según lo determina la CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE 10) publicada por la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). A tal fin el MINISTERIO DE SALUD conjuntamente con la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD definirán

los alcances de la expresión “consumo excesivo de alcohol” y precisarán las patologías vinculadas que recibirán cobertura.

El PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y LUCHA CONTRA EL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL propondrá el dictado de las normas técnicas orientadas a las acciones asistenciales de prevención primaria, y de rehabilitación referidas en la Ley N° 24.788 y las necesarias para el tratamiento del enfermo alcohólico de manera que las mismas formen parte del Programa Médico Obligatorio a que se refiere el artículo 1° del Decreto N° 492 del 22 de setiembre de 1995.

Los medicamentos que se utilicen en los tratamientos farmacológicos y específicos del alcoholismo deberán estar aprobados por la ADMINISTRACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGIA MEDICA (A.N.M.A.T.) dependiente del MINISTERIO DE SALUD.

ARTICULO 13.- El PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y LUCHA CONTRA EL CONSUMO EXCE-

SIVO DE ALCOHOL propondrá a la autoridad sanitaria nacional el dictado de las normas técnicas orientadas a la elaboración de los lineamientos básicos destinados a cubrir las contingencias previstas en el artículo 12 de la Ley N° 24.788, que serán presentados para su aprobación y financiamiento a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y/o ante la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES, según corresponda.

El MINISTERIO DE SALUD queda facultado para establecer los plazos para la presentación de los programas previstos por el artículo 13 de la Ley N° 24.788.

ARTICULO 14.- SIN REGLAMENTAR.

ARTICULO 15.- SIN REGLAMENTAR.

ARTICULO 16.- SIN REGLAMENTAR.

ARTICULO 17.- Las autoridades nacionales competentes propenderán a la inclusión de estímulos para la utilización de medios de transportes alternativos y la creación de programas obligatorios de educación

y tratamiento para conductores reincidentes en estas infracciones invitando a las provincias a adherir a la reglamentación del inciso a) del artículo 48 de la Ley N° 24.449, modificado por el artículo 17 de la Ley N° 24.788.

ARTICULO 18.- El COMITE FEDERAL DE RADIODIFUSION, en tanto autoridad de aplicación del presente artículo en el ámbito de su competencia definida por la Ley N° 22.285, a través de la DIRECCION NACIONAL DE SUPERVISION Y EVALUACION elevará y un informe escrito de las violaciones al artículo 6° de la Ley N° 24.788 detectadas por su área de fiscalización y evaluación y/o denunciadas por terceros a la Coordinación del PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y LUCHA CONTRA EL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL, creado por el artículo 8° de la Ley que se reglamenta para hacer efectiva la penalización prevista.

ARTICULO 19.- Los gobiernos provinciales que hubieran adherido a la Ley N° 24.788 determinarán la autoridad competente, para aplicar las sanciones previstas en la Ley e informarán tal circunstancia al PROGRAMA en el término de TREINTA (30) días de dictado el presente decreto.

Cuando surgiera que la presunta infracción afecta a más de una jurisdicción las actuaciones serán remitidas a la Justicia Nacional en lo Correccional con excepción de las sanciones previstas en los artículos 15 y 16 de la Ley N° 24.788, que serán competencia de los tribunales en lo Criminal para su trámite. En este caso la autoridad local quedará facultada para efectuar las actuaciones preventivas que puedan realizarse en el ámbito de su competencia.

ARTICULO 20.- Las autoridades de aplicación de las sanciones por infracción a la Ley N° 24.788 deberán informar a la autoridad sanitaria de cada jurisdicción sobre los montos de las multas percibidas por infracción a la citada Ley, circunstancia que deberá ser comunicada por ésta al PROGRAMA a fin de verificar el correcto cumplimiento de la aplicación de fondos ordenada.

ARTICULO 21.- SIN REGLAMENTAR.

ARTICULO 22.- SIN REGLAMENTAR.

LUCHA CONTRA EL ALCOHOLISMO

Decreto 688/2009

Modifícase el Decreto N° 149/09 relacionado a la publicidad o incentivo de consumo de bebidas alcohólicas.
Bs. As., 10/6/2009

VISTO, la Ley N° 24.788 y el Decreto N° 149 de fecha 3 de marzo de 2009 y, CONSIDERANDO:

Que la Ley Nacional de Lucha contra el Alcoholismo N° 24.788 declaró de interés nacional la lucha contra el consumo excesivo de alcohol, a la vez que impuso restricciones a la venta de bebidas alcohólicas a menores de DIECIOCHO (18) años, a la publicidad o incentivo de consumo de bebidas alcohólicas, y creó el PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y LUCHA CONTRA EL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL.

Que la ratio de este cuerpo legal, consiste en evitar el incremento del consumo de bebidas alcohólicas, sobre todo en el universo más vulnerable de la sociedad, los

menores de edad, disponiendo una serie de medidas orientadas a ese fin.

Que el Poder Ejecutivo Nacional, en ejercicio de las atribuciones conferidas por el artículo 99, inciso 2°, de la CONSTITUCION NACIONAL, aprobó mediante el Decreto N° 149/09 la reglamentación de la referida norma.

Que, en tanto se trata de un reglamento de ejecución, el Decreto N° 149/09 no puede contener prohibiciones que vayan más allá de las que establece la ley que reglamenta, debiendo seguir las premisas que de ella emanan.

Que la reglamentación del artículo 5° de la Ley N° 24.788 ha establecido determinados parámetros respecto de los envases de las bebidas alcohólicas que se comercialicen en el país, en lo atinente a las formas con las que debe figurar la graduación alcohólica y las leyendas “BEBER CON MODERACION” y “PROHIBIDA SU VENTA A MENORES DE 18 AÑOS”, así como su contenido nominal.

Que, asimismo, la reglamentación del artículo 6° de la Ley N° 24.788, en su primer párrafo, se refiere a la exigencia de que se incluyan las leyendas “BEBER CON MODERACION” y “PROHIBIDA SU VENTA A MENORES DE 18 AÑOS” en la publicidad en medios audiovisuales.

Que en ambos casos deviene imprescindible aclarar determinadas pautas de la reglamentación, de claro contenido técnico, a los fines de evitar un exceso que desnaturalice los preceptos de la Ley N° 24.788.

Que, por su parte, el inciso a) del artículo 6° de la Ley en cuestión se refiere a la prohibición de publicidad o incentivo de consumo de bebidas alcohólicas que “... sea dirigida a menores de DIECIOCHO (18) años...”. La reglamentación del referido inciso, en consecuencia, debe seguir la misma premisa y, por tanto, se impone la modificación de la redacción establecida por el Decreto N° 149/09, de manera que resulte patente que lo que la norma prescribe es la prohibición de la publicidad o incentivo de consumo de bebidas alcohólicas que se emitan por medios masivos de comunicación en el

horario de protección al menor; en programas cinematográficos; en espectáculos públicos y medios gráficos, en los casos en que los contenidos principales de la programación, película, espectáculo o medio gráfico, respectivamente, estén especialmente dirigidos a menores o público infantil.

Que, finalmente, el inciso c) del artículo 6° de la Ley N° 24.788 extiende la prohibición a la publicidad o incentivo de consumo, que “...sugiera que el consumo de bebidas alcohólicas mejora el rendimiento físico o intelectual de las personas...”.

Que, teniendo en cuenta que la ley claramente se refiere en este punto al mensaje que transmite la publicidad o incentivo de consumo, es decir, a aquellos casos en los que se ligue expresamente el consumo de bebidas alcohólicas a una mejora en el rendimiento físico o intelectual de sus consumidores, cabe precisar los términos de la reglamentación, de manera de evitar interpretaciones y aplicaciones erróneas.

Que han tomado intervención los servicios jurídicos competentes.

Que el presente se dicta en ejercicio de las atribuciones conferidas por el artículo 99, inciso 2, de la CONSTITUCION NACIONAL.

Por ello,
LA PRESIDENTA DE LA NACION ARGENTINA DECRETA:

Artículo 1° — Sustitúyese el artículo 5° del Anexo I del Decreto N° 149/2009 por el siguiente:

“ARTICULO 5°.- La graduación alcohólica y las leyendas “BEBER CON MODERACION y PROHIBIDA SU VENTA A MENORES DE 18 AÑOS”, deberán figurar en el envase primario de las bebidas alcohólicas que se comercialicen en el país, debiendo figurar en letras con suficiente relieve y visibilidad y una altura no inferior a UN MILIMETRO (1 mm), de acuerdo a lo dispuesto en las Resoluciones Nros. 43/02 de la ex SECRETARIA DE LA COMPETENCIA, LA DESREGULACION Y LA

DEFENSA DEL CONSUMIDOR y 146/04, apartado 9.2, de la ex SECRETARIA DE COORDINACION TECNICA.

