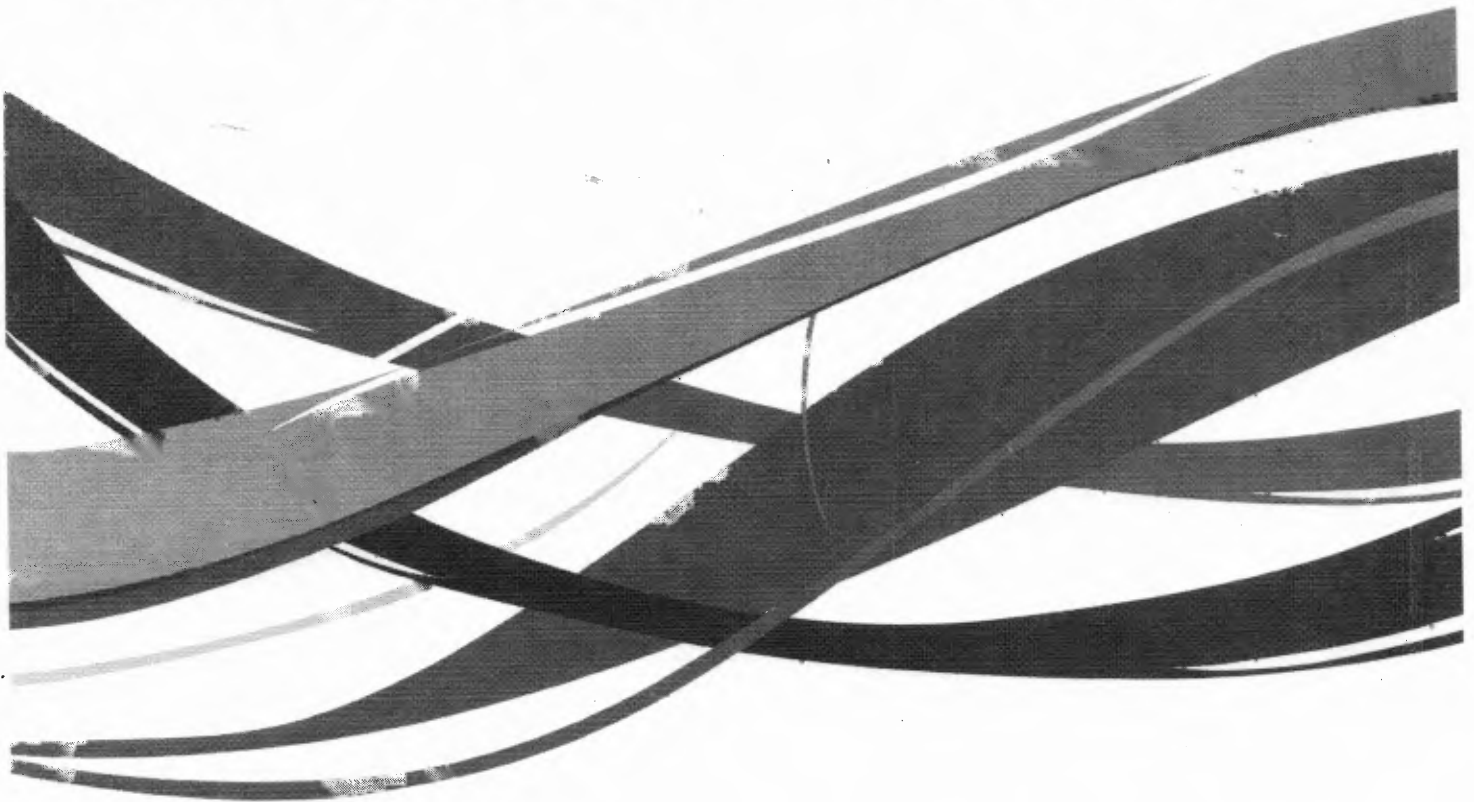




2177

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

# PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL



  
Dirección Nacional de  
SALUD MENTAL  
Y ADICCIONES

**ARGENTINA**  
UN PAIS CON BUENA GENTE



Ministerio de  
Salud  
Presidencia de la Nación

2177



PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL

AÑO DE PUBLICACION 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 .....	en CD
• Anexo I: Aportes de la consulta a organismos provinciales competentes .....	en CD
• Anexo II: Aportes de la consulta a organismos del Estado nacional .....	en CD
• Anexo III: Aportes de la consulta a Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) y demás organizaciones de la sociedad civil .....	en CD
• Anexo IV: Aportes de la consulta a expertos nacionales .....	en CD
• Anexo V: Aportes de la consulta a universidades e institutos de investigación .....	en CD
• Anexo VI: Aportes de la consulta a federaciones y asociaciones profesionales .....	en CD
• Anexo VII: Aportes elaborados en el marco del XII Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos - El otro soy yo .....	en CD
• Anexo VIII: Informes Epidemiológicos .....	en CD
• Anexo IX: Documento de Organismos del Estado nacional constitutivos del Órgano de Revisión .....	en CD





2177

# Prólogo

## POR UNA SALUD MENTAL PARA LA INCLUSION

**C**aminar cada paso. Así encaramos el proceso hacia la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, lo que continuamos haciendo hasta contar con su decreto reglamentario N° 603/2013 y lo que haremos para implementar el Plan Nacional de Salud Mental en la República Argentina, esta tercera herramienta que aquí presentamos. Recorreremos 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.



2177

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 NACION



2177

# 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.



2177

## 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.



2177

## 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.*



2177

# 5-Marco conceptual y referencial

## 5.1 Antecedentes

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

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

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

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

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

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



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

En ese marco, una reforma emblemática fue la impulsada por Río Negro a partir de 1985. Reconocida a nivel internacional, incluyó la apertura de dispositivos de atención con base territorial y de servicios de Salud Mental en los hospitales generales de esa provincia, la conformación de equipos interdisciplinarios para atender problemáticas mentales en sus lugares de origen, y un intenso trabajo comunitario con el eje puesto en la inclusión social de las personas con padecimiento mental. Hacia 1988, se concretó el cierre 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 tiidadas de locas y peligrosas; el adicto visto como delincuente y dañino) que propician y regeneran la discriminación.

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



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

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

Es evidente que las responsabilidades interdisciplinarias no ponen en juego las incumbencias, pero sí las hegemonías, de algunas profesiones. No borran 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. Mas 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.



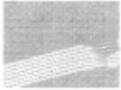
# 6-Marco legal y técnico

## Leyes, decretos y resoluciones complementarias.

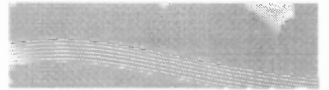
- 6.1.-** Ley Nacional N° 26.657 – Derecho a la Protección de la Salud Mental.  
Decreto reglamentario N° 603/2013.
- 6.2.-** Ley Nacional N° 25.421 – Programa de Asistencia Primaria de la Salud Mental.
- 6.3.-** Ley Nacional N° 24.788 - Lucha Contra el Alcoholismo.  
Decreto reglamentario N° 149/2009.
- 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 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 las 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: Capítulo V, Anexo 10.)

#### **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. (Ver en Glosario política de salud y sus principios y Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto reglamentario N° 603/2013: Anexo 10)

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

#### **9.5.2.- Objetivo N° 2**

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



### 9.5.3.- Objetivo N° 3

Diseñar, 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-Lineas 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 “debera 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 Organismo 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 desarrollá 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 implementár 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 cronicados en instituciones públicas.

Nº de camas destinadas a pacientes cronicados 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 cronicados en instituciones públicas.

Nº de camas destinadas a pacientes cronicados 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 externación 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 Nº 26.657 y su Decreto reglamentario 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 Nº 26.657 y su Decreto reglamentario Nº 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 Organo 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 practicas 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° 26657 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

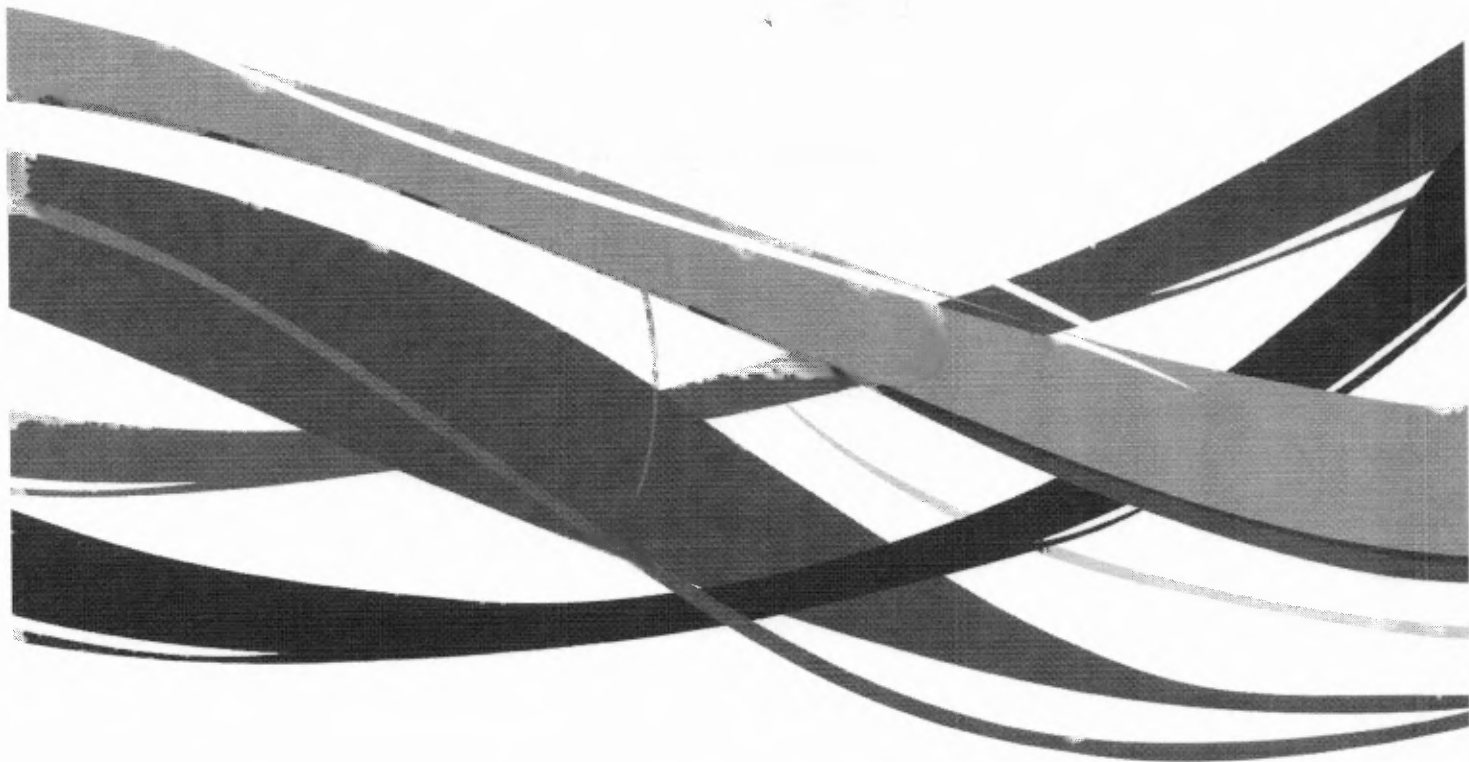
Lic. Martín DE LELLIS

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

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



2177

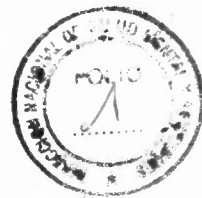


► **DIRECCION NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES  
MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION**

Av. 9 de Julio 1925 - Piso 10  
Ciudad de Buenos Aires - C1073ABA - República Argentina  
Teléfono: (011) 4379-9162  
e-mail: [saludmental@msal.gov.ar](mailto:saludmental@msal.gov.ar)  
[www.msal.gov.ar/saludmental](http://www.msal.gov.ar/saludmental)



2177



# ANEXO I

DEL PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL



Ministerio de  
**Salud**  
Presidencia de la Nación

## II ENCUENTRO NACIONAL DE FUNCIONARIOS REFERENTES DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

**“Construyendo juntos el Plan Nacional de Salud Mental”**

### DOCUMENTO DE CONSULTA ANEXO 1

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, los días 12 y 13 de Agosto de 2013, se llevó a cabo el Encuentro Presencial de Funcionarios Referentes de Salud Mental y Adicciones de distintas provincias del país, en el marco de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, con el objeto de recoger aportes para la elaboración del Plan Nacional de Salud Mental, sintetizados en este Documento.