La cantidad nominal del producto contenido deberá respetar las proporciones entre la altura de las letras y los números y de la superficie de la cara principal de acuerdo a la Tabla 1 que como Anexo forma parte integrante del presente artículo. Serán autoridades de aplicación de las normas del presente artículo, en sus respectivas jurisdicciones, el MINISTERIO DE SALUD, a través del INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTOS dependiente de la ADMINISTRACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGIA MEDICA y el MINISTERIO DE PRODUCCION a través del INSTITUTO NACIONAL DE VITIVINICULTURA”.

Art. 2° — Sustitúyese el artículo 6° del Anexo I del Decreto, N° 149/2009 por el siguiente:

“ARTICULO 6°.- La publicidad de bebidas alcohólicas en los distintos medios de comunicación masiva (televisivo, cinematográfico, radial, gráfico, etc.) deberá incluir, las leyendas “BEBER CON MODERACION” y

“PROHIBIDA SU VENTA A MENORES DE 18 AÑOS”.

En la publicidad en medios audiovisuales estas advertencias deberán estar sobreimpresas al pie de la imagen, con caracteres tipográficos de una altura igual o mayor al DOS POR CIENTO (2%) de la pantalla utilizada en el respectivo mensaje publicitario, de manera que permita su lectura por parte del público sin ningún esfuerzo, durante toda la emisión.

Esta sobreimpresión podrá ser reemplazada por una imagen fija con las advertencias en letras blancas sobre fondo negro, que se emita durante un lapso no inferior a CINCO SEGUNDOS (5”) como finalización del aviso. La imagen fija deberá respetar una altura igual mayor al SIETE POR CIENTO (7%) de la superficie de la pantalla utilizada en el respectivo mensaje publicitario.

Lo relacionado con la publicidad, incluida en señales o programas provenientes del exterior, estará comprendido en la regulación establecida o que se estableciere en materia de difusión de publicidad a través de las señales de televisión por cable o satelital y los mensa-

jes publicitarios que se emitan deberán cumplir con la normativa señalada anteriormente.

La publicidad radial o sonora, en cualquiera de sus modalidades, deberá finalizar con las advertencias “BEBA CON MODERACION” y “ESTA PROHIBIDA LA VENTA DE BEBIDAS ALCOHOLICAS A MENORES DE 18 AÑOS” sin fondo musical. El tiempo de emisión de estas advertencias no se computará a los efectos establecidos en el artículo 71 de la Ley N° 22.285 y sus modificatorias.

Tratándose de publicidad gráfica, tanto en la vía pública —estática o móvil— como en periódicos, revistas e impresos en general, las leyendas deberán insertarse dentro del espacio destinado al aviso de publicidad, ocupando no menos del TRES POR CIENTO (3%) de la superficie total del aviso o de la fracción del mismo destinada a publicitar bebidas alcohólicas cuando estén integradas en un aviso para distintos productos. Esta norma no será aplicable a los materiales y/o elementos destinados a la promoción que realicen, a título gratuito, las empresas productoras y/o comerciali-

zadoras, con el objeto de presentar, difundir o consolidar sus marcas en el mercado mediante la utilización de distintos medios de propaganda a través de otros elementos (sombrillas, mesas, servilletas, vasos, relojes, etc.).

Inciso a) la prohibición alcanza a toda publicidad —directa, indirecta (no tradicional), institucional— o al incentivo de consumo alcohólico en la programación que se emitan por medios masivos de comunicación (radio y televisión) en el horario de protección al menor, cuando sus contenidos principales estén especialmente dirigidos a menores o a público infantil; en programas cinematográficos destinados a menores o público infantil; en espectáculos públicos (deportivos, culturales o artísticos) cuyos contenidos principales estén dirigidos a menores o público infantil; y en medios gráficos cuyos contenidos principales estén especialmente dirigidos a público infantil.

Inciso b) La prohibición alcanza a toda publicidad —directa, indirecta (no tradicional), institucional— que se emite por medios masivos de comunicación (radio

y televisión) o en programas cinematográficos siendo condición obligatoria para su emisión la presentación de declaración jurada del anunciante certificando la no participación de menores, en roles de bebedores y/o consumidores de alcohol.

Inciso c) la prohibición alcanza a la publicidad o incentivo de consumo que utilice a deportistas; intelectuales; científicos o profesionales notorios; o en general personas de fama o con habilidades especiales, cuando a través de sus dichos o conductas sugieran que el consumo de bebidas alcohólicas mejora el rendimiento físico o intelectual.

Inciso d) SIN REGLAMENTAR

Inciso e) SIN REGLAMENTAR

Serán autoridades de aplicación de las normas del presente artículo, el COMITE FEDERAL DE RADIODIFUSION dependiente de la SECRETARIA DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN de la JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS, en el ámbito de su competencia de-

finida por la Ley Nº 22.285, el INSTITUTO NACIONAL DE CINE Y ARTES AUDIOVISUALES dependiente de la SECRETARIA DE CULTURA de la PRESIDENCIA DE LA NACION, en el ámbito de su competencia definida por la Ley Nº 17.741 (T.O. 2001) y sus modificatorias y las autoridades jurisdiccionales que correspondieren, en tanto esas jurisdicciones hubieran adherido a la Ley Nº 24.788”.

Art. 3º — Comuníquese, publíquese, dése a la DIRECCION NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL y archívese.
— FERNANDEZ DE KIRCHNER. — Sergio T. Massa. — Aníbal D. Fernández. — María G. Ocaña.



Ministerio de
Salud

Presidencia de la Nación

9 de Julio 1925 - Piso 10

Teléfono: 4379-9162

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

C1073ABA - República Argentina

e-mail: saludmental@msal.gov.ar

www.msal.gov.ar/saludmental

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL N°26.657

DECRETO REGLAMENTARIO 603/2013

ARGENTINA



Dirección Nacional de
SALUD MENTAL
Y ADICCIONES



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación

Autoridades Nacionales

Presidenta de la Nación

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Ministro de Salud

Dr. Juan 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

**LEY NACIONAL DE
SALUD MENTAL**

N° 26.657

DECRETO REGLAMENTARIO

603/2013

ÍNDICE

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL N° 26.657

CAPÍTULO I

Derechos y garantías pág.12

CAPÍTULO II

Definición pág.14

CAPÍTULO III

Ámbito de aplicación pág.16

CAPÍTULO IV

Derechos de las personas con
padecimiento mental pág.16

CAPÍTULO V

Modalidad de abordaje pág.21

CAPÍTULO VI

Del equipo interdisciplinario pág.24

CAPÍTULO VII

Internaciones pág.25

CAPÍTULO VIII

Derivaciones pág.36

CAPÍTULO IX

Autoridad de Aplicación pág.37

CAPÍTULO X

Órgano de Revisión pág.41

CAPÍTULO XI

Convenios de cooperación
con las provincias pág.45

CAPÍTULO XII

Disposiciones complementarias pág.47

DECRETO

REGLAMENTARIO 603/2013 pág.51

**LEY NACIONAL DE
SALUD MENTAL**

Nº 26.657

CAPÍTULO I

DERECHOS Y GARANTÍAS

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

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

CAPÍTULO II

DEFINICIÓN

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

Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

a) Status político, socioeconómico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso.

b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona.

c) Elección o identidad sexual.

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

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

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

CAPÍTULO III

ÁMBITO DE APLICACIÓN

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

CAPÍTULO IV

DERECHOS DE LAS PERSONAS CON PADECIMIENTO MENTAL

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

a) Derecho a recibir atención sanitaria y

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

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

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

d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados.

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

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

CAPÍTULO V

MODALIDAD DE ABORDAJE

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO VI

DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

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

CAPÍTULO VII

INTERNACIONES

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

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

interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO VIII

DERIVACIONES

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

CAPÍTULO IX

AUTORIDAD DE APLICACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO X

ÓRGANO DE REVISIÓN

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

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

ARTÍCULO 40.- Son funciones del Órgano de Revisión:

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

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

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

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

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

f) Requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares.

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

h) Realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación.

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

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

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

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

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

CAPÍTULO XI

CONVENIOS DE COOPERACIÓN CON LAS PROVINCIAS

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

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

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

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

CAPÍTULO XII

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

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

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

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

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

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

A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la evaluación de un equipo interdisciplinario de salud para las personas que se encuentren afectadas de enfermedades mentales y adicciones, que requieran asistencia en establecimientos adecuados aunque no justifiquen la declaración de incapacidad o inhabilidad.

ARTÍCULO 44.- Derógase la Ley 22.914.

ARTÍCULO 45.- La presente ley es de orden público.

ARTÍCULO 46.- Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTICINCO DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DIEZ.

Promulgada por la Presidenta de la Nación, Dra. Cristina Fernández de Kirchner, el 2 de Diciembre de 2010. Publicada en el Boletín Oficial Nº 32041 el 3 de Diciembre de 2010.

DECRETO
REGLAMENTARIO
603/2013

CONSIDERANDO

DERECHOS Y GARANTÍAS

Que la Ley N° 26.657 regula la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental en la República Argentina.

Que en dicha ley prevalecen especialmente, entre otros derechos concordantes y preexistentes reconocidos por nuestra Constitución Nacional y Tratados Internacionales de rango Constitucional (conforme artículo 75, inciso 22 de nuestra Carta Magna), los derechos de toda persona a la mejor atención disponible en salud mental y adicciones, al trato digno, respetuoso y equitativo, propugnándose la responsabilidad indelegable del Estado en garantizar el derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con modalidades de

atención basadas en la comunidad, entendiendo a la internación como una medida restrictiva que sólo debe ser aplicada como último recurso terapéutico.

Que se destaca asimismo, que los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, instrumento internacional de máximo consenso en la materia, ha sido incluido como parte del texto de la Ley N° 26.657.

Que la ley aludida, presta asimismo una especial consideración a la necesidad de adecuar las modalidades de abordaje al paradigma de los derechos humanos inserto en la normativa constitucional, y destacado en la Declaración de Caracas del año 1990 acordada por los países miembros de la ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).

Que los términos de dicha ley, deberán entenderse siempre en el sentido de que debe velarse por la sa-

lud mental de toda la población, entendida la misma como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” en el marco de la vida en comunidad (artículo 3° de la Ley N° 26.657).

Que dicha definición se articula con la consagrada conceptualización de la salud desde la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados —Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100—).

Que mediante el Decreto N° 457 de fecha 5 de abril de 2010, se creó la DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES en la esfera de la SECRETARÍA DE DETERMINANTES DE LA SALUD Y RELACIONES SANITARIAS del MINISTERIO DE SALUD, con el objeto de desarrollar políticas, planes y programas coherentes con el espíritu y texto de la Ley N° 26.657.

Que en tal sentido corresponde en esta instancia dictar las normas reglamentarias necesarias que permitan la inmediata puesta en funcionamiento de las provisiones contenidas en la Ley N° 26.657.

Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS del MINISTERIO DE SALUD ha tomado la intervención que le compete.

Que el presente se dicta en uso de las atribuciones emergentes del artículo 99, incisos 1) y 2) de la CONSTITUCIÓN NACIONAL.

Por ello,

LA PRESIDENTA DE LA NACIÓN ARGENTINA
DECRETA:

Artículo 1°— Apruébase la reglamentación de la Ley N° 26.657 que como ANEXO I forma parte integrante del presente Decreto.

Artículo 2°— Créase la COMISIÓN NACIONAL INTERMINISTERIAL EN POLÍTICAS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES en el ámbito de la JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS, presidida por la Autoridad de Aplicación de la Ley citada e integrada por representantes de cada uno de los Ministerios mencionados en el artículo 36 de la Ley N° 26.657.

Cada Ministerio afectará partidas presupuestarias propias para hacer frente a las acciones que le correspondan, según su competencia, y que se adopten en la presente Comisión.

La Comisión se reunirá como mínimo una vez al mes y realizará memorias o actas en las cuales se registren las decisiones adoptadas y los compromisos asumidos por cada Ministerio.

La Autoridad de Aplicación deberá promover la creación de ámbitos interministeriales de cada jurisdicción.

La Autoridad de Aplicación deberá convocar a organizaciones de la comunidad que tengan incumbencia en la temática, en particular de usuarios y familiares, y de trabajadores, para participar de un Consejo Consultivo de carácter honorario al que deberá convocar al menos trimestralmente, a fin de exponer las políticas que se llevan adelante y escuchar las propuestas que se formulen.

Artículo 3°— El presente decreto entrará en vigencia a partir de la fecha de su publicación en el Boletín Oficial.

Artículo 4°— Comuníquese, publíquese, dese a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — CRISTINA FERNÁNDEZ DE KIRCHNER. — Juan M. Abal Medina. — Juan L. Manzur.

ANEXO I

REGLAMENTACIÓN DE LA LEY N° 26.657

CAPÍTULO I: *DERECHOS Y GARANTÍAS*

ARTÍCULO 1°.- Entiéndese por padecimiento mental a todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples, componentes, de conformidad con lo establecido en el artículo 3° de la Ley N° 26.657.

ARTÍCULO 2°.- Sin reglamentar.

CAPÍTULO II: DEFINICIÓN

ARTÍCULO 3°.- Sin reglamentar.

ARTÍCULO 4°.- Las políticas públicas en la materia tendrán como objetivo favorecer el acceso a la atención de las personas desde una perspectiva de salud integral, garantizando todos los derechos establecidos en la Ley N° 26.657. El eje deberá estar puesto en la persona en su singularidad, más allá del tipo de adicción que padezca.

Entiéndese por “servicios de salud” en un sentido no restrictivo, a toda propuesta o alternativa de abordaje tendiente a la promoción de la salud mental, prevención del padecimiento, intervención temprana, tratamiento, rehabilitación, y/o inclusión social, reducción de daños evitables o cualquier otro objetivo de apoyo o acompañamiento que se desarrolle en los ámbitos públicos o privados.

ARTÍCULO 5°.- Sin reglamentar.

CAPÍTULO III: ÁMBITO DE APLICACIÓN

ARTÍCULO 6°.- La Autoridad de Aplicación deberá asegurar, junto con las provincias y la CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, que las obras sociales regidas por las Leyes Nros. 23.660 y 23.661, el INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS (PAMI), la Obra Social del PODER JUDICIAL DE LA NACIÓN (OSPJN), la DIRECCIÓN DE AYUDA SOCIAL PARA EL PERSONAL DEL CONGRESO DE LA NACIÓN, las obras sociales del personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, de las Fuerzas de Seguridad, de la Policía Federal Argentina, de la Policía de Seguridad Aeroportuaria, del Servicio Penitenciario Federal y los retirados, jubilados y pensionados del mismo ámbito, las entidades de medicina prepaga, las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden por sí o por terceros servicios

de salud independientemente de su naturaleza jurídica o de su dependencia institucional, adecuen su cobertura a las previsiones de la Ley N° 26.657.

CAPÍTULO IV: DERECHOS DE LAS PERSONAS CON PADECIMIENTO MENTAL

ARTÍCULO 7°.- Los derechos establecidos en el artículo 7° de la Ley N° 26.657, son meramente enunciativos.

a) Sin reglamentar.

b) Sin reglamentar.

c) La Autoridad de Aplicación deberá determinar cuáles son las prácticas que se encuentran basadas en fundamentos científicos ajustados a principios éticos. Todas aquellas que no se encuentren previstas estarán prohibidas.

d) Sin reglamentar.

e) Sin reglamentar.

f) Sin reglamentar.

g) Sin reglamentar.

h) Sin reglamentar.

i) El INSTITUTO NACIONAL CONTRA LA DISCRIMINACIÓN, LA XENOFOBIA Y EL RACISMO (INADI) y la AUTORIDAD FEDERAL DE SERVICIOS DE COMUNICACIÓN AUDIOVISUAL (AFSCA), en el ámbito de sus competencias, en conjunto con la Autoridad de Aplicación y con la colaboración de todas las áreas que sean requeridas, desarrollarán políticas y acciones tendientes a promover la inclusión social de las personas con padecimientos mentales y a la prevención de la discriminación por cualquier medio y contexto.

j) Todas las instituciones públicas o privadas que brinden servicios de salud con o sin internación deberán disponer en lugares visibles para todos los

usuarios, y en particular para las personas internadas y sus familiares, un letrero de un tamaño mínimo de OCHENTA CENTÍMETROS (0.80 cm) por CINCUENTA CENTÍMETROS (0.50 cm) con el siguiente texto: “La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 garantiza los derechos de los usuarios. Usted puede informarse del texto legal y denunciar su incumplimiento llamando al...” (números de teléfono gratuitos que a tal efecto establezca el Órgano de Revisión de cada Jurisdicción y la autoridad local de aplicación).

Las instituciones referidas precedentemente tienen la obligación de entregar a las personas usuarias y familiares, al momento de iniciarse una internación, copia del artículo 7° de la Ley N° 26.657, debiendo dejar constancia fehaciente de la recepción de la misma.

k) Todo paciente, con plena capacidad o, sus representantes legales, en su caso, podrán disponer directivas anticipadas sobre su salud mental, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos

médicos y decisiones relativas a su salud, las cuales deberán ser aceptadas por el equipo interdisciplinario interviniente a excepción que aquellas constituyeran riesgo para sí o para terceros.