El Encuentro, organizado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, se realizó en el Salón Auditorio de la Jefatura de Gabinete de Ministros, con la participación de los directores provinciales de Salud Mental y Adicciones de las 24 jurisdicciones del país: Buenos Aires, Catamarca, Chaco, Chubut, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, San Luis, Santa Cruz, Santa Fe, Santiago del Estero, Tierra del Fuego y Tucumán.

La metodología consistió en la lectura del Borrador del Plan Nacional de Salud Mental (en adelante PNSM), con eje en los problemas priorizados, objetivos, líneas de acción y metas.



Los referentes participantes expusieron reflexiones, comentarios y aportes que a continuación se detallan:

**Buenos Aires:**

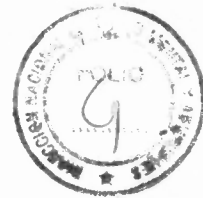
- Hacer referencia a la suspensión – limitación programada, gradual y definitiva de la admisión en los hospitales monovalentes en un mediano plazo (dos años aproximadamente a partir del primer semestre de 2014).
- Propone articular las políticas de salud mental y adicciones con las regiones sanitarias y los municipios.

**Catamarca:**

- Reflexiona acerca de la importancia de acompañar a los recursos humanos insertos en el primer nivel, aunque no sean específicos de salud mental.
- Sugiere que se piense cómo medir la participación de usuarios y familiares, como recurso no convencional, en la red de servicios de salud mental.

**Chaco:**

- Resalta la importancia de incluir a los pueblos originarios.
- Propone se convoque al Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI) a la jornada de consulta de Organismos del Estado Nacional en relación a la elaboración del PNSM.
- Propone se reflexione en torno a los proceso de adecuación de algunas comunidades terapéuticas que ofrecen atención acorde a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.
- En las provincias donde no existen monovalentes en salud mental propone revisar y evaluar las prácticas manicomiales en otros efectores.
- Propone se recomiende a las provincias la puesta en funcionamiento del Órgano de Revisión correspondiente a cada jurisdicción.

**Chubut:**

- Sugiere la importancia de contar con programas específicos tanto para la población infanto-juvenil como para la problemática de las adicciones.
- En relación al texto del PNSM, sugiere utilizar un eje ordenador que separe acciones "macro" de las "micro o territoriales".
- Sugiere se defina qué se entiende por "procesos de adecuación".
- Sugiere hacer especial énfasis en la adecuación de los hospitales generales para dar respuesta a las problemáticas de salud mental y adicciones.
- Propone que en el texto del PNSM se explicita que las comunidades terapéuticas son efectores monovalentes, resaltando la importancia de acompañar a los efectores privados en este proceso de transformación.
- Solicita que se aclaren las responsabilidades de los diversos sectores involucrados en el PNSM.
- Sugiere se diseñen metas intermedias.
- Sugiere se incluya el armado de planes provinciales que operativicen la implementación del PNSM.
- Sugiere se aclare el rol del equipo de salud mental en relación a los juicios de insanias e inhabilitación que son competencia del Poder Judicial.

**Córdoba:**

- Indica que en el proceso de inclusión de los consumos problemáticos al campo de la salud, es necesario incluir múltiples aspectos, no solo el patológico, sino también el aspecto social y las temáticas asociadas.
- Resalta la creciente demanda de actores sociales que comienzan a desarrollar dispositivos intermedios, como casas de medio camino. De allí la necesidad de contar con reglamentos y normativas para la habilitación y puesta en funcionamiento de dichos dispositivos.
- Resalta la importancia de desarrollar múltiples respuestas para las distintas problemáticas actuales. La implementación de la Ley N° 26.657 debe ser acorde a cada territorio.



-Propone rescatar los aportes en el proceso de inclusión social de las Comunidades Terapéuticas.

**Corrientes:**

-Propone se colabore desde el nivel nacional con las provincias en la articulación de acciones con el Poder Judicial en el marco de la Ley N° 26.657.

-En relación al punto 17.3.19 del borrador del PNSM solicita que se agregue “en concordancia con las provincias”.

**Entre Ríos:**

-Reflexiona acerca de las contradicciones del marco normativo sobre la evaluación de las insancias en la provincia -que requieren de tres firmas de médicos- con lo que establece la letra de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

**Formosa:**

-Sugiere se fortalezca el diálogo con el Poder Judicial.

**Jujuy:**

-En líneas generales acuerda con los aportes mencionados en el presente documento.

**La Pampa:**

-Recomienda se incorpore la perspectiva de la epidemiología cultural y un enfoque cualitativo para el registro de información y monitoreo de acciones.

**La Rioja:**

-Reflexiona sobre la diversidad de actores que forman parte del campo de la salud en relación a los obstáculos institucionales que generan las diversas líneas de dependencia de los efectores.



Reflexiona en torno al PNSM como una herramienta para la construcción de estrategias y respuestas territoriales.

- Remarca la importancia de la inclusión de las adicciones en el campo de la salud.
- Señala la importancia de la transformación de los monovalentes en dispositivos acordes a las normativas vigentes.

#### **Mendoza:**

- Reflexiona en torno a la importancia que adquiere, en el proceso de adecuación de un efector monovalente, la red sanitaria para la optimización de los recursos.
- Reflexiona sobre la importancia de trabajar en conjunto con la comunidad y los decisores políticos como parte del proceso.
- Plantea la necesidad de avanzar en el camino de apertura de dispositivos intermedios en la comunidad.
- Propone se fortalezca la articulación entre las áreas de adolescencia y salud mental. Además, que se socialicen experiencias de articulación Nación-Provincia para el abordaje de la población infanto-juvenil.
- Sugiere se socialice la creación de la RISAM infanto-juvenil incluida enfermería.
- Resalta la importancia de socializar los protocolos de atención en crisis en los hospitales generales.

#### **Misiones:**

- Destaca la importancia del Órgano de Revisión en cada jurisdicción.
- Señala la importancia de contar con la especialidad en Salud Mental para los egresados de la RISAM.
- Propone se reflexione acerca de las representaciones sociales sobre los monovalentes en tanto impedimentos para la inclusión.

#### **Neuquén:**

- Resalta la importancia de cuidar a los trabajadores de la salud/salud mental, con distintas instancias de contención y supervisión de las prácticas.



-Reflexiona sobre la resistencia existente en los equipos de salud de los Hospitales Generales para la atención de las personas con padecimiento mental.

-Sugiere fortalecer la capacitación del recurso humano para trabajar con la población infanto-juvenil.

-Sugiere crear/fortalecer las guardias interdisciplinarias de salud mental en los hospitales generales.

#### **Río Negro:**

-En relación al momento de incorporar la atención de las adicciones en los hospitales generales, remarca que es importante tener en cuenta otros dispositivos ya que éste no es suficiente.

#### **Salta:**

-Sugiere incorporar a los pueblos originarios como una problemática priorizada.

-Sugiere incorporar las problemáticas de consumo de tabaco en el PNSM.

-Resalta la necesidad de que las provincias asuman el compromiso de incorporar camas destinadas a internación en salud mental en los hospitales generales.

-Señala que todo abordaje que incluya desintoxicación debe hacerse en los hospitales generales y centros del primer nivel de atención.

-Resalta la importancia de la formación y las prácticas vinculadas con la salud mental laboral.

-Reflexiona en torno a no centrar la discusión actual en la "internación" o "no internación" de los usuarios, ya que queda mucha población por fuera. Se necesitan estrategias terapéuticas que correspondan a los tres niveles de atención.

-Sugiere se fortalezcan y financien proyectos de participación comunitaria en prevención en salud mental y adicciones destinado a organizaciones de base.

#### **San Juan:**

-Socializa la implementación de un protocolo provincial vigente que ayuda a adecuar el accionar del poder judicial.



-Para el punto 17.4.3 del borrador del PNSM sugiere se fortalezca la articulación con la CONEAU.

**San Luis:**

-Remarca que la experiencia, después de 20 años, de la transformación del sistema de salud mental en San Luis es acorde a los contenidos del borrador del PNSM, destacando la importancia de incluir las adicciones en las políticas de salud mental.

**Santa Cruz:**

-Resalta la necesidad de poner el acento en las personas declaradas inimputables y la creación y adecuación de dispositivos habitacionales a fin de favorecer la inclusión social.

-En relación al segundo párrafo de la introducción del punto 17 del borrador del PNSM sobre Líneas de Acción, solicita desarrollar los "otros sectores" a los que hace alusión el documento.

-En relación al punto 17.4.2 del borrador del PNSM solicita se agregue "y reconocer" la formación de posgrado.

-Sugiere acentuar la importancia de la capacitación y medidas de trabajo con los medios de comunicación masivos respecto a la temática de Salud Mental y Adicciones.

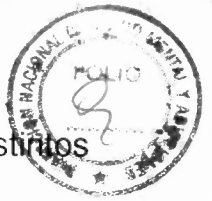
-Reflexiona en torno a la dificultad que significa no contar con recurso humano no preparado para la atención de población infanto-juvenil, estimulando la capacitación pertinente.

-Destaca la importancia del Órgano de Revisión para el control de las clínicas privadas y comunidades terapéuticas.

**Santa Fe:**

-Reflexiona en relación a las dos lógicas diferentes que conviven al interior de los Ministerios de Salud, por un lado, la del programa; y por otro, la integralidad en el proceso de atención.





-Reflexiona en torno a la superposición de material y protocolos desde los distintos programas y áreas que coexisten en el sistema de salud.

### **Santiago del Estero:**

-En el marco de una estrategia de integralidad, en relación al punto 17.3.16 del borrador del PNSM, dada la saturación de planes y programas que se desarrollan en el primer nivel de atención, sugiere fortalecer el componente salud mental y adicciones en los integrantes del Programa Médicos Comunitarios.

-Sugiere tomar en cuenta la experiencia en investigación de organismos internacionales y países de la región.

### **Tierra del Fuego:**

-En relación a la inclusión de las adicciones al campo de la salud, solicita se explicita el posicionamiento político respecto a la condición de monovalente de las comunidades terapéuticas.

-Sugiere crear instancias de discusión y debate en torno al abordaje comunitario de las problemáticas de consumo.

-Destaca la importancia de sugerir a las provincias el desarrollo de planes provinciales que integren las políticas de salud mental y adicciones.

### **Tucumán:**

-Sugiere incorporar en la justificación del PNSM la perspectiva epidemiológica.

-Sugiere la implementación de programas de mejora continua de la calidad.

-Fortalecer el diálogo con el Poder Judicial, desde el nivel nacional, para disminuir las internaciones compulsivas a través de guías y protocolos de atención conjunta, entre otros instrumentos.

-En relación a los problemas y acciones priorizados, sugiere agregar la "inclusión social" de los usuarios de salud mental y adicciones.

-Destaca la importancia de desarrollar indicadores con evidencia científica para monitorear los procesos de transformación de los efectores.



- En el campo de las adicciones destaca priorizar el abordaje de la población infanto-juvenil, en especial, en situación de vulnerabilidad psicosocial.
- En relación a las comunidades terapéuticas inquiriere: cuál es el rumbo a tomar en la transformación de estos dispositivos basados en la evidencia científica actual y la normativa vigente.
- Advierte sobre el estilo de redacción PNSM para ser comprendido por otros actores ajenos al campo de la salud mental.