Dichas decisiones deberán asentarse en la historia clínica. Asimismo, las decisiones del paciente o sus representantes legales, según sea el caso, podrán ser revocadas. El equipo interdisciplinario interviniente deberá acatar dicha decisión y adoptar todas las formalidades que resulten necesarias a fin de acreditar tal manifestación de voluntad, de la que deberá dejarse expresa constancia en la historia clínica.

l) La información sanitaria del paciente sólo podrá ser brindada a terceras personas con su consentimiento fehaciente.

Si aquél fuera incapaz, el consentimiento será otorgado por su representante legal. Asimismo, la exposición con fines académicos re-

quiere, de forma previa a su realización, el consentimiento expreso del paciente o en su defecto, de sus representantes legales y del equipo interdisciplinario interviniente, integrado conforme lo previsto en el artículo 8° de la Ley. En todos los casos de exposición con fines académicos, deberá reservarse la identidad del paciente.

El consentimiento brindado por el paciente, en todos los casos, debe ser agregado a la historia clínica.

m) Entiéndese por “consentimiento fehaciente” a la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del equipo interdisciplinario interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a: su estado de salud; el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; los beneficios esperados del procedimiento; los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; la especificación de

los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.

Dicho consentimiento deberá brindarse ante el organismo público que la autoridad de aplicación determine, fuera de un contexto de internación involuntaria u otra forma de restricción de la libertad.

Todos los proyectos de investigaciones clínicas y/o tratamientos experimentales, salvo los que se realicen exclusivamente sobre la base de datos de personas no identificadas, deberán ser previamente aprobados por la Autoridad de Aplicación.

Tanto para la elaboración del protocolo de consentimiento fehaciente como para la aprobación de los proyectos referidos, la Autoridad de Aplicación trabajará en consulta con el CONSEJO NACIONAL DE BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS del MINISTE-

RIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS. Una vez aprobados los mismos, deberán ser remitidos al Órgano de Revisión para que realice las observaciones que crea convenientes.

n) Sin reglamentar.

o) Sin reglamentar.

p) Entiéndese por “justa compensación” a la contraprestación que recibirá el paciente por su fuerza de trabajo en el desarrollo de la actividad de que se trata y que implique producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

El pago de dicha compensación se verificará siguiendo las reglas, usos y costumbres de la actividad de que se trate. La Autoridad de Aplicación, en coordinación con el MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL, deberá fiscalizar que no existan abusos o algún tipo de explotación laboral.

CAPÍTULO V: MODALIDAD DE ABORDAJE

ARTÍCULO 8°.- Los integrantes de los equipos interdisciplinarios asumen las responsabilidades que derivan de sus propias incumbencias profesionales en el marco del trabajo conjunto.

Las disciplinas enumeradas en el artículo 8° de la Ley N° 26.657 no son taxativas.

Cada jurisdicción definirá las características óptimas de conformación de sus equipos, de acuerdo a las necesidades y particularidades propias de la población.

En aquellas jurisdicciones en donde aún no se han desarrollado equipos interdisciplinarios, la Autoridad de Aplicación en conjunto con las autoridades locales, diseñarán programas tendientes a la conformación de los mismos, estableciendo plazos para el cumplimiento de dicho objetivo. Hasta tanto se conformen los mencionados equipos, se procurará

sostener una atención adecuada con los recursos existentes, reorganizados interdisciplinariamente, a fin de evitar derivaciones innecesarias fuera del ámbito comunitario.

La Autoridad de Aplicación deberá relevar aquellas profesiones y disciplinas vinculadas al campo de la salud mental y desarrollará acciones tendientes a:

- a) Fomentar la formación de recursos humanos en aquellas que sea necesario, y
- b) Regularizar la acreditación de las mismas en todo el país.

ARTÍCULO 9°.- La Autoridad de Aplicación promoverá que las políticas públicas en materia asistencial respeten los siguientes principios:

- a) Cercanía de la atención al lugar donde vive la persona.

- b) Garantía de continuidad de la atención en aquellos servicios adecuados y que sean de preferencia de la persona.

- c) Articulación permanente en el caso de intervención de distintos servicios sobre una misma persona o grupo familiar, disponiendo cuando fuere necesario un área de coordinación, integrando al equipo de atención primaria de la salud que corresponda.

- d) Participación de personas usuarias, familiares y otros recursos existentes en la comunidad para la integración social efectiva.

- e) Reconocimiento de las distintas identidades étnicas, culturales, religiosas, de género, sexuales y otras identidades colectivas.

Asimismo promoverá políticas para integrar a los equipos interdisciplinarios de atención primaria de la salud que trabajan en el territorio, conformados por médicos generalistas y de familia, agentes sanitarios, enferme-

ros y otros agentes de salud, como parte fundamental del sistema comunitario de salud mental.

Las políticas de abordaje intersectorial deberán incluir la adaptación necesaria de programas que garanticen a las personas con padecimientos mentales la accesibilidad al trabajo, a la educación, a la cultura, al arte, al deporte, a la vivienda y a todo aquello que fuere necesario para el desarrollo y la inclusión social.

ARTÍCULO 10.- El consentimiento informado se encuadra en lo establecido por el Capítulo III de la Ley Nº 26.529 y su modificatoria, en consonancia con los principios internacionales.

Si el consentimiento informado ha sido brindado utilizando medios y tecnologías especiales, deberá dejarse constancia fehaciente de ello en la historia clínica del paciente, aclarando cuáles han sido los utilizados para darse a entender.

ARTÍCULO 11.- Facúltase a la Autoridad de Aplicación a disponer la promoción de otros dispositivos adecuados a la Ley Nº 26.657, en articulación con las áreas que correspondan, promoviendo su funcionamiento bajo la forma de una red de servicios con base en la comunidad. Dicha red debe incluir servicios, dispositivos y prestaciones tales como: centros de atención primaria de la salud, servicios de salud mental en el hospital general con internación, sistemas de atención de la urgencia, centros de rehabilitación psicosocial diurno y nocturno, dispositivos habitacionales y laborales con distintos niveles de apoyo, atención ambulatoria, sistemas de apoyo y atención domiciliaria, familiar y comunitaria en articulación con redes intersectoriales y sociales, para satisfacer las necesidades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, que favorezca la inclusión social.

La Autoridad de Aplicación establecerá los requisitos que debe cumplir cada dispositivo para su habilitación.

Los dispositivos terapéuticos que incluyan alojamiento no deberán ser utilizados para personas con problemática exclusiva de vivienda.

Entre las estrategias y dispositivos de atención en salud mental, se incluirán para las adicciones dispositivos basados en la estrategia de reducción de daños.

La Autoridad de Aplicación promoverá que la creación de los dispositivos comunitarios, ya sean ambulatorios o de internación, que se creen en cumplimiento de los principios establecidos en la Ley, incluyan entre su población destinataria a las personas alcanzadas por el inciso 1) del artículo 34 del Código Penal, y a la población privada de su libertad en el marco de procesos penales.

Para promover el desarrollo de los dispositivos señalados, se deberá incluir el componente de salud mental en los planes y programas de provisión de insumos y medicamentos.

ARTÍCULO 12.- Debe entenderse que no sólo la prescripción de medicamentos sino de cualquier otra medida terapéutica, indicada por cualquiera de los profesionales del equipo interdisciplinario, debe cumplir con los recaudos establecidos en el artículo 12 de la Ley N° 26.657.

La prescripción de psicofármacos debe realizarse siguiendo las normas internacionales aceptadas por los consensos médicos para su uso racional, en el marco de los abordajes interdisciplinarios que correspondan a cada caso.

La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes realizadas de manera efectiva por médico psiquiatra o de otra especialidad cuando así corresponda.

CAPÍTULO VI: DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

ARTÍCULO 13.- La Autoridad de Aplicación promoverá, en conjunto con las jurisdicciones, protocolos de evaluación a fin de cumplir con el artículo 13 de la Ley N° 26.657.

CAPÍTULO VII: INTERNACIONES

ARTÍCULO 14.- Las normas de internación o tratamiento que motiven el aislamiento de las personas con padecimientos mentales, ya sea limitando visitas, llamados, correspondencia o cualquier otro contacto con el exterior, son contrarias al deber de promover el mantenimiento de vínculos. Las restricciones deben ser excepcionales, debidamente fundadas por el equipo interdisciplinario, y deberán ser informadas al juez competente.

Cuando existan restricciones precisas de carácter terapéutico que recaigan sobre algún familiar o

referente afectivo, deberá asegurarse el acompañamiento a través de otras personas teniendo en cuenta la voluntad del interesado. Nunca alcanzarán al abogado defensor, y podrán ser revisadas judicialmente. Las restricciones referidas no son en desmedro de la obligación de la institución de brindar información, incorporar a la familia y referentes afectivos a las instancias terapéuticas e informar sobre las prestaciones que brinda, facilitando el acceso al conocimiento de las instalaciones e insumos que se le ofrecen a la persona.

Se deberá promover que aquellas personas que carezcan de familiares o referentes, afectivos en condiciones de acompañar el proceso de tratamiento, puedan contar con referentes comunitarios. Para ello, la Autoridad de Aplicación identificará, apoyará y promoverá la organización de asociaciones de familiares y voluntarios que ofrezcan acompañamiento.

No será admitida la utilización de salas de aislamiento.

Las instituciones deberán disponer de telefonía gratuita para uso de las personas internadas.

ARTÍCULO 15.- Cuando una persona estuviere en condiciones de alta desde el punto de vista de la salud mental y existiesen problemáticas sociales o de vivienda que imposibilitaran la externación inmediata, el equipo interdisciplinario deberá:

- a) Dejar constancia en la historia clínica.
- b) Gestionar ante las áreas que correspondan con carácter urgente la provisión de los recursos correspondientes a efectos de dar solución de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 15 de la Ley N° 26.657.
- c) Informar a la Autoridad de Aplicación local.

ARTÍCULO 16.- Todos los plazos a que se refiere la Ley N° 26.657 deberán computarse en días corridos, salvo disposición en contrario.

a) El diagnóstico interdisciplinario e integral consiste en la descripción de las características relevantes de la situación particular de la persona y las probables causas de su padecimiento o sintomatología, a partir de una evaluación que articule las perspectivas de las diferentes disciplinas que intervienen. En aquellos casos en que corresponda incluir la referencia a criterios clasificatorios de trastornos o enfermedades, la Autoridad de Aplicación establecerá las recomendaciones necesarias para el empleo de estándares avalados por organismos especializados del Estado Nacional, o bien por organismos regionales o internacionales que la República Argentina integre como miembro.

La evaluación deberá incorporarse a la historia clínica.

Los profesionales firmantes deberán ser de distintas disciplinas académicas e integrar el equipo asistencial que interviene directamente en el caso, sin perjuicio de la responsabilidad de las autoridades de la Institución.

El informe deberá contener conclusiones conjuntas producto del trabajo interdisciplinario.

b) Deberán consignarse en la historia clínica, los datos referidos al grupo familiar y/o de pertenencia, o en su defecto, las acciones realizadas para su identificación.

c) Para ser considerada una internación voluntaria el consentimiento deberá ser indefectiblemente personal.

ARTÍCULO 17.- La Autoridad de Aplicación conjuntamente con el MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE y las dependencias institucionales que a estos fines resulten competentes, promoverán la implementación de políticas que tengan como objetivo: 1) facilitar el rápido acceso al Documento Nacional de Identidad (DNI) a las personas que carezcan de él; y 2) la búsqueda de los datos de identidad y filiación de las personas con padecimiento mental cuando fuese necesario, con procedimientos expeditos que deberán iniciarse como máximo a las

CUARENTA Y OCHO (48) horas de haber tomado conocimiento de la situación; manteniendo un Registro Nacional actualizado que permita un seguimiento permanente de estos casos hasta su resolución definitiva. Este Registro Nacional actuará en coordinación con la Autoridad de Aplicación y contendrá todos aquellos datos que tiendan a identificar a las personas o su grupo de identificación familiar.

Para ello los servicios de salud mental deberán notificar obligatoriamente y de manera inmediata a la Autoridad de Aplicación correspondiente el ingreso de personas cuya identidad se desconozca.

La Autoridad de Aplicación regulará el funcionamiento del Registro Nacional debiendo respetar el derecho a la intimidad, la protección de datos y lo indicado en el artículo 7° inciso I), de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

ARTÍCULO 18.- Solamente podrá limitarse el egreso de la persona por su propia voluntad si existiese

una situación de riesgo cierto e inminente, en cuyo caso deberá procederse de conformidad con el artículo 20 y subsiguientes de la Ley N° 26.657.

Deberá reiterarse la comunicación al cabo de los CIENTO VEINTE (120) días como máximo y deberá contener los recaudos establecidos en el artículo 16 de la Ley N° 26.657. A los efectos de evaluar si la internación continúa siendo voluntaria, el juez solicitará una evaluación de la persona internada al equipo interdisciplinario dependiente del Órgano de Revisión.

ARTÍCULO 19.- Sin reglamentar.

ARTÍCULO 20.- Entiéndese por riesgo cierto e inminente a aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros. Ello deberá ser verificado por medio de una evaluación actual, realizada por el equipo interdisciplinario,

cuyo fundamento no deberá reducirse exclusivamente a una clasificación diagnóstica.

No se incluyen los riesgos derivados de actitudes o conductas que no estén condicionadas por un padecimiento mental.

Las Fuerzas de Seguridad que tomasen contacto con una situación de riesgo cierto e inminente para la persona o para terceros por presunto padecimiento mental, deberán intervenir procurando evitar daños, dando parte inmediatamente y colaborando con el sistema de emergencias sanitarias que corresponda. La Autoridad de Aplicación en conjunto con el MINISTERIO DE SEGURIDAD elaborará protocolos de intervención y capacitación en base al criterio de evitar todo tipo de daños para sí o para terceros.

Aún en el marco de una internación involuntaria, deberá procurarse que la persona participe de la decisión que se tome en relación a su tratamiento.

ARTÍCULO 21.- Las DIEZ (10) horas deben computarse desde el momento en que se efectivizó la medida, incluso cuando su vencimiento opere en día u horario inhábil judicial.

La comunicación podrá realizarse telefónicamente o por otra vía tecnológica expedita y verificable que habrán de determinar en acuerdo la Autoridad de Aplicación local, el Poder Judicial y el Órgano de Revisión.

El Juez deberá garantizar el derecho de la persona internada, en la medida que sea posible, a ser oída en relación a la internación dispuesta.

a) Sin reglamentar.

b) La petición de informe ampliatorio sólo procede si, a criterio del Juez, el informe original es insuficiente. En caso de solicitar el mismo o peritajes externos, el plazo máximo para autorizar o denegar la internación no podrá superar los SIETE (7) días

fijados en el artículo 25 de la ley N° 26.657.

Entiéndese por “servicio de salud responsable de la cobertura” al máximo responsable de la cobertura de salud, sea pública o privada.

ARTÍCULO 22.- La responsabilidad de garantizar el acceso a un abogado es de cada jurisdicción. La actuación del defensor público será gratuita.

En el ejercicio de la asistencia técnica el abogado defensor—público o privado— debe respetar la voluntad y las preferencias de la persona internada, en lo relativo a su atención y tratamiento.

A fin de garantizar el derecho de defensa desde que se hace efectiva la internación, el servicio asistencial deberá informar al usuario que tiene derecho a designar un abogado.

Si en ese momento no se puede comprender su voluntad, o la persona no designa un letrado privado,

o solicita un defensor público, se dará intervención a la institución que presta dicho servicio.

En aquellos estados en los que no pueda comprenderse la voluntad de la persona internada, el defensor deberá igualmente procurar que las condiciones generales de internación respeten las garantías mínimas exigidas por la ley y las directivas anticipadas que pudiera haber manifestado expresamente.

El juez debe garantizar que no existan conflictos de intereses entre la persona internada y su abogado, debiendo requerir la designación de un nuevo defensor si fuese necesario.

ARTÍCULO 23.- El equipo tratante que tiene la facultad de otorgar el alta, externación o permisos de salida se compone de manera interdisciplinaria y bajo el criterio establecido en el artículo 16 y concordantes de la Ley N° 26.657.

Cuando una internación involuntaria se transforma en voluntaria, se le comunicará al juez esta novedad

remitiéndole un informe con copia del consentimiento debidamente firmado. En este caso se procederá de conformidad con lo establecido en el artículo 18 de la Ley, debiendo realizar la comunicación allí prevista si transcurriesen SESENTA (60) días a partir de la firma del consentimiento.

ARTÍCULO 24.- Los informes periódicos deberán ser interdisciplinarios e incluir información acerca de la estrategia de atención, las distintas medidas implementadas por el equipo y las respuestas obtenidas, fundamentando adecuadamente la necesidad del mantenimiento de la medida de internación.

Se entenderá que la intervención del Órgano de Revisión, en el marco del presente artículo, procede a intervalos de NOVENTA (90) días.

Hasta tanto se creen los órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, el juez podrá requerir a un equipo interdisciplinario, de un organismo independiente del servicio asistencial interviniente, que efectúe

la evaluación indicada por el presente artículo.