#### **Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones:**

- Propone agregar el criterio de Interculturalidad al punto 16, objetivo 3 del problema 1 del borrador del PNSM. Alude a que generalizar acerca de la condición de vulnerabilidad de los pueblos originarios no es pertinente, dado que puede incurrir en discriminación.
- Propone hacer eje en la necesidad de fortalecer la red de servicios de salud mental, para poder construir alternativas viables con los juzgados.
- Destaca que los procesos de adecuación pueden ser variados, según cada territorio, y que en esta etapa, se va a poner el acento en abrir y no en cerrar, dada la inadecuada situación de los servicios de salud mental en los hospitales generales.
- En relación a las comunidades terapéuticas señala que es necesario revisar el modelo de atención porque no ha demostrado eficacia terapéutica y el índice de reincidencia es alto. Las respuestas que hasta ahora no han dado los hospitales generales deben ser construidas con mayor voluntad de apertura y profesionalismo.
- Las comunidades terapéuticas pueden ser parte de la Red de Servicio con base comunitaria, siempre y cuando experimenten un proceso de adecuación conforme a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y que, además, no estén aisladas con la mirada puesta en las sustancias psicoactivas prohibidas. Es necesario instalar la discusión sobre la adecuación del campo de las adicciones en la agenda pública y de los poderes públicos.



-Es responsabilidad de salud conducir y coordinar los espacios intersectoriales para la adecuación institucional.

-Actualmente se cuenta con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario 603/2013; el Plan Nacional de Salud Mental es un conjunto de pautas generales, una herramienta de gestión para ser utilizado desde el ejercicio de la Rectoría del Estado nacional, provincial y municipal.

**A partir del intercambio en plenario se identifican los siguientes ejes transversales de trabajo en salud/salud mental:**

-Problemática infanto-juvenil.

-Órgano de revisión a nivel nacional y local.

-Construcción territorial de respuestas para la adecuación institucional de los efectores/servicios monovalentes en salud mental y adicciones.

- El Plan Nacional de Salud Mental es también una herramienta de integración de las políticas de salud y de articulación con otros sectores.

Para finalizar, se dio lectura del Documento Final del Encuentro Presencial de Autoridades Referentes de Salud Mental y Adicciones de las distintas jurisdicciones del país, el que sintetiza los aportes para la construcción del Plan Nacional de Salud Mental a elaborar por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

A continuación la firma de los presentes:



*Lucho*  
ANASTA GARRIBEL  
DIRECTORA DE SALUD MENTAL  
TIERRA DEL FUEGO.

*Pepero*  
Mgter. Gloria del Carmen Serrano  
Directora de Salud Mental  
Provincia del Chaco

*Chini*  
Liliana Solera, Psicóloga de base.  
M.D. 11.518.654  
HEPRA - San Luis.

*[Signature]*  
LIC. MARCELA A. CORIA  
DIRECTORA DE SALUD MENTAL  
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

*Lucho*  
CLAUDIA FILLASRE  
DIRECTORA DE PREVENCIÓN  
Y CAPACITACIÓN  
SEC. LUCHA CONTRA LAS  
ADICCIONES - E. RIOS

*[Signature]*  
CLAUDIA FILLASRE  
DIRECTORA DE PREVENCIÓN Y CAPACITACIÓN  
SECRETARÍA DE LUCHA CONTRA LAS ADICCIONES  
E. RIOS

*[Signature]*

*[Signature]*  
Rubén Díaz  
Dirección Salud Mental  
de Mendoza.

*[Signature]*  
LIC. VIRGINIA GUERRERO  
PSICOLOGA  
C.M.D. 1.38  
Jefa del Servicio de  
Salud Mental  
de NQN.

*[Signature]*

Dr. ALFREDO VENTURINI  
JEFE DE DIVISION S. MENTAL  
MINISTERIO DE SALUD DE SAN JUAN

*[Signature]*  
Anibal Areco  
Director de Salud Mental  
Provincia de Buenos Aires



*[Handwritten signature]*

Mariana A. Belotti  
Psicopedagoga - MAT. 537  
Equipo de Dirección Técnico  
Oficina Provincial de Salud Mental  
Santa Fe

*[Handwritten signature]*  
NICOLAS AUGUSTO BENEDETTO  
ABOGADO  
Matrícula N° 4111 - D.N. 316  
Coordinación Equipos Interdisciplinarios  
Oficina Provincial de Salud Mental  
SANTA FE

*[Handwritten signature]*  
ca Paula

*[Handwritten signature]*  
CLAUDIA TARCHINI  
DID. PROF. DROGAS Y ALCOHOLISMO  
SANTIAGO DEL ESTERO

Dra. SILVIA RIVERO  
Jefe Psial. Opic. Adicciones  
Oficina Salud Mental y Adicciones  
Min. de Salud - Santa. Cris

*[Handwritten signature]*  
Nauquion

*[Handwritten signature]*  
Lic. Marcela Freytes Frey  
Oficina Provincial de  
Salud Mental  
Ministerio de Salud

*[Handwritten signature]*  
Lic. María Paula SAUDES  
Directora Prov. de la Prevención  
y Asistencia de las Adicciones  
Secretaría de Salud - Chubut

Dra. DARIO ROMERO CRUSILLAS  
COORDINADOR DE SALUD MENTAL  
MINISTERIO DE SALUD - JULY

*[Handwritten signature]*  
Lic. María Virginia  
10/1/2002  
CABA.

*[Handwritten signature]*  
Lic. Dora García  
Coord. Prov. Salud Mental y Adicc.  
Rio Negro

*[Handwritten signature]*  
MISERABLES PROV. SA.  
MISIONES.

*[Handwritten signature]*  
Lic. Rodríguez  
Jefe de Oficina de  
Comentarios.

*[Handwritten signature]*  
Dra. Ramona Zambrato  
Direct. Salud Mental  
Ad. CC. D. N. 1  
FORMOSA

*[Handwritten signature]*  
Lic. Marcela Lemaire  
Jefe de División Salud Mental  
del SI PROSA.

*[Handwritten signature]*  
Dra. Susana Gabriela MORENO  
TUCUMAN - CAUTEN  
LAS HUELLAS

2177



# ANEXO II

DEL PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL



Ministerio de  
**Salud**  
Presidencia de la Nación

## ENCUENTRO DE FUNCIONARIOS DE ORGANISMOS DEL ESTADO NACIONAL "Construyendo juntos el Plan Nacional de Salud Mental"

### DOCUMENTO DE CONSULTA ANEXO 2

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el día 22 de Agosto de 2013, se llevó a cabo el Encuentro Presencial de Funcionarios de diversos organismos del Estado Nacional, en el marco de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, con el objeto de recoger aportes para la elaboración del Plan Nacional de Salud Mental, sintetizados en este Documento.

El Encuentro, organizado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, se realizó en el Salón Oñativia del Ministerio de Salud de la Nación, con la participación de los funcionarios de los siguientes organismos: Programa de Educación y Prevención sobre las Adicciones y el Consumo indebido de Drogas del Ministerio de Educación; la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR); la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF) y la Secretaría de Gestión y Articulación Institucional (SEGAI) del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación; la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación; el Ministerio de Relaciones Exteriores; el Ministerio Público de la Defensa, la Jefatura de Gabinete de Ministros; El Hospital Nacional ex Ce.Na.Re.So; la Colonia Nacional Montes de Oca del Ministerio de Salud; Cámara de Diputados de la Nación; CONADIS; Centro de Referencia de Rosario.



La metodología consistió en la lectura del Borrador del Plan Nacional de Salud Mental (en adelante PNSM), con eje en los problemas priorizados, objetivos, líneas de acción y metas.

Los referentes participantes expusieron reflexiones, comentarios y aportes que a continuación se detallan:

Se sugiere promover la distribución de las tareas y responsabilidades de los Estados municipales, provinciales y nacional para lograr el efectivo desarrollo y financiamiento de las acciones planteadas, a través de la incorporación de nuevos mecanismos.

Definir y/o explicitar conceptos claves tales como: adicciones y consumos problemáticos; proceso de adecuación institucional a la Ley 26657; servicios con base en la comunidad.

Fortalecer la inclusión de temáticas como la salud mental de los trabajadores y la adicción al tabaco.

En relación a las capacitaciones resaltar que las residencias deben realizarse en dispositivos de la Red de servicios con base comunitaria y no en los monovalentes.

Promover en los espacios de concertación la discusión y/o problematización sobre registros diagnósticos en Salud Mental incorporando los procesos y contextos.

Se sugiere sustituir "poblaciones vulnerables" por "poblaciones en situación de vulnerabilidad".

Considerar la construcción de metas intermedias con indicadores más inmediatos o a corto plazo.

Incorporar un objetivo y las correspondientes líneas de acción para la disminución y cierre de camas en monovalentes de salud mental y el incremento en hospitales generales.





Diseñar plan de revisión de las sentencias de incapacidad a través del Ministerio de Justicia y del Ministerio Público de la Defensa.

En relación al punto 17.5.8 explicitar la participación de la Secretaría de Derechos Humanos en acciones de evaluación de las condiciones de internación. Explicitar la participación de dicha Secretaría en el desarrollo de las Directrices para la habilitación y evaluación de la calidad de los servicios de salud mental.

Recuperar la experiencia de la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos en la capacitación de recurso humano en las provincias y desarrollo del Órgano de Revisión a nivel local.

Resaltar la necesidad de capacitación de operadores judiciales en la evaluación de la capacidad jurídica de las personas con padecimiento mental y la fiscalización de las condiciones de internación.

En relación a la población infanto-juvenil se sugiere incorporar una mirada más abarcativa, teniendo en cuenta diversas problemáticas tales como la medicalización de la infancia.

Para fortalecer el trabajo intersectorial (Problema 1 del PNSM) se sugiere convocar al Programa de Acceso a la Justicia para Personas con Discapacidad.

Resaltar el trabajo de la Comisión Interministerial en tanto herramienta de gestión del PNSM.

En relación a los objetivos del Problema 2 se sugiere utilizar o mencionar "prevención" en sentido amplio, no haciendo uso de la clasificación que explicita.

Explicitar la financiación de proyectos de inversión en infraestructura y equipamiento destinado a dispositivos comunitarios. Ofreciendo desde Nación modelos de servicios y dispositivos para su desarrollo.

Se sugiere utilizar las instancias federales dentro del Estado para promover la implementación del Plan Nacional de Salud Mental.

En relación al punto 17.3.21 incluir explícitamente las adicciones en el ámbito del trabajo.



Teniendo en cuenta el Artículo 7 del Decreto Reglamentario 603/2013 incluir estándares mínimos de protección de DDHH en el desarrollo de los protocolos y las capacitaciones.

Resaltar el relevamiento epidemiológicos dentro del marco de las adicciones.

Destacar la importancia de la inclusión de la atención de las adicciones en el hospital general.

En cuanto a los recursos humanos se sugiere “ampliar” y “redistribuir”.

Articulación con el Poder Legislativo para que acompañen activamente el proceso de cambio de paradigma en salud mental.

Integrantes del Ministerio Público de la Defensa y de la Secretaría de Derechos Humanos se reservan la posibilidad de elaborar un documento detallado de aportes que podrá ser considerado como insumo para el Plan Nacional.

Para finalizar, se dio lectura del Documento Final del Encuentro Presencial de representantes de Organismos del Estado Nacional, el que sintetiza los aportes para la construcción del Plan Nacional de Salud Mental a elaborar por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

A continuación la firma de los presentes:



FABRICA LEZANO  
SEGAF  
MIN. DE S. SOCIAL  
SEDONAR

Miguel  
Instituto Miguel  
SEDONAR

celly

Jorge Roser Ho  
ca. N. de M. de Oca

on

Wendy Garcia Blanco  
M. de Trabajo

M. THOMPSON  
COMADIS

[Signature]

WIS ALÉN  
SUBSECRETARIO DE PROTECCIÓN DE DDHH

[Signature]

Florencia Hysp  
Defensoría General a Nación

Julieta Calmels.  
Asesora. DIP. PIETRASUA

[Signature]  
Hospital Nacional  
Canareo

Leonardo Garbice  
Secretario de  
Gobierno

[Signature]  
DANIEL RUSSO  
SEDONAR

[Signature]  
Vic Vallone  
Senaf.

[Signature]  
DR. JOSÉ DANIEL GUCCIONE  
DEFENSOR DE LA NACION

[Signature]  
Narcís ELEFANTE

SUPERINTENDENCIA DE S. de SALUD.

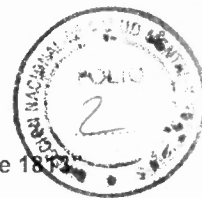
[Signature]  
VICTORIA MARTINEZ  
SECRETARIA DERECHOS HUMANOS

2177



# ANEXO III

DEL PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL



Dirección Nacional de  
SALUD MENTAL  
Y ADICCIONES



Ministerio de  
Salud  
Presidencia de la Nación

## ENCUENTRO DE ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL "Construyendo juntos el Plan Nacional de Salud Mental"

### DOCUMENTO DE CONSULTA ANEXO 3

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, los días 29 y 30 de Agosto de 2013, se llevó a cabo el Encuentro Presencial de Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), en el marco de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, con el objeto de recoger aportes para la elaboración del Plan Nacional de Salud Mental (en adelante PNSM), sintetizados en este Documento.

El Encuentro, organizado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, del Ministerio de Salud de la Nación, se realizó en el Salón de la DINESA (Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias), con la participación de representantes de las siguientes organizaciones de la Sociedad Civil:

- ONG Pleyades Asociación Civil.
- ONG Juntos por el Futuro de los niños y adolescentes con discapacidad mental / Colectivo 448 / Red por la Plena Implementación de la Ley Nacional de Salud Mental / Red FUV.
- Asociación de Reducción de Daños. ARDA.
- ONG Hogar de Cristo.
- Fundación Aylén.
- Centro de Estudios de la Cultura Cannábica para el Estudio de Plantas Psicoactivas, CECCA.
- ONG La Cuerda. Hospital de Día del Hospital General Interzonal de Agudos San José, Pergamino.
- ONG El árbol de la vida – Centro de Día de Flores. CABA.
- Hogar de Cristo.



- La Colifata.
- Asociación Civil Cooperadora Centro de Formación Laboral N° 1 de Berazategui.
- Cátedra Dinámica Ocupacionales en la Comunidad ICRM – UNSAM.
- Red FUV. Red por la plena implementación de la Ley 26657.
- Centro Don Bosco – Erico.
- Colectivo 448 en Salud Mental. Red por la plena implementación de la Ley 26657.
- Movimiento Evita.
- Asociación Civil Integración Comunitaria por la Salud Mental Una movida de locos de La Plata.
- Asociación Civil La Casona de los Barriletes.
- CELS. Red por la plena implementación de la Ley 26657.
- APEF.
- Madres en Lucha contra el Paco.
- Madres Guiando a la Vida.
- Foro de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires.
- Foro de Políticas Públicas de Salud de Carta Abierta.
- Encuentro Nacional de Prácticas Comunitarias.
  - Red por la plena implementación de la Ley de Salud Mental.
- Centro de Formación Laboral N°1 – Berazategui.
- Asociación Civil Acompañamiento Terapéutico Bragado.
- Revista THC.
- Programa Incluir Salud.
- Asociación Civil La Masotta.
- ADESAM / Red por la plena implementación.
- AATRA Asociación de Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina.
- Catedra 1Psicología, Ética y Derechos Humanos. Facultad de Psicología de la UBA.
- ARDA.
- Asociación En camino con otro por la integración socio-laboral, CABA.
- Asociación Civil Antilquito. Centro de Promoción y Protección de Derechos de niños y adolescentes.
- Hospital General (equipo de Salud mental de agudos), proyecto ambulatorio, de producción y venta de ensaladas de frutas, "Comisión amigos del hospital Pirovano".
- Nuevo sur de la Red Iberoamericana de ONG. de drogas (Despenalización para el
  - Frente de Artistas del Borda.
  - Cooperadora de una Escuela Centro de Formación Laboral N 1 Berazategui
  - Silvia Alejandra Etchebarne. Familiar.
  - Red Argentina de Arte y Salud Mental.



- *Movimiento Evita Taller de Cine para personas con Adicción.*
- *Centro de Estudios de Ejecución Penal de la UBA.*
- *Foro de Profesionales de Instituciones de Salud Mental de la CABA.*
- *Mesa permanente de Salud Mental de la Legislatura CABA.*
- *Camino Nuevo.*
- *Hospital Velez Sarfield.*
- *ATE.*
- *CTA.*
- *Club Social y Deportivo Liniers.*
- *Fundación Ángela María Aieta de Gullo.*
- *Comité de Familiares de APSA.*
- *Federación CONVERGER.*
- *Mesa de Salud Mental y DDHH Córdoba.*
- *Comité asesor CONADIS.*
- *Hospital Borda.*

La metodología de trabajo consistió en la conformación de grupos heterogéneos, en los cuales se realizó la lectura del Borrador del PNSM, con eje en los problemas priorizados, objetivos, líneas de acción y metas.

Los representantes participantes expusieron reflexiones, comentarios y aportes que a continuación se detallan por grupo de trabajo:

### **Grupo 1 y 2:**

#### **Propósitos**

15.2

Incluir e integrar al campo de la salud/ salud mental como política pública

#### **Problema 1**

Los relevamientos epidemiológico debería ser socio-epidemiológicos, no sólo sobre criterios clínicos.

Se debate en torno a como la estigmatización opera en muchos casos desde los profesionales de salud.

Aparece la pregunta en relación a si existe la posibilidad de organizar como CONADIS, con espacios reglamentados de participación con otras características,



no sólo interministerial o interinstitucional sino donde estén presentes otros actores como las Ong y otros.

Generar un dispositivo permanente y regulado de participación.

Cuando se habla de familia agregar "y/o referentes afectivos, vinculares, comunitarios"

### **Problema 2**

Promover la creación, fortalecer lo que hay. Porque está desorganizado el sistema de salud. Además de articulación e integración también depende de si va a haber alguna transformación al menos mínima. Estamos en un punto de fragmentación. Hay algún intento de unificación? (O.S, Prepagas, etc.)

Prevención integral en lugar de 1,2,3.

A que refiere inclusión social? Agregar el concepto de integración.

Hacen hincapié en relación a las habilitaciones como instrumento del estado para fiscalizar las condiciones de los distintos dispositivos en función de la ley 26.657 y no solamente de las cuestiones edilicias. Es una herramienta para lograr que la política se aplique.

El financiamiento también es una forma de adecuar, hay muchas formas novedosas que se sostienen a partir de la buena voluntad de los trabajadores que no cobran por su tarea.

Importancia de articulación de políticas.

### **Problema 3**

Habría que plantear que una epidemiología de base comunitaria e interdisciplinaria es la adecuada. Modelo biologicista no adecuado para la salud.

Obj. 1 Sacar la palabra "eventos"

Obj. 2 Agregar "indicadores"

Se desliza todo el tiempo que hay que contar enfermos, no todo padecimiento es patológico.

Sería necesario incorporar el trabajo interdisciplinario en la "Toma de decisiones"

Se plantea la importancia de que el desarrollo y relevamiento epidemiológico tenga participación interdisciplinaria e intersectorial.

### **Problema 4**

La importancia de pensar las adicciones en sentido amplio en relación a la salud y su articulación con otras leyes. Riesgo de centrar el tema en adicciones porque se puede patologizar

¿Cómo se va a pensar la epidemiología asociada a las adicciones?

Obj. 2 Interviniendo en todos los subsectores del sistema de salud

### **Problema 5**

¿A qué se refiere con recursos humanos no convencionales? Articulado con el sistema de salud

Incluyendo el modelo comunitario en lugar de con base.





### Problema 6

Agregaría como opera **todo** esto en los 3 subsectores. (O.S. Prepagas, públicas) en las distintas jurisdicciones

Obj. 1 Problema de redacción

Obj. 2 Crear y fortalecer

### Problema 7 lo pondrían como 1 para que tuviera un orden lógico

Se puede articular a los desarrollos en epidemiología

Obj. 1 Desde una construcción territorial

### Problema 8

¿Quién define los criterios de calidad?

¿Quiénes van a monitorear, evaluar? ¿Qué incidencia van a tener los usuarios?

Ausencia en lugar de ineficiencia

Obj. 1. Agregarían "Crear"

Necesidad de relevamiento de recursos con una construcción territorial

¿Donde están contemplados los trabajadores de la salud?

**General: Se plantea una discusión en relación a la infancia, el particular cuidado que requiere para no producir la medicalización/ psicopatologización y la estigmatización.**

### Líneas de acción

17. En lugar de poner "con eje" debería decir construir "desde el territorio".

En lugar de "ejecutarse" debería decir "elaborarse desde el territorio".

En relación a los servicios de salud ¿qué pasa con los que son de discapacidad?

¿Existe la posibilidad de duplicación con discapacidad? ¿Se van a generar nuevas prestaciones o se va a articular con los dispositivos que ya existen? ¿Cómo se articularían con el plan?

Es una pregunta sobre la implementación.

Actores no convencionales, tendrían que estar articulados con el sistema de salud

17.21 Nuevamente mesa interministerial y por qué no otros?

17.26 Hace referencia a un tema abierto? La diferencia entre relevamiento y diagnóstico?

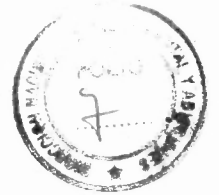
17.33 "Evaluación, definición de un tratamiento y atención" en lugar de atención solamente.

17.34 Incluir como herramienta "la decisión anticipada" para ampliar el consentimiento informado de las personas para definir el sistema de apoyo en su singularidad y momento.

17.35 Adecuación presupuestaria a las necesidades. Aumento del presupuesto. Sueldos adecuados para los trabajadores.

17.36 Modificar, sacar los tipos de recursos.

17.37 ¿Qué articulación con otros, por ejemplo con Discapacidad? ¿Se duplican



los servicios, las estructuras?Cuál es el financiamiento?

17.38 Directrices...a través de una construcción colectiva.

17.311 Falta un punto y contemplado en la ley....

17.315 Profundizar desde la concepción integral de salud que incluya a la población carcelaria común y niños/as y adolescentes en conflicto con la ley

17.3.20 consumo problemático y adicciones (no alcohol específicamente) Llama la atención que este punto sea enfocado solamente a niños y adultos jóvenes en relación al alcohol, no restringir.

17.45 Sacar todo lo que está entre paréntesis.

17. 5.11 ¿Cuál es la lógica de que en varios puntos esté agregado alcohol en particular?

## **Promover la reglamentación de la Ley Nacional de Producción Pública de Medicamentos**

### **Grupo 3:**

#### **PROBLEMAS Y OBJETIVOS**

Como observación de carácter general, se plantea que falta explicitar los sujetos de la transformación, vale decir, los actores concretos con capacidad para incidir.

Asimismo, se plantea que el diseño e implementación de acciones debería ir precedido por la elaboración de un diagnóstico de recursos y necesidades.

#### **• Problema 1**

Objetivo Nº 4: Se propone reformular el texto añadiendo el siguiente contenido: "Promover la accesibilidad, incluyendo el nivel administrativo de los efectores sanitarios y de recepción de la demanda de la población a los servicios de Salud/Salud Mental, y disminuir los obstáculos a la accesibilidad basados en los mitos y prejuicios de los trabajadores de la salud".

#### **• Problema 2**

Objetivo 1.

Se propone añadir al texto que dice "Fortalecer la red de servicios de Salud/Salud Mental y Adicciones con base comunitaria, procurando la adecuación de los efectores a las políticas de Salud/Salud Mental y a la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657" un ítem específico que atienda a la conformación de tales servicios, ya que en muchos lugares no hay red a fortalecer por no contarse con efectores sanitarios. Se propone el objetivo de "Promover que cada jurisdicción genere diagnóstico de la situación local-regional de recursos y problemáticas prevalentes para la conformación de la red de servicios con base comunitaria, promoviendo una matriz de trabajo que replique mesas de trabajo intersectorial".

Objetivo 2

Se propone añadir al texto que dice "Fortalecer y diseñar estrategias para desarrollar, monitorear y evaluar, proyectos, programas, actividades, procedimientos, directrices e intervenciones de promoción, prevención (prevención primaria, secundaria y terciaria) e inclusión social, 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 obras sociales" el contenido "y en las jurisdicciones nacional, provincial y municipal".

Objetivo 3

Se propone ampliar el texto según la siguiente formulación: "Promover la redistribución de los recursos (humanos, materiales, financieros e institucionales) 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 con base comunitaria". No obstante, se discute si debe abrirse un ítem diferencial para la asignación de nuevos recursos comunitarios o incluirlo dentro del ítem "monovalentes". Se discute sobre la inclusión o no de un ítem referido a: "La redistribución se realizará con arreglo a los derechos de los trabajadores y en el marco de las leyes laborales vigentes".