ARTÍCULO 25.- Sin reglamentar.

ARTÍCULO 26.- En las internaciones de personas declaradas incapaces o menores de edad se deberá:

- a) Ofrecer alternativas terapéuticas de manera comprensible,
- b) Recabar su opinión,
- c) Dejar constancia de ello en la historia clínica,
- d) Poner a su disposición la suscripción del consentimiento informado.

En caso de existir impedimentos para el cumplimiento de estos requisitos deberá dejarse constancia de ello con informe fundado.

Asimismo deberá dejarse constancia de la opinión de los padres o representantes legales según el caso.

Para las internaciones de personas menores de edad el abogado defensor previsto en el artículo 22 de la Ley N° 26.657 deberá estar preferentemente especializado en los términos del artículo 27 inciso c) de la Ley N° 26.061.

ARTÍCULO 27.- La Autoridad de Aplicación en conjunto con los responsables de las jurisdicciones, en particular de aquellas que tengan en su territorio dispositivos monovalentes, deberán desarrollar para cada uno de ellos proyectos de adecuación y sustitución por dispositivos comunitarios con plazos y metas establecidas. La sustitución definitiva deberá cumplir el plazo del año 2020, de acuerdo al CONSENSO DE PANAMÁ adoptado por la CONFERENCIA REGIONAL DE SALUD MENTAL convocada por la ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) -ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) “20 años después de la Declaración de Caracas” en la CIUDAD DE PANAMÁ el 8 de octubre de 2010. La presentación de tales proyectos y el cumplimiento efectivo de las metas en

los plazos establecidos, será requisito indispensable para acceder a la asistencia técnica y financiera que la Autoridad de Aplicación nacional disponga. El personal deberá ser capacitado y destinado a los dispositivos sustitutivos en funciones acordes a su capacidad e idoneidad.

La Autoridad de Aplicación en conjunto con las jurisdicciones, establecerá cuales son las pautas de adaptación de los manicomios, hospitales neuropsiquiátricos o cualquier otro tipo de instituciones de internación monovalentes que se encuentren en funcionamiento, congruentes con el objetivo de su sustitución definitiva en el plazo establecido.

También establecerá las pautas de habilitación de nuevos servicios de salud mental, públicos y privados, a los efectos de cumplir con el presente artículo.

La adaptación prevista deberá contemplar la desconcentración gradual de los recursos materiales, humanos y de insumos y fármacos, hasta la redis-

tribución total de los mismos en la red de servicios con base en la comunidad.

La implementación de este lineamiento no irá en detrimento de las personas internadas, las cuales deberán recibir una atención acorde a los máximos estándares éticos, técnicos y humanitarios en salud mental vigentes.

ARTÍCULO 28.- Deberá entenderse que la expresión “hospitales generales” incluye tanto a los establecimientos públicos como privados.

Las adaptaciones necesarias para brindar una atención adecuada e integrada sean estructurales y/o funcionales de los hospitales generales a efectos de incluir la posibilidad de internación en salud mental es responsabilidad de cada jurisdicción. Aquellas deberán respetar las recomendaciones que la Autoridad de Aplicación realizará a tales fines.

A los efectos de contar con los recursos necesarios

para poder efectuar internaciones de salud mental en hospitales generales del sector público, el MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN FEDERAL, INVERSIÓN PÚBLICA Y SERVICIOS y el MINISTERIO DE SALUD deberán contemplar en la construcción de nuevos hospitales, áreas destinadas específicamente a la atención de la salud mental, promoviendo que igual criterio adopten todas las jurisdicciones.

Asimismo, establecerán planes de apoyo para el reacondicionamiento o ampliación de los Hospitales Generales, con el mismo objetivo.

La Autoridad de Aplicación condicionará la participación de las jurisdicciones en programas que incluyan financiamiento, a la presentación de proyectos de creación de servicios de salud mental en los hospitales generales, con plazos determinados.

ARTÍCULO 29.- Las autoridades de los establecimientos que presten atención en salud mental deberán entregar a todo el personal vinculado al área,

copia del texto de la Ley y su Reglamentación.

Asimismo, los usuarios, familiares y allegados tendrán a su disposición un libro de quejas, al que tendrán acceso irrestricto tanto la Autoridad de Aplicación, el Órgano de Revisión, el abogado defensor como la Autoridad Judicial.

La Autoridad de Aplicación promoverá espacios de capacitación sobre los contenidos de la Ley y de los instrumentos internacionales de referencia, dirigidos a todos los integrantes del equipo de salud mental.

CAPÍTULO VIII: DERIVACIONES

ARTÍCULO 30.- La conveniencia de derivación fuera del ámbito comunitario donde vive la persona deberá estar debidamente fundada por evaluación interdisciplinaria en los términos previstos en el artículo 16 y concordantes de la Ley. La comunicación al Juez y al Órgano de Revisión, cuando no exista consentimiento informado, deberá ser de carácter

previo a la efectivización de la derivación.

CAPÍTULO IX: AUTORIDAD DE APLICACIÓN

ARTÍCULO 31.- El área a designar por la Autoridad de Aplicación a través de la cual desarrollará las políticas establecidas en la Ley no podrá ser inferior a Dirección Nacional.

El PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL deberá estar disponible para la consulta del conjunto de la ciudadanía y deberá contemplar mecanismos de monitoreo y evaluación del cumplimiento de metas y objetivos. La Autoridad de Aplicación deberá elaborar un informe anual sobre la ejecución de dicho Plan Nacional el cual será publicado y remitido al Órgano de Revisión.

ARTÍCULO 32.- Sin reglamentar.

ARTÍCULO 33.- El MINISTERIO DE EDUCACIÓN, a través de sus áreas competentes, prestará colaboración a la Autoridad de Aplicación a fin de efec-

tuar las pertinentes recomendaciones dirigidas a las universidades para adecuar los planes de estudio de formación de los profesionales de las disciplinas involucradas con la salud mental.

Deberá ponerse de resalto la capacitación de los trabajadores en servicio del equipo interdisciplinario de salud mental, de atención primaria de la salud, y de todas las áreas que intervienen en orden a la intersectorialidad.

La Autoridad de Aplicación deberá promover la habilitación de espacios de capacitación de grado y posgrado, residencias, concurrencias y pasantías, dentro de los dispositivos comunitarios, sustituyendo progresivamente los espacios de formación existentes en instituciones monovalentes.

ARTÍCULO 34.- La SECRETARÍA DE DERECHOS HUMANOS del MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS y la Autoridad de Aplicación

conformarán una comisión permanente de trabajo en el plazo de TREINTA (30) días, a partir de la entrada en vigencia del presente Decreto.

Dicha Comisión trabajará en conjunto con las jurisdicciones provinciales y elevará al Secretario de Derechos Humanos y a la Autoridad de Aplicación las propuestas elaboradas para su aprobación, las que deberán garantizar el cumplimiento de todos los derechos establecidos en el artículo 7° y demás previsiones de la Ley N° 26.657.

La Comisión conformada dará asistencia técnica y seguimiento permanente para la implementación de los estándares elaborados.

Se deberá entender que los estándares se refieren a habilitación, supervisión, acreditación, certificación, monitoreo, auditoría, fiscalización y evaluación.

ARTÍCULO 35.- La Autoridad de Aplicación deberá considerar como requisito para el acceso a programas de asistencia en los términos del artículo 28 de

la presente reglamentación, la participación y colaboración de las jurisdicciones en la recolección y envío de datos para la realización del censo.

El INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (INDEC) prestará la colaboración que le sea requerida.

ARTÍCULO 36.- Sin reglamentar.

ARTÍCULO 37.- La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD en conjunto con la Autoridad de Aplicación deberán controlar que se garantice la cobertura en salud mental de los afiliados a Obras Sociales. Para ello deberán adecuar la cobertura del Programa Médico Obligatorio (PMO) o el instrumento que en el futuro lo remplace, a través de la incorporación de los dispositivos, insumos y prácticas en salud mental que se promueven en la Ley y los que la Autoridad de Aplicación disponga de acuerdo con el artículo 11 de la misma. Para acceder a dicha cobertura no será exigible certificación de discapacidad.

Se establecerán aranceles que promuevan la creación y desarrollo de tales dispositivos.

Deberán también excluirse de la cobertura las prestaciones contrarias a la Ley.

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD deberá controlar que los agentes del seguro de salud identifiquen a aquellas personas que se encuentren con internaciones prolongadas y/o en instituciones monovalentes, y deberán establecer un proceso de externación y/o inclusión en dispositivos sustitutivos en plazos perentorios.

Las auditorías o fiscalizaciones sobre los prestadores, públicos y privados deberán controlar el cumplimiento de la Ley, incluyendo la utilización de evaluaciones interdisciplinarias.