#### Objetivo 4

Se propone una reformulación gramatical: "Promover y fortalecer el conocimiento de las ofertas de servicios de Salud Mental y adicciones orientados a la inclusión social, para la atención de los padecimientos mentales".

#### Objetivo 5

Se propone ampliar el texto según la siguiente formulación: "Incorporar criterios interdisciplinarios e intersectoriales, para el diseño de 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, reconociendo las incumbencias específicas y los saberes de efectores no convencionales con enfoque de atención primaria y salud mental comunitaria".

#### Objetivo 6

Se propone ampliar el texto según la siguiente formulación: "Promover, asesorar y cooperar técnicamente, con las organizaciones... e incorporar los aportes de familiares y usuarios de Salud Mental y adicciones, propiciando la participación de los mismos en los espacios de discusión, concertación y decisión en lo relacionado con Salud/Salud Mental y adicciones, como así también en el proceso de inclusión social de las personas con padecimiento mental".

### ● Problema 4

#### Objetivo 2

Se propone ampliar el objetivo: "Incluir las adicciones en la red de servicios de Salud /Salud Mental con base comunitaria, en la promoción, prevención, (primaria, secundaria y terciaria) e inclusión social, en el diseño de estrategias para el desarrollo, implementación, monitoreo y evaluación de proyectos, programas y actividades de salud mental, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, integrando a los efectores que se ocupan de las adicciones y adecuando las prestaciones a los requisitos de la ley, de modo que las prácticas de los servicios respondan al marco regulatorio de la misma".

### ● Problema 5

Se propone reformular el problema según los siguientes términos: "La formación y capacitación continua en servicio de los recursos humanos en Salud/Salud Mental no se adecúa cuantitativa ni cualitativamente a los lineamientos de la Ley Nacional 26657".

#### Objetivo 1

Se propone reformular el objetivo: "Articular, consensuar y revisar con las universidades públicas, privadas, institutos y/u otros los currícula de grado y posgrado de todas las disciplinas que involucran a los integrantes del equipo interdisciplinario de Salud/Salud Mental y adicciones, promoviendo su adecuación a los lineamientos de la ley nacional N° 26.657 y su Decreto de Reglamentación 603/2013, con base en el modelo comunitario, con la apertura hacia nuevas prácticas y la incorporación de recurso comunitario no profesional para los abordajes integrales".

### **LINEAS DE ACCION**

17.1.9: Se propone añadir como ítem: "Incluir en los mensajes de comunicación el contenido 'a favor de la salud pública'". (Y no "contra" los hospitales).

17.3.2.b: Se propone añadir como ítem: "Diseñar y financiar programas de capacitación, colaboración y apoyo económico a recursos comunitarios en salud mental".

Asimismo se propone el ítem 17.3.2.c: "Financiar programas de apoyo económico a familiares y usuarios, adecuados a las necesidades concretas de cada caso". No se alcanza acuerdo total en este punto.

17.3.5: Se propone ampliar el ítem según la formulación: "Promover la adecuación presupuestaria a través del incremento y redistribución de los recursos humanos y financieros, para la creación y sostenimiento de la red de servicios con base comunitaria". Se discute sobre la articulación con el presupuesto participativo.

- 17.3.12: Se propone la fórmula: "Generar, actualizar y/o articular programas de subsidios económicos, como herramienta flexible para favorecer el proceso de externación contemplado en el plan individual, teniendo como referencia el salario mínimo, vital y móvil".
- 17.3.14: Se propone añadir "intervenciones de carácter regular y sistemático"... "en el marco de la Ley de Protección Integral 26061".
- 17.3.15: Se propone reformular como: "...padecimiento mental y/o conflicto con la ley / vulnerabilidad socio-penal"... "con énfasis en niños, niñas y adolescentes", "acorde a la legislación vigente".
- 17.3.20: Se propone añadir: "...y otras sustancias psicoactivas".
- 17.3.21: Se propone ampliar el contenido: "Desarrollar acciones de promoción, prevención y protección de la Salud/ Salud Mental de los trabajadores y trabajadoras pertenecientes a todas las ramas de actividad, en especial los de la Salud/ Salud Mental".
- 17.3.21.b: Se propone el ítem: "Incluir, en los horarios de trabajo de los equipos interdisciplinarios, reuniones de equipo que comprendan supervisión, reflexión compartida y capacitación".
- 17.4.2.: Se propone añadir "mediante formación no arancelada y otras estrategias".
- 17.4.5.: Se propone ampliar el ítem con el siguiente contenido: "Adecuar el contenido de las capacitaciones continuas en servicio en Salud Mental y adicciones para todos los abordajes específicos y generales de Salud Mental y adicciones, teniendo en cuenta los problemas sociales complejos y contemporáneos que los atraviesan y aglutinan (problemáticas de consumo, suicidio, violencia en todas sus manifestaciones y ámbitos, embarazo adolescente, consecuencias psicosociales y sociosanitarias de la desocupación y subocupación, procesos migratorios, entre otras) para dar cumplimiento a la Ley Nacional de Salud Mental..."
- 17.4.7: Se propone añadir: "así como en la formación de grado, posgrado y capacitación en servicio".
- 17.5.11: Se propone añadir "... y sustancias psicoactivas".
- 17.5.13: Se propone añadir: "(consolidando) y ampliando".
18. Se discute sobre hasta que punto es útil medir si lo que propone la autoridad de aplicación efectivamente lo cumple: lo adecuado sería medir hasta que punto la propuesta ha modificado la realidad... Se debate sobre el sentido del Plan Nacional como herramienta de gestión.
- 18.1.7.1: Se propone añadir "... y sustancias psicoactivas".
- 18.1.9.1, Meta p. 49: Se interroga sobre porqué 65%. Meta p. 50, se propone añadir "... y sustancias psicoactivas".

#### OTRAS CONSIDERACIONES

Respecto de los dispositivos, se plantea la necesidad del rescate y valorización de las prácticas efectivamente existentes, muchas de ellas previas a la sanción de la Ley N° 26657, muchas veces implementadas en las grietas y a contramano de las instituciones, mediante el relevamiento de las mismas, la potenciación y el apoyo, y la promoción de espacios de intercambio.

Se propone, por otro lado, explicitar un ítem atinente a la salud mental de los adultos mayores.

Por último, se propone la creación de oficinas de asesoramiento y colaboración técnica en iniciativas de economía social, a nivel local, a través de la articulación intersectorial promovida por la Autoridad de Aplicación, y que este esquema pueda servir de modelo para el abordaje de otras problemáticas.

Se plantea la necesidad de promover institucionalmente, de manera sistemática, en las actividades de los equipos interdisciplinarios, la presencia de usuarios, familiares y voluntarios en salud mental.

#### Grupo 4:

##### Problema N° 1

Juntos por el Futuro señala la falta de atención a niños y adolescentes con Dg de TGD en los hospitales generales. Esto constituye un trato discriminatorio.

ARDA agrega que esto también ocurre con la atención de personas con uso problemático de sustancias.



Juntos por el Futuro también expresa el rechazo por parte de Obras Sociales a las solicitudes de los familiares. Estas solicitudes suelen ser interpretadas de modo estigmatizante por parte de las Obras Sociales.

## Problema N2

ARDA propone incluir el consumo problemático de sustancias en la prevención. Señala la importancia de trabajar e informar a las personas que consumen sustancias psicoactivas aunque no tengan una relación adictiva a las mismas ni un Dg psicopatológico. Se aclara que consumo problemático no esta incluido en adicciones.

Se propone el trabajo con grupos en situaciones de riesgos y la implementación de estrategia de reducción de daños.

CECCA señala la falta de información sobre las sustancias psicoactivas. Sus efectos, modalidad de consumo y tratamiento en caso de ser necesario. También se expresa la falta de atención en los servicios de salud o por discriminación o por falta de capacitación "dejá de consumir o no te atiendo"

Juntos por el Futuro para el Objetivo 2 de este Problema, menciona la importancia del diagnóstico oportuno de todos los padecimientos.

ARDA señala la importancia de aclarar que no es que la gente no sabe dónde ir, sino que existe un déficit de servicios. Manifiesta que es necesario crearlos y desarrollarlos.

La Cuerda y Hogar de Cristo propone y el grupo acuerda en la necesidad de crear nuevos dispositivos y de articulación entre sectores, jurisdicciones y efectores para la continuidad de cuidados y seguimiento de las personas con padecimiento mental.

El grupo acuerda en la necesidad de diseñar estrategias concretas en Proyectos.

Hogar de Cristo propone el agregado de un problema. Manifiesta situaciones de extrema emergencia, al evidenciarse muertes por daño a sí mismo o por homicidios vinculados a adicciones. Se requiere de un operativo para la emergencia. Necesidad de agilizar las acciones y articulaciones de los organismos públicos y de operatividad en contraposición a la burocracia con la que se encuentran actualmente.

Destaca la importancia de los centros barriales y de empoderar a la comunidad para la solución de los problemas de las personas con padecimiento mental, adicciones y consumo problemático de sustancia. La misma comunidad se hace cargo del problema pero el obstáculo que encuentran es la burocracia, la especialización y la compartimentalización de las prácticas.



Todo el grupo coincide en que es necesario priorizar a las poblaciones más vulnerables: niños y adolescentes con padecimiento mental, personas en situación de calle, personas con problemas de adicciones en situación de riesgo de vida, situaciones de extrema pobreza, personas con padecimientos mentales.

#### Problema 3

Fundación Aylén manifiesta la necesidad de formación de los RRHH en epidemiología. Importancia de formación en epidemiología durante las carreras de grado.

ARDA expresa que existe un subregistro de las problemáticas en las guardias de los hospitales y otros efectores de salud. Se atienden y se registran las manifestaciones finales de las problemáticas. Agrega sobre la necesidad de protocolizar las prácticas para evitar la falta de atención y el subregistro.

#### Problema 4

Respecto al Objetivo 2 Pléyades señala la importancia de promover la educación y sensibilización sobre las adicciones y alcoholismo en escuelas y jardines desde edades tempranas.

Respecto al Objetivo 3, ARDA propone quitar la terminología bélica en lo que tenga que ver con salud mental y adicciones. Hace referencia a la palabra "lucha" en el título de la Ley Nacional N° 24.788.

Juntos por el Futuro propone considerar en los espacios intersectoriales el control y que se prevea una sanción ante la venta de alcohol por fuera de la ley.

CECCA propone generar opciones, alternativas de tratamiento para el abordaje de las adicciones. Manifiesta que existe una falencia en la modalidad de abordaje de la problemática ya que fundamentalmente en la práctica es abstencionista. Al volver a consumir las personas son echadas de distintos efectores de salud. Propone ampliar la oferta de tratamientos acordes a la singularidad de las personas y en el marco del respeto de los DDHH.

Enfatiza la importancia de garantizar el respeto de los DDHH de las personas internadas voluntaria o involuntariamente por adicciones. Manifiesta que existen personas no registradas y ofertas de reclusiones compulsivas.

También señala la importancia del acceso a teléfonos a todas las personas internadas y sus visitas.

Así como también difundir públicamente la posibilidad de denunciar por parte de cualquier persona al 0800 situaciones violatorias de los DDHH.

Juntos por el Futuro señala que actualmente ante la denuncia en diferentes organismos públicos de un caso de violación a los DDHH acontecido en un efector de salud, le solicitan la presentación de otros casos. Manifiesta entonces la necesidad de dar respuesta inmediata ante cualquier situación de violación a la integridad física y o psíquica de las personas.



#### Problema 6

Juntos por el Futuro propone agregar la participación de la comunidad junto con los equipos de emergencia para el armado de Redes.

Fundación Aylén agrega la necesidad de capacitación a la comunidad al respecto.

#### Problema 7

Juntos por el Futuro plantea el ineficiente trabajo de las clínicas psiquiátricas. Se señala la importancia de sustituir a estas instituciones monovalentes por los servicios necesarios. Señala la importancia de Centros de Día pequeños en el territorio.