Se promoverá que igual criterio adopten las obras sociales provinciales.

CAPÍTULO X: ÓRGANO DE REVISIÓN

ARTÍCULO 38.- El Órgano de Revisión en el ámbito del MINISTERIO PÚBLICO DE LA DEFENSA actuará conforme las decisiones adoptadas por los integrantes individualizados en el artículo 39 de la Ley. Dictará su reglamento interno de funcionamiento, y establecerá los lineamientos políticos y estratégicos de su intervención en el marco de los objetivos y funciones asignadas por la Ley.

Deberá reunirse de forma periódica, en los plazos que determine su reglamento interno, y al menos una vez por mes.

Además, podrá constituirse en asamblea extraordinaria, a pedido de alguno de sus miembros cuando una cuestión urgente así lo requiera.

Podrá sesionar con el quórum mínimo de CUATRO (4) miembros. La toma de decisiones será por mayoría simple de los miembros presentes, salvo

cuando se estipule en esta reglamentación, o a través del reglamento interno, un quórum diferente.

A los fines de dotar al Órgano de Revisión de la operatividad necesaria para cumplir de un modo más eficaz sus funciones, encomiéndose a la DEFENSORÍA GENERAL DE LA NACIÓN la Presidencia, representación legal, y coordinación ejecutiva del Órgano Revisor, a través de la organización de una Secretaría Ejecutiva y de un equipo de apoyo técnico y otro administrativo.

La DEFENSORÍA GENERAL DE LA NACIÓN, a través de su servicio administrativo financiero, se encargará de brindar el soporte necesario para la ejecución del presupuesto que se le asigne para el funcionamiento del Órgano de Revisión.

La Secretaría Ejecutiva, cuyo titular será designado por la DEFENSORÍA GENERAL DE LA NACIÓN, deberá coordinar las reuniones de los integrantes del Órgano de Revisión, implementar las estrate-

gias políticas, jurídicas e institucionales, participar sin voto de las reuniones, seguir los lineamientos acordados por los integrantes del Órgano, canalizar la colaboración necesaria entre los distintos miembros, y adoptar todas las medidas necesarias para asegurar el funcionamiento permanente del organismo, rindiendo cuentas de las acciones emprendidas.

La labor permanente de carácter operativo, técnico y administrativo del Órgano de Revisión, se sustentará mediante los equipos de apoyo enunciados precedentemente, cuyo personal será provisto por la DEFENSORÍA GENERAL DE LA NACIÓN y coordinado por la Secretaría Ejecutiva.

En la conformación del equipo de apoyo técnico deberá respetarse el criterio interdisciplinario previsto en la Ley, y deberá asegurarse que el personal no posea conflictos de intereses respecto de las tareas encomendadas al Órgano de Revisión.

ARTÍCULO 39.- Los integrantes del Órgano de Revisión serán designados de la siguiente manera:

- a) UN (1) representante del MINISTERIO DE SALUD;
- b) UN (1) representante de la SECRETARÍA DE DERECHOS HUMANOS del MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS;
- c) UN (1) representante del MINISTERIO PÚBLICO DE LA DEFENSA;
- d) UN (1) representante de asociaciones de usuarios y/o familiares del sistema de salud;
- e) UN (1) representante de asociaciones de profesionales y otros trabajadores de la salud;
- f) UN (1) representante de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.

La DEFENSORÍA GENERAL DE LA NACIÓN a través de su titular o de quién éste designe deberá ejercer el voto en las reuniones a los efectos de desempatar, cuando resultare necesario.

Las entidades de perfil interdisciplinario y con experiencia de trabajo en la temática de salud mental y de derechos humanos, representativas de las asociaciones y organizaciones mencionadas en los incisos d), e) y f), serán designadas por decisión fundada adoptada entre las jurisdicciones mencionadas en los incisos a), b) y c), a través de un procedimiento de selección que asegure transparencia.

Las entidades que sean designadas a tal efecto, integrarán el Órgano de Revisión por el término de DOS (2) años, al cabo del cual deberán elegirse nuevas organizaciones. Podrán ser reelegidas por UN (1) sólo período consecutivo, o nuevamente en el futuro, siempre con el intervalo de UN (1) período.

El mismo criterio de alternancia se aplica a las personas

que representen a las organizaciones, las que además no podrán tener vinculación de dependencia con las jurisdicciones mencionadas en los incisos a), b) y c).

En caso de renuncia o impedimento de alguna de las entidades designadas para participar del Órgano de Revisión, deberá reeditarse el procedimiento de selección para incorporar a una reemplazante, hasta la culminación del período.

Cada institución deberá designar UN (1) representante titular y UN (1) representante suplente, para el caso de ausencia del primero. La labor de todos los representantes tendrá carácter ad-honorem, sin perjuicio de las retribuciones salariales que cada uno pueda percibir de parte de las organizaciones a las que pertenecen.

El Órgano de Revisión podrá realizar convenios con entidades públicas o privadas, con competencia en la materia, para que brinden asesoramiento técnico

a efectos de coadyuvar a su buen funcionamiento.

También podrá convocar, a los mismos fines, a personalidades destacadas en la materia.

ARTÍCULO 40.- El Órgano de Revisión desarrollará las funciones enunciadas en el artículo 40 de la Ley N° 26.657, así como todas aquellas que sean complementarias a efectos de proteger los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud mental.

El Órgano de Revisión podrá ejercer sus funciones de modo facultativo en todo el Territorio Nacional, en articulación con el Órgano de Revisión local, cuando considere la existencia de situaciones de urgencia y gravedad institucional.

En los casos particulares que estén bajo proceso judicial con competencia de la justicia federal, provincial o de la CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, deberá intervenir el Órgano de Revisión local.

a) El Órgano de Revisión requerirá plazos expeditos para la recepción de los informes requeridos;

b) A los fines de lograr la supervisión de las condiciones de internación y tratamiento, el Órgano de Revisión podrá ingresar a cualquier tipo de establecimiento, público y privado, sin necesidad de autorización previa, y realizar inspecciones integrales con acceso irrestricto a todas las instalaciones, documentación, y personas internadas, con quienes podrá mantener entrevistas en forma privada;

c) El equipo interdisciplinario que evalúe las internaciones deberá estar conformado bajo el mismo criterio establecido en el artículo 16 y concordantes de la Ley.

d) Sin reglamentar;

e) Sin reglamentar;

f) El Órgano de Revisión podrá requerir la intervención judicial, así como de la defensa pública y de otros organismos de protección de derechos, ante

situaciones irregulares que vayan en desmedro de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental;

g) Sin reglamentar;

h) Las recomendaciones deberán efectuarse a través de informes anuales sobre el estado de aplicación de la Ley en todo el país, que deberán ser de carácter público;

i) Sin reglamentar;

j) A los fines de promover la creación de órganos de revisión en las jurisdicciones, deberá fomentarse que en su integración se respete el criterio de intersectorialidad e interdisciplinariedad previsto en la ley para el Órgano de Revisión nacional, y podrán depender del ámbito que se considere más adecuado de acuerdo a la organización administrativa de cada jurisdicción, para garantizar autonomía de los servicios y dispositivos que serán objeto de supervisión.

Se promoverá que, como mínimo, las funciones de los órganos de revisión locales sean las indicadas para el Órgano de Revisión nacional, en su ámbito.

k) Sin reglamentar;

l) A los fines de velar por el cumplimiento de los derechos fundamentales, se comprenderá la situación de toda persona sometida a algún proceso administrativo o judicial por cuestiones de salud mental, o donde se cuestione el ejercicio de la capacidad jurídica.

CAPÍTULO XI: *CONVENIOS DE COOPERACIÓN CON LAS PROVINCIAS.*

ARTÍCULO 41.- Sin reglamentar.

CAPÍTULO XII: *DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS.*

ARTÍCULO 42.- Sin reglamentar.

ARTÍCULO 43.- Sin reglamentar.

ARTÍCULO 44.- Sin reglamentar.

ARTÍCULO 45.- Sin reglamentar.

ARTÍCULO 46.- Sin reglamentar.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA.

A los efectos de poner en funcionamiento el Órgano de Revisión, el MINISTERIO DE SALUD, la SECRETARÍA DE DERECHOS HUMANOS del MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS, y el MINISTERIO PÚBLICO DE LA DEFENSA, deberán coordinar y ejecutar las acciones necesarias para la designación de los representantes que lo conformarán, dentro del término de TREINTA (30) días hábiles desde la vigencia del presente decreto.

A los efectos de integrar el Órgano de Revisión, para su primer período de funcionamiento por DOS (2) años, los representantes designados por los TRES (3) organismos deberán elegir, por decisión fundada, a las entidades que representarán a las asociaciones y organizaciones mencionadas en los incisos d), e) y f) del artículo 39 de este Decreto.