Hogar de Cristo manifiesta la importancia del desarrollo de centros barriales comunitarios. Importancia de apoyarlos. Se plantea como eslabón fundamental que puede articular a todos los organismos que tienen que ver con la vida de las personas. Importancia de brindar la posibilidad de ejercer los Derechos de Ciudadanía. La realidad tiene que ir primero que la idea.

El Árbol de la vida subraya la importancia de que la sustitución de los monovalentes sea paulatina y acompañada por apertura de servicios necesarios. Se menciona la contradicción del Hospital Nacional de Salud Mental y adicciones CENARESO con lo que dicta el artículo 27 de la Ley Nacional.

#### Problema 8

La Cuerda propone la necesidad de incluir auditoria y sanción en caso de no adecuación a la ley nacional.

Respecto a las líneas de acción:

17.2.3 Fundación Aylén solicita agregar "y adicciones" al párrafo en el que se menciona a personas con padecimiento mental e incluir la importancia del trabajo para el desarrollo de habilidades, capacidades y potencialidades de cada persona.

17.2.5 Se propone agregar en el glosario la aclaración respecto al término actores no convencionales.

17.3.5 ARDA señala que además de la redistribución es importante la inversión en nuevos recursos.

17.3.8 Juntos por el Futuro propone agregar la importancia de la celeridad en el procedimiento de las habilitaciones.

17.3.12 Juntos por el Futuro sugiere incorporar mecanismos de supervisión y auditoria que garanticen el efectivo uso de los subsidios mencionados para el sostén de la persona en la comunidad y no para otros fines.

17.3.15 Hogar de Cristo propone la creación de dispositivos para el acompañamiento de usuarios con consumo problemático de drogas y alcohol que se encuentran privados de su libertad.



17.3.21 Juntos por el Futuro propone la inclusión de los familiares en este punto de protección, promoción y apoyo para la salud mental de los familiares. Importancia de exhibir los derechos en los Servicios, brindarles recursos a los que tienen Derecho e incluirlos en la toma de decisiones.

17.4.5 Juntos por el Futuro propone incluir la aclaración de que no haya proyectos de ley por patologías.

Se agrega que la Dirección Nacional sea escuchada en los Proyectos de Ley relacionados con Salud Mental y adicciones para evitar contradicciones con la Ley Nacional de Salud Mental.

17.5.8 Se propone agregar establecimientos de salud mental "y adicciones".

17.5.9 Juntos por el Futuro respecto a este punto relata sobre situaciones de electroshock en clínicas. Relató sobre el uso de electroshock en el hijo de una de las familiares. Presentó quemaduras.

17.5.12 Juntos por el Futuro propone favorecer la articulación eficiente entre las jurisdicciones de distinto nivel y del mismo nivel.

#### A UBICAR EN EL PLAN:

Fundación Aylén señala un problema: las personas con crisis por consumo de sustancias van a una clínica psiquiátrica quienes le hacen un examen psiquiátrico y le diagnostican en su mayoría psicosis. Luego hay que trabajar la rehabilitación de la persona, una vez desintoxicada, con ese diagnóstico.

#### Grupo 5:

- **17.2.5.** En referencia a los "los actores no convencionales" señalados en este punto. Como referencia inclusiva que queda abierta a definirse en cada oportunidad, no circunscribirlo solamente a la problemática del consumo excesivo problemático de alcohol.
- **17.3.7.** Promover la regulación y reglamentación del Acompañamiento Terapéutico y monitoreo, en cada jurisdicción.
- **17.3.20.** Ampliar la prevención a todos los consumos.
- **17.4.5.** Se cuestiona la noción de "embarazo adolescente como problemática". Se propone pensar como problema el embarazo adolescente no deseado, generar instancias de acompañamiento y se explicita el ejemplo del Ministerio de Educación que tiene programas para madres adolescentes, para que lo tome el Ministerio de Salud.

#### Propuestas sobre problemas:



**Problema 1:**

- Trabajar la cuestión de la estigmatización desde el núcleo familiar o referentes afectivos.
- Importancia de los espacios de interacción entre la comunidad y los efectores.
- Fortalecimiento de las mesas de gestión intersectoriales.
- Se pone en cuestión a las leyes para determinadas patologías (se tiene en cuenta que pertenece a otro área de discusión).

**Problema 2:**

- Confortabilidad en los espacios de atención, que sean espacios dignos para la inclusión. Promover la readaptación de los espacios de atención desde lo arquitectónico del viejo al nuevo paradigma.
- Capacitación, estabilidad, contratación acorde con los convenios colectivos de trabajo. Cuidado a la salud mental de los trabajadores del sector.
- Financiamiento de proyectos de inclusión como empresas sociales.
- Pensar en alguna forma de participación de familiares, afectos, vínculos no convencionales para construir el proceso mismo de tratamiento.
- Promoción para la inclusión de equipos interdisciplinarios y de gestión en políticas públicas de salud mental.
- Destinar financiamientos a proyectos que sean previsibles y sustentables en el tiempo.
- Que el financiamiento que se realice a organizaciones de la sociedad civil, a fines de que readecuen sus servicios y atención, posean una previsibilidad y sustentabilidad que los haga eficaces a esos fines.

**Problema 4:**

- Interacción entre los programas existentes en cada territorio.
- Formalizar la articulación de redes de servicios, entre las redes comunitarias y organizaciones existentes y fortalecerlas.



- Dinamizar la circulación de información.
- En términos de descentralización generar facilitadores, articuladores comunitarios.
- Articular facilitadores y nodos, que permitan la facilitación de la información, accesibilidad de los recursos, enmarcado en lo que es la APS.

**Problema 5:**

- Una mirada más integral en la formación y capacitaciones que se realicen haciendo foco en la comunidad.
- Capacitar teniendo en cuenta las realidades locales y las necesidades de la comunidad e incluirla en ese proceso de capacitación no solo de manera pasiva sino activamente.
- Fomentar en el grado y el posgrado el estudio de la estrategia de atención primaria de la salud mental.
- Que el proceso de adecuación de los hospitales monovalentes no sea en desmedro de los derechos y la calidad de vida de las personas institucionalizadas.

**Problema 6:**

- Sin propuestas.

**Problema 7:**

- Promover el desarrollo de investigaciones cualitativas en salud mental y adicciones con enfoque social, para la planificación de políticas orientadas a las cuestiones locales y regionales.

**Problema 8:**

- Realizar una política de regulación masiva de los efectores que funcionan sin habilitación y control, siempre que cumplan con el modelo de base comunitario y el respeto de los derechos humanos. Fortalecer el rol de las agencias de control.
- Construir indicadores cualitativos que permitan dar cuenta de la eficacia y calidad de las prácticas y que las organizaciones sociales contribuyan a definir las variables a tener en cuenta.
- Promover y fortalecer el rol de las organizaciones sociales en los organismos de control locales.



## Grupo 6:

SE INICIA CON LA LECTURA DEL PLAN. PG 3 OBJETIVOS PROBLEMAS PRIORIZADOS

### 1 ESTIGMA Y DISCRIMINACION

DIFUNDIR DD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. CONSTRUIR UNA POLITICA COMUNICACIONAL. CON CUIDADO DE LOS TERMINOS QUE USAMOS TENDIENDO A INCORPORAR EN LA CULTURA UN DISCURSO ADECUADO. DIFUNDIR EL TEXTO DE LA LEY Y SU REGLAMENTACION ADEMAS DE LOS CONTENIDOS DE LA CONSTITUCION Y EL CAMBIO DE CONCEPTOS DEL CODIGO CIVIL Y PENAL

DIFUSION MASIVA EN ESPACIOS COMUNITARIOS PUBLICOS. ARTE. MEDIOS DE COMUNICACIÓN. DEPORTES INTEGRAR EL TEMA DE SALUD MENTAL EN LAS AGENDAS DE RESPONSABLES DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN DIFUSION HACIA ADENTRO DE LAS INSTITUCIONES. TRABAJAR EN LA COMUNIDAD UTILIZANDO EL ARTE COMO HERRAMIENTA PARA SENSIBILIZAR, VISIBILIZAR LOS EFECTOS DE LOS PREJUICIOS QUE ABONARON A LA EXCLUSION DISCRIMINACION

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD SE DISCUTE EL TERMINO TENIENDO EN CUENTA LOS DERECHOS Y BENEFICIOS QUE HABILITA. REPRESENTACION SOCIAL DE LA ENFERMEDAD'-ENFERMEDAD MENTAL '- COMO CONCEPTO EXACERBADO POR LA PERSISTENCIA DEL MANICOMIO

### 2 DISEÑAR ESTRATEGIAS DEFINIR PADECIMIENTO MENTAL

3 DEFINIR CON CRITERIOS DE EQUIDAD... JOVENES Y ADULTOS EN CONFLICTO CON LA LEY PENAR. CREAR CONSCIENCIA LEY 26813 – FALENCIAS DEL PROGRAMA PRISMA INIMPUTABLES EN CARCEL DE MAXIMA SEGURIDAD. FALTA DE PROMOCION DE ESTA POBLACION.

4 MITOS Y PREJUICIOS... E INTERESES DE DIVERSAS INDOLES. INFORMACION A FMILIARES SOBRE PSICOEDUCACION ASESORAMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO PARA EL MOMENTO DE LA CRISIS. CONSIDERAR 0800... MODIFICACIONES EN ACTORES SOCIALES: POLICIAS, DOCENTES, ESPECIFICAR CONDUCTAS SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO –RECHAZO DE TRATAMIENTO- RIESGO CIERTO E INMINENTE.

NIVEL DE EXIGENCIA AL CUMPLIMIENTO DE LA LEY- ADHESION AL PLAN – SANCIONES ANTE EL INCUMPLIMIENTO.

RESISTENCIAS Y ATAQUES DE COORPORACIONES DIVERSAS

TRABAJO EN COMUNIDADES- ESCUELAS, UNIVERSIDADES, OTRAS INSTITUCIONES-

### PROBLEMA DOS- RED DE SERVICIOS INADECUADA

1 FORTALECER LA RED ADECUADAMENTE--- DIFICULTADES DE LOS PROFESIONALES PARA INCORPORAR ALCOHOL Y ADICCIONES

CENARESO NUEVO MONOVALENTE.

3-DISTRIBUCION DE LOS RR- HUMANOS Y FINANCIEROS- COSTO-BENEFICIO- CAPACITAR EN GESTION

4-GARANTIZAR EL ACCESO A LA MEDICACION, EXTERNACION ASISTIDA

5-OBRAS SOCIALES Y LA SUPERINTENDENCIA, CASAS DE MEDIO CAMINO, DISPOSITIVOS INTERMEDIOS

OBJETIVO 6. INCLUSION DEL FAMILIA

### PROBLEMA 3

#### OBJETIVO 1

PLAN CONTEMPLA A LOS USUARIOS QUE QUEDAN SIN GRUPO PRIMARIO DE APOYO

### PROBLEMA 6 Y 7 ACUERDO

### PROBLEMA 8

TENER EN CUENTA LOS JUZGADOS COMO ACTORES IMPORTANTES

LINEAS DE ACCION



17.1.7 EN VEZ DE SENSIBILIZAR ERRADICAR

17.3.2 ESTE PUNTO NO ES CLARO...LA AUTORIDAD COMPETENTE...SE PUEDEN PONER INTERDISCIPLINARIO E INT

Tema electroshock: tomar posición

17.3.18...promover y financiar practicas superadoras tendientes a la inclusión en relación al artísticas, deportiva tendiente al desarrollo humano

17.5.8 articular con el Servicio Penitenciario Federal las condiciones de internación de las personas declaradas inimputables alojados en los complejos penitenciarios

Eliminar la frase..QUE ASI LO REQUIERAN

17.5.9 agregarle en medir la calidad...estado de adecuación.

17.5.10 para los efectores de salud evaluar y monitorear incluir los propios trabajadores de salud y usuarios

¿Sufrimiento o padecimiento?

18.1.6.1 REEMPLAZAR EXTERNACION... POR PROYECTOS ADECUADOS A LA LEY NASC DE SALUD MENTAL. DE OTRA MANERA QUEDA RESTRICTIVO E INHIBE LA AYUDA A PROYECTOS DE SALUD COMUNITARIOS QUE NO IMPLIQUEN UNICAMENTE A PERSONAS CON PROBLEMAS PSIQUIATRICAS INSTITUCIONALIZADAS.

18.1.9.1 sacar Grado y Posgrado

## GRUPO 7:

### Problemas y objetivos

*En general:*

Incluir la perspectiva sociológica y cultural a la epidemiología

Se sugiere la inclusión de presupuestos participativos en las jurisdicciones, que implique discutir no sólo la redistribución de los recursos de monovalentes. Perspectiva interministerial de las decisiones presupuestarias.

### Problema 5 objetivo 1

Quitar articular y consensuar y dejar "revisar, adecuar e implementar"

### Líneas de acción

17.1 Que la DNSMyA impulse la difusión de las acciones desarrolladas por las OSC

Que la DNSMyA respalde y promueva que las OSC desarrollen acciones de difusión y comunicación de sus actividades territoriales y/o contenidos relacionados a la LNSM, su reglamentación y el presente plan.

Agregar adonde dice "dicha Ley", incluir "garantizando el acceso a la información sobre los derechos mencionados"

17.2.3 "... con internaciones prolongadas" agregar ""del sector público o privado"

17.2.5 Agregar otras sustancias de uso problemático, además del alcohol, de venta de curso legal.



Especificar el alcance del concepto: "Actores no convencionales"

Impulsar la regulación de la publicidad de las sustancias de venta legal y posible uso problemático

17.2.6 Especificar los alcances del concepto "Sistema único de diagnóstico y registro".

Problematizar la cuestión del sistema único. Recomendamos que el registro tome en consideración elementos epidemiológicos derivados de los determinantes sociales de la salud.

17.3.4 Agregar un paréntesis (Art 12 Convención Internacional de derechos de las personas con discapacidad y Ley 26657 Artículo 3 y art 16 inc C, art 19)

17.3.7 agregar a la lista "dispositivos barriales" y a la última frase, al final "entre otros".

17.3.15 Agregar "interministeriales" a programas.

17.3.14 "incorporando los factores protectores fundados en el derecho a la salud integral, a la educación, a la vivienda, entre otros enunciados en la Ley 26061"

17.4.3 a través de prácticas en dispositivos territoriales que sean garantizadas por el ente formador

17.5. 8 "que así lo requieran" cambiar por "cuando así lo requiera"

18

-Agregar indicadores cualitativos, para poder evaluar las dificultades de implementación

-Agregar una meta que diga "Que el 100% de las acciones impulsadas por la mesa interministerial se encuentren ajustadas según el modelo comunitario, con rectoría y monitoreo de la DNSMyA"

18.1.8.1

Agregar después de "interdisciplinariedad" poner " Intersectorialidad, reforzando la incorporación de los actores no convencionales"

18.1.9.1 Agregar después de revisión "adecuación e implementación"

**Comentario general consensuado en plenario: a partir de puesta en funcionamiento del Plan Nacional de Salud Mental, se propone contar con un cronograma de apertura de admisiones y camas en los hospitales polivalentes y el cierre de camas en los monoivalentes, tanto en el ámbito público, privado como en obras sociales.**

**Hasta el 15 de septiembre se recibirán en la DNSMyA documentos de insumos de las organizaciones de la sociedad civil para la elaboración del PNSM**

Para finalizar, se dio lectura del Documento Final del Encuentro Presencial de Organizaciones de la Sociedad Civil, el que sintetiza los aportes para la construcción del Plan Nacional de Salud Mental a elaborar por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.



A continuación la firma de los presentes:

*[Signature]*  
Foro de Int. de SM -  
MESA Remoente intersectorial

*[Signature]*  
Vivian Cohen  
Foro de Insituciones Saludat  
CABA.

*[Signature]*  
ASOCIACION CIVIL INTEGRACION  
COMUNITARIA POR LA SALUD MENTAL  
UNA TIENDA DE LOCOS

*[Signature]*  
JORGELINA JEREZ  
ASOCIACION EN CAMINO CON OTRO  
POR LA INTEGRACION SOCIO-LABORAL

*[Signature]*  
CENTRO DE ESTUDIOS DE  
EJECUCION PENAL - DERECHO UBA.

*[Signature]*  
R.R. CLUB ESCUELA DEPORTIVO  
UNIVERS.

*[Signature]*  
Foro de Salud de  
I. Santa Azules  
Encuentro de Maestras  
Comunitarias

*[Signature]*  
REPRESENTANTE USFEDS Psicología  
ÉTICA y DDHH. FAC PSI UBA  
RES POR LA PSICIA ENFOQUE ENFOQUE UN  
UNSAE.

*[Signature]*  
Comisión Amigos Hospital  
Pirovano Tres Arroyos

*[Signature]*  
Patricia A. Gómez  
Catedra - Dinámica Ocupacional  
en la Comunidad - UNSAM.

*[Signature]*  
Saturnino Amantilla  
Asociación Civil  
Cooperadora: Centro de  
Formación Laboral n° 1 - Berazategui



*Alberto Sava*  
ALBERTO SAVA  
frente de artistas  
del Bordo

*Josefina Demuro*  
Josefina Demuro  
O.N.G. "Plejades" A.C.

*Hector Nine*  
A.A.T.R.A. POR  
ABORTES ASOCIACION  
de ACOMPAÑANTES TERAPEUTICOS  
de LA REP. ARGENTINA

*Agustin Carlos Morales*  
Agustin Carlos Morales  
O.N.G. Plejades A.C.

*Fabian Torres*  
Fabian Torres  
O.N.G. Fundación Azules  
Riá de Buenos Aires.

Héctor Nine  
Asociación Civil  
"Acompañamiento Terapéutico  
Bragado". Bragado  
Riá de Buenos Aires.

*Eduardo Pazares*  
EDUARDO PAZARES  
COMITE ASESOR COMADIS

*R. Liliana Cobe*  
R. LILIANA COBE  
RED ARGENTINA  
DE ARTE Y SALUD  
MENTAL

*Ricardo Paveto*  
RICARDO PAVETO  
Asociación de Reducción de Daños  
de la Argentina (ARDA)

*Gustavo Borrero*  
GUSTAVO BORRERO  
HOGAR ESCALTO

*Adrián Martínez*  
COMITE ASESOR  
COMADIS.  
POR ADRIÁN MARTÍNEZ  
SECRETARIO  
FEDERACION CONVERGEN

*Lic. Graciela I. F. S. T. G.*  
Lic. Graciela I. F. S. T. G.  
ATOGBA.

*TO cumm TARUSA*  
TO cumm TARUSA  
ATOGBA

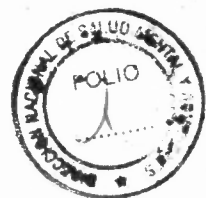
*Sebastián Leano*  
Sebastián Leano  
FUNDAL

*Dra. Leticia Ríos*  
Dra. Leticia Ríos  
Médica Psiquiatra  
M.N. 63.033  
FUNDACION AULEN  
Comunidad terapéutica

*Marta Puentes*  
MARTA PUENTES  
FUNDACION DEHUM -

*Dr. Miguel Tollo*  
Dr. Miguel Tollo  
Foro de Instituciones de Profesionales en  
Salud Mental de la C.A.B.A.

2177



# ANEXO IV

DEL PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL





Ministerio de  
**Salud**  
Presidencia de la Nación

## ENCUENTRO DE EXPERTOS NACIONALES "Construyendo juntos el Plan Nacional de Salud Mental"

### DOCUMENTO DE CONSULTA ANEXO 4

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el día 2 de Septiembre de 2013, se llevó a cabo el Encuentro Presencial de profesionales de la salud mental "Expertos Nacionales", en el marco de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, con el objeto de recoger aportes para la elaboración del Plan Nacional de Salud Mental, sintetizados en este Documento.

El Encuentro, organizado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, se realizó en el Salón Oñativia del Ministerio de Salud de la Nación, con la participación de los siguientes expertos y referentes del Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS): Enrique Saforcada, profesor consulto de Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología de la UBA; Alejandro Gherardi, asesor de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS en Argentina; Alberto Calabrese, especialista en adicciones; María Inés Torres; profesora consulto del Departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UBA, Erica Almeida y Virginia López Casariego, referentes del INADI. En tanto el Dr. Vicente Galli, ex director nacional de Salud Mental (1984-1989), envió sus aportes por escrito.



La metodología de trabajo consistió en el intercambio de Aportes en base al Borrador del Plan Nacional de Salud Mental (en adelante PNSM).

Los representantes participantes expusieron reflexiones, comentarios y aportes que a continuación se detallan:

1.- En la Pág. 6, punto 12, se denomina MARCO TEORICO a lo que luego en su desarrollo aparece con muchos más ingredientes que los puramente teóricos. Se propone que se discuta el título y se pueda lograr uno más coherente con el contenido. Se sugiere utilizar "Marco Conceptual Referencial". Al respecto el Dr. Saforcada propone incorporar a dicho marco el modelo de paradigma social expansivo en contraposición del modelo individual restrictivo, destacando la importancia de concordar el paradigma que orienta los objetivos de la Ley Nacional de Salud Mental con los objetivos que orientan el accionar de los efectores que ponen en práctica estas políticas para garantizar la calidad de atención en salud mental (eficacia y eficiencia)

2.- En el segundo párrafo se habla de "la transformación de los monovalentes enclaustrados". El Art. 27 de la Ley 26.657 y su Decreto Reglamentario establece en relación a los monovalentes que: "En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos comunitarios". Se sugiere cambiar "transformación" por "proceso de adecuación hasta la sustitución definitiva".

3.- Al final de la Pág. 6 el párrafo donde dice "Este Plan Nacional de Salud Mental contempla enmarcar las adicciones...". Se sugiere basarse en la Ley de Salud mental Art 4º "Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en relación a los servicios de salud". Ver también la Reglamentación de este Artículo: "El Eje deberá estar puesto en la persona en su singularidad, más allá del



tipo de adicción que padezca. ..." Ver también lo anotado en este Borrador de Plan Nacional en la Pág. 17 y en Pág. 19, 7º renglón, donde se refiere a los diagnósticos interdisciplinarios e integrales. Se sugiere no hablar sólo de adicciones o adictos, para evitar reduccionismos simplistas y estigmatizaciones.

4.- En las Pág. 7 y 9, se utilizan términos como "transdisciplinaria" y "multidisciplina". En todo el cuerpo de la Ley y de la Reglamentación se utilizan solamente las palabras interdisciplina- interdisciplinaria, por lo que se sugiere usar en todo el texto los mismos conceptos.

5. En relación a cómo caracterizar problemas y sufrimientos individuales y grupales, es necesario profundizar las discusiones en relación a las clasificaciones psiquiátricas que no se corresponden con "el diagnóstico interdisciplinario e integral" del que se habla en el Art 16 de la Ley y en su Reglamentación.

Se subraya que en la Reglamentación se deja fuera de uso la utilización del sistema clasificatorio de los DSM, al marcar que "...la Autoridad de Aplicación establecerá los 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". Asimismo, se reflexiona en torno a que el uso del DSM promueve la medicalización de las crisis vitales.

Se sugiere que la Autoridad de Aplicación establezca la recomendación pertinente, teniendo en cuenta el CIE-10 como instrumento a utilizar cuando sea necesario referirse a criterios clasificatorios, avalado por las OMS.

Se sugiere que Argentina promueva el desarrollo de sistemas taxonómicos diagnósticos a escala nacional o regional (UNASUR – MERCOSUR).

6.- En Pág. 31, en Líneas de acción se hace referencia a la Ley Nacional 25.421, de Asistencia Primaria en Salud Mental. En relación a la misma se reflexiona sobre el necesario proceso de armonización legislativa por el cual está atravesando el país.



En la perspectiva clásica de complejidad lo que puede ser considerado de complejidad mayor es el Hospital General con Servicios de Salud Mental, con varios departamentos y sala de internación. Hospital donde se pueden hacer todos los estudios y diagnósticos diferenciales las personas atendidas en los Servicios de Salud Mental, sean ambulatorios o internados.