Antes de la culminación del primer período de funcionamiento, los representantes de los TRES (3) orga-

nismos definirán, por decisión unánime, el procedimiento que se aplicará en adelante para la selección de las otras asociaciones y organizaciones, con los recaudos del artículo 39 de esta reglamentación.

El órgano de Revisión comenzará su actividad regular y permanente luego de constituido íntegramente, con todos los representantes previstos en la ley.

En el ámbito de la CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, el Órgano de Revisión local ejercerá las funciones señaladas en el artículo 40 de la Ley, aún si la justicia interviniente fuese nacional. Sin perjuicio de ello, en éste último supuesto, el Órgano de Revisión nacional podrá ejercer subsidiariamente dichas funciones.

Reglamentada por la Presidenta de la Nación, Dra. Cristina Fernández de Kirchner, el 28 de Mayo de 2013. Publicada en el Boletín Oficial N° 32649 el 29 de Mayo de 2013.



Av. 9 de Julio 1925 - Piso 10 - Oficina 1001
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
C1073ABA - República Argentina
Teléfono: (011) 4379.9162
saludmental@msal.gov.ar
www.msal.gov.ar/saludmental

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

PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL





PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL

AÑO DE PUBLICACIÓN OCTUBRE 2013

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
14.- Anexos	pág. 61
• Anexo I: Aportes de la consulta a organismos provinciales competentes	pág. 62
• Anexo II: Aportes de la consulta a organismos del Estado nacional	pág. 75
• Anexo III: Aportes de la consulta a Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) y demás organizaciones de la sociedad civil	pág. 81
• Anexo IV: Aportes de la consulta a expertos nacionales	pág. 101
• Anexo V: Aportes de la consulta a universidades e institutos de investigación	pág. 107
• Anexo VI: Aportes de la consulta a federaciones y asociaciones profesionales	pág. 124
• Anexo VII: Aportes elaborados en el marco del XII Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos - El otro soy yo	pág. 135
• Anexo VIII: Informes Epidemiológicos	pág. 142
• Anexo IX: Documento de Organismos del Estado nacional constitutivos del Órgano de Revisión	pág. 307

Prólogo

POR UNA SALUD MENTAL PARA LA INCLUSIÓN



Caminar 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 que designe o cree a tal efecto, la que debe establecer las bases para un Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios establecidos.

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 ^(a). 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 definitivo del hospital psiquiátrico que estaba ubicado en la localidad de Allen, en el 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 fijación de políticas. 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 afinamiento empírico y conceptual de las disciplinas y perspectivas que fueron integrándose en este campo. Entre ellas, las que tuvieron un desarrollo significativo son las ligadas a 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 fijados imperativos y 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 refieren a las transformaciones culturales que habrá que construir desde prácticas inclusivas 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 tradicionales, sino que aspira al desarrollo de 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 dificultades que presentan los 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 inmodificable.

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 incumbrencias, pero sí las hegemonías, de algunas profesiones. No borran especificidades ni 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, donde se reconocen, a su vez, 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 a las internaciones, el articulado es abundante. Es que 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 clasificación como referencia en la trama del diagnóstico, la Autoridad de Aplicación dispuso la utilización de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) hasta tanto se cuente 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 suficientemente en las carreras afines al campo 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 confiable y fidedigna, no sólo para asegurar los Derechos Humanos, sino 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 desarrollo de un 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 N° 26.657 – Derecho a la Protección de la Salud Mental.
Decreto Reglamentario N° 603/2013.

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

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

6.4.- 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

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

6.6.- Ley Nacional N° 26.687 - Regulación de la Publicidad, Promoción y Consumo de Productos Elaborados con Tabaco.
Decreto Reglamentario N° 602/2013.

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

6.8.- Ley Nacional N° 26.061 - Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.
Decreto Reglamentario N° 415/06.

6.9.- Decreto N° 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 conflictos con la ley penal) en todos los abordajes específicos y generales de Salud Mental y adicciones, teniendo en cuenta los problemas 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 servicios de Salud Mental en 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 la admisión para internaciones 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 financieros asignados a 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 fortalecer los factores protectores, entre los cuales se incluyen 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 cada edad, mediante la adecuación y/o creación 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 la 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, 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, de sectores tales como: salud, poder judicial, educación, seguridad, desarrollo social, trabajo y/u otros, en los aspectos específicos relacionados 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

Insuficiente desarrollo de un sistema de monitoreo y evaluación de la calidad de la atención de los servicios de Salud Mental y adicciones.

9.7.1.- Objetivo N° 1

Diseñar, definir, desarrollar, fortalecer, monitorear y/o evaluar directrices y/u otros 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, evaluación y actualización 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 de los abordajes de las situaciones de 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 que designe o cree a tal efecto, la que debe establecer las bases para un Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios establecidos”. 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 financiamiento según prioridades de la gestión, 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 cronificación que acontece en las instituciones 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 permitirá habilitar oportunidades para el fomento y desarrollo de líneas 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 reflejen 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 planificación, 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 finalidad, resultará indispensable la presentación en tiempo y forma 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 se basan en los objetivos y los problemas priorizados en la formulación del presente Plan, y se clasifican para su correcta 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, para la difusión de los derechos contemplados en 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, diarios, revistas, afiches, volantes, etcétera.

10.1.4.- Campañas de información y sensibilización -a través de medios gráficos, radiales, televisivos, redes sociales- sobre la situación de las personas con padecimientos 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 financiamiento de 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 y populares.

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 financiamiento. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (Capítulo 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 comunitario e interdisciplinario.

10.3.9.- Se promoverá el reconocimiento, con la debida acreditación de la autoridad competente de los perfiles y las competencias, de todos aquellos nuevos actores 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 las acciones 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 flexibles, 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 con la ley penal.

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 de proyectos preventivos o promocionales.

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

- prevención inespecífica para niños entre 4 y 10 años;
- 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 específicos, para la residencia 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 identificarán los sistemas de recolección y análisis de información 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 financiados por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones fundado en criterios de desestigmatización y no discriminación.

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

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 crónicos en instituciones públicas.

Nº de camas destinadas a pacientes crónicos en instituciones públicas.

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 crónicos en instituciones públicas.

Nº de camas destinadas a pacientes crónicos en instituciones públicas.

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 externados 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 cronificados en instituciones públicas, externados e incluidos en un hogar o en dispositivos residenciales comunitarios.

Nº de pacientes cronificados en instituciones públicas externados.



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 financiamiento de proyectos 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 financiamiento de proyectos con un criterio de interdisciplinariedad, intersectorialidad y/o interculturalidad, 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 financiadoras de investigación incluyan temáticas relacionadas con la Salud Mental y adicciones.

Indicador

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

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



Meta

11.1.27.- Que el 100 % de las actividades de capacitación destinada a los equipos de las guardias de efectivos 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 de consumo problemático de sustancias psicoactivas, se integren a una red de servicios 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 del consumo problemático de sustancias psicoactivas con base en la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657.

Cantidad de efectores articulados a la red de servicios de atención integral de sustancias psicoactivas y prevención inespecífica del consumo de drogas.

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 de evidencias sobre los resultados logrados; 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 predominio de concepciones y prácticas de tipo asilar. En el desempeño de estas instituciones se identifican procesos de anomia, aislamiento, vulneración de los derechos de los pacientes durante el proceso de atención y, fundamentalmente, de desplazamiento de fines, ya que la institución no puede cumplir satisfactoriamente con su rol asistencial y contribuye mediante su accionar a la generación de efectos iatrogénicos asociados a la cronificación e institucionalización.

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, planificación federal, cultura, arte y deporte con el objetivo de 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, proteger a los grupos más susceptibles y/o desarrollar actividades 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 y eficaces resultarán 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 manifiesten indicadores positivamente asociados a un trastorno o patología reciban atención oportuna y eficaz.

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 fin de lograr el paulatino cierre y/o transformación de la misma.

Recursos humanos no convencionales:

Comprende los recursos existentes en la comunidad que no poseen certificación y/o acreditación oficial relativa a la formación y/o desempeño de prácticas en el sector Salud. Tales recursos humanos no convencionales debidamente capacitados pueden contribuir mediante su participación de forma coordinada con 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, refiere a toda propuesta o alternativa de abordaje tendiente a la promoción de la salud mental, prevención del padecimiento, intervención temprana, tratamiento, rehabilitación, y/o inclusión social, reducción de daños evitables o cualquier otro objetivo de apoyo o acompañamiento que se desarrolle en los ámbitos públicos o privados”. 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 clasificatorios de trastornos o enfermedades, y dado que el Artículo 16 del Decreto 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 de los 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)