La complejidad en salud mental, también puede pensarse en relación a la complejidad de los problemas; como así también a la formación, composición y capacitación de los equipos interdisciplinarios. En relación a este último punto, es importante que el Estado defina el "perfil de atención de la salud mental" para cada nivel de complejidad, acorde a la Ley, su Decreto Reglamentario y las problemáticas actuales.

Se sugiere trabajar con el Poder Legislativo para la revisión de Leyes anteriores a la Ley 26.657. En relación al PNSM se sugiere citar la Ley de APS en la Bibliografía, sin desarrollar artículos específicos en el texto.

7.- En el problema N° 5 "La formación y capacitación continua en Servicio de los recursos humanos en Salud/ Salud Mental", se sugiere incluir también aquí la definición de "Servicios de Salud". Así mismo sería aclarador no hablar solo de "servicios" sino, al mismo tiempo, hablar de "dispositivos y actividades", como se hace en otras partes del documento.

8.- Subrayar que la formación y capacitación del recurso humano debe realizarse en dispositivos de la red de servicios con base comunitaria y no en hospitales monovalentes.

9.- En la Pág. 41 y siguientes, se sugiere destacar que es condición de fondo que, además de la coincidencia con las Metas e indicadores específicos para cada punto, la Jurisdicción debe estar empeñada en lo señalado anteriormente en referencia al Art. 27 de la Reglamentación de la Ley 26.657 (proceso de adecuación y sustitución definitiva de los monovalentes). Aclarando que la presentación de los 5

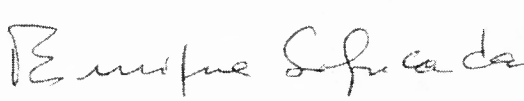



proyectos y el cumplimiento efectivo de las metas y plazos establecidos, sería requisito indispensable para acceder a la asistencia técnica y financiera de la Autoridad de Aplicación.


Se sugiere resaltar cuáles son los criterios para el financiamiento de proyectos, qué se va a financiar desde el Estado nacional, haciendo alusión a la adecuación de las redes de servicios territoriales a la ley nacional, que implica el cierre progresivo de los hospitales y otros dispositivos de internación monovalentes y la inversión de los recursos en nuevos dispositivos con base comunitaria.


Para finalizar, se dio lectura del Documento Final del Encuentro Presencial de profesionales de la salud mental "Expertos Nacionales", en el que se sintetiza los aportes para la construcción del Plan Nacional de Salud Mental a elaborar por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

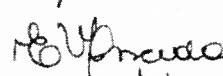
A continuación la firma de los presentes:

  
 Enrique Sforzada TORRES MARIO INÉS

  
 Alejandro Gherardi

  
 Alberto Colabrese

  
 Virginia Lopez Casariego  
 Directora de Políticas Epidemiológicas y Promoción y Desarrollo de Prácticas de Atención Psicológica y Psiquiátrica

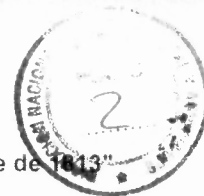
  
 Erica Almeida  
 Directora de Promoción y Desarrollo de Prácticas de Atención Psicológica y Psiquiátrica - DINADI

2177



# ANEXO V

DEL PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL



Ministerio de  
**Salud**  
Presidencia de la Nación

## **ENCUENTRO DE DOCENTES E INVESTIGADORES DE UNIVERSIDADES NACIONALES, PUBLICAS Y PRIVADAS**

**“Construyendo juntos el Plan Nacional de Salud Mental”**

### **DOCUMENTO DE CONSULTA ANEXO 5**

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el día 9 de Septiembre de 2013, se llevó a cabo un Encuentro Presencial de docentes e investigadores de “Universidades Nacionales, públicas y privadas”, en el marco de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, con el objeto de recoger aportes para la elaboración del Plan Nacional de Salud Mental, sintetizados en este Documento. El día 18 se realizó una nueva Jornada de consulta para la elaboración final del presente Anexo.

Los encuentros, organizados por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, se realizaron en el Salón Auditorio de la Jefatura de Gabinete de Ministros, y en el Salón Oñativia del Ministerio de Salud de la Nación, sucesivamente.

La metodología de trabajo consistió en la lectura del Borrador del Plan Nacional de Salud Mental (en adelante PNSM), y el intercambio de Aportes en plenario. En el periodo existente entre los eventos, se recibieron aportes por correo electrónico.



Los participantes expusieron reflexiones, comentarios y aportes que a continuación se detallan:

**Aportes del día 9/9/13:**

**En relación al problema 1 y los objetivos propuestos:**

1. Cambiar vulnerables por “en situación de vulnerabilidad”.
2. Se sugiere agregar un objetivo “Generar políticas activas de sustitución de camas de monovalentes en base a la Ley Nacional de Salud Mental”
3. Poner mayor énfasis en Promoción y Prevención, y también en Infancia. Se sugiere agregar la ley nacional protección integral de la niñez 26061 como parte del Marco Legal del PNSM. En relación a la primera parte del documento, contar con información respecto al sistema de salud para dimensionar las transformaciones.
4. En relación al objetivo 4 no formular como “disminuir”, y tampoco centrarlo en los “mitos y prejuicios” de los trabajadores, se sugiere basarse en las “prácticas”.
5. El objetivo 1 debe plantearse como “reducir y disminuir”, dada la formulación del problema.
6. Sería importante que en los objetivos se mencione la “oferta de servicios diferentes”, porque es lo que disminuye la estigmatización de la población usuaria de salud mental.
7. En relación al objetivo 4, aclarar todo “el personal de salud”, además del equipo interdisciplinario.

**En relación al problema 2 y los objetivos propuestos:**

1. Agregar “inadecuada e insuficiente” al problema.
2. En relación al objetivo 2 utilizar “desarrollar” en lugar de “fortalecer”.
3. En relación al objetivo 3 no utilizar “promover” sino “re distribuir”.



4. En relación al objetivo 6, aparece como una misión de la Dirección Nacional de Salud Mental y no del Plan.
5. Agregar “y financiamiento” al problema.
6. Respecto al objetivo 2, genera una contradicción conceptual la utilización de “Promoción”.
7. Pensar la “financiación como herramienta de gestión”, tiene que quedar claro en los objetivos.
8. Agregar un objetivo sobre “Economía de la Salud Mental”, además de redistribuir, es necesario invertir, contemplar un Plan de Inversiones.
9. Tener en cuenta la participación de Usuarios y Familiares en la gestión de este Plan.
10. Agregar en el problema “inadecuada, insuficiente e inexistente en muchos lugares del país”.
11. Se sugiere establecer un plazo de dos años para que las provincias cierren la admisión en los monovalentes.
12. En el objetivo 1 agregar “desarrollar, instalar, crear”. En este sentido, considerar un objetivo que hable de la apertura de los Hospitales Generales, ya que representan un núcleo clave para el desarrollo de la Red.
13. En el objetivo 6, fortalecer a las OSC de familiares y usuarios como parte activa de la política pública.
14. Es importante trabajar con el imaginario de que no se puede internar a partir de la Ley 26.657, compartido por profesionales y autoridades públicas. Es importante normatizar sobre la transformación de los monovalentes a polivalentes. Y también poner plazo a los polivalentes para la adecuación, porque no tienen la estructura adecuada ni la capacitación específica.
15. Hay otro problema que tiene que ver con la cobertura y los costos, que hay que tener en cuenta.
16. En relación a las Comunidades Terapéuticas, aclarar que son monovalentes y que deben adecuarse.



17. En relación a Obras Sociales, sería importante generar modificaciones en PAMI, porque no permite dar altas en tiempos breves.
18. Para poner plazos, hay que tener en cuenta la complejidad de los tres subsistemas, y ser estratégicos y cautelosos. La temporalidad tiene que ser viable. Los plazos deberían pensarse y establecerse con gradientes progresivos.
19. En relación al objetivo 2, cuando se habla de "prevención" sólo se habla de la atención de los Trastornos Mentales. Incorporar en esta instancia APS.
20. Considerar agregar un objetivo que convoque a la Promoción de la salud de manera intersectorial. Enfatizar los aspectos de promoción y prevención.

**En relación al problema 3 y los objetivos propuestos:**

1. Se sugiere agregar en el problema "investigación en servicio" y "epidemiología en todos sus aspectos"
2. Incluir un tema central que es la "construcción de datos que contemplen la complejidad del paradigma de salud mental planteado en la Ley 26.657"
3. Pensar en indicadores positivos de salud.
4. Revisar los sistemas de registros de las prácticas y no sólo de diagnósticos.
5. En el objetivo 2 incluir la interacción con los Centros de Investigación y Universidades, que esa información llegue a los espacios de gestión de la Política Pública.
6. Los marcos teóricos vigentes a veces hacen difícil desarrollar la epidemiología en Salud Mental. En este sentido, discutir "qué queremos investigar", si es un sistema de vigilancia u otra cosa.

**En relación al problema 4 y los objetivos propuestos:**

1. Resaltar la importancia de la Red de Servicios.
2. Qué pasa con las comunidades terapéuticas a puertas abiertas, teniendo en cuenta la fiscalización correspondiente para la adecuación.



**En relación al problema 5 y los objetivos propuestos:**

1. Agregar al problema algo más que no “alcanza”.
2. En el objetivo 3 aclarar “en los servicios polivalentes o generales”.
3. Difundir la importancia de los espacios de encuentro para revisar los contenidos curriculares. Se comenta que se desarrolla desde el año pasado el FORO de Facultades de Medicina. Un grupo de cátedras de Psiquiatría y Salud mental. Revisión en virtud de las pautas legislativas. Ahí está concentrado el espacio para el diálogo con la DNSMYA.
4. Se reflexiona sobre la importancia de pensar un FORO con profesionales que trabajen en Salud Mental, como una forma de articulación y participación como facultades que intervienen y están mencionados en la Ley 26.657, es un desafío que puede incorporarse al Plan.
5. Se sugiere incluir “APS”, y resaltar las “Redes”. Incluir a los Familiares y Usuarios en la formación y capacitación, en el marco de integración de los saberes.
6. En el objetivo 1 agregar “enfoque de derechos”.
7. En relación al problema, es importante que aparezca el rrhh de otros sectores (maestros, policías, bomberos, etc).
8. En relación al objetivo 2 se sugiere desarrollar, puntuar algunos “contenidos esenciales”
9. En el objetivo 1 se sugiere que el objetivo sea “mejorar la currícula de grado”.
10. Explicitar qué es el modelo comunitario y algunas variables que den cuenta. Asimismo en relación al consumo problemático de drogas, también es necesario desarrollar algo más. La complejidad amerita hablar específicamente de las adicciones, aunque estén dentro de la Salud Mental.
11. Pensar el abordaje integral, que incluya todos los niveles de atención, con la idea “trans” entre los efectores.



12. Lo importante es introducir otras "lógicas" en las prácticas, destacando los espacios intercarreras para revisar contenidos a largo plazo en las carreras de grado. Rescatar y utilizar los espacios existentes.
13. En el campo de la formación de grado, es donde se debe trabajar interdisciplinaria e intersectorialmente.
14. Habrá que pensar la articulación con las federaciones y asociación de profesionales, las organizaciones de usuarios y familiares, entre otros, en los espacios para revisar los contenidos.
15. Existe un posicionamiento clínico único, que es difícil cambiar hacia lo social expansivo. Es complicado que dos o tres cátedras puedan sostener el viraje. La capacitación es a la sociedad entera.
16. Cómo poder relevar cuáles son los problemas de los trabajadores en la práctica concreta, para sean insumos para las capacitaciones y las revisiones de contenido. Interrogar desde ahí las curriculas.

**En relación al problema 6 y los objetivos propuestos:**

1. Se sugiere reformular el problema "en el abordaje de emergencias y desastres no está contemplada adecuadamente la cobertura en salud mental".
2. En relación a los objetivos, la capacitación debería contemplar a todos los actores involucrados en la gestión del riesgo.
3. Agregar en el desarrollo de competencias "para el cuidado del personal que trabaja en situaciones de emergencias..."

**En relación al problema 7 y los objetivos propuestos:**

1. Las características de investigación en sistemas de servicios de salud, son las que se plantean.
2. Fomentar el financiamiento para el desarrollo de investigaciones.



3. Se podría adjuntar un punto "articular con las instituciones financiadoras del estado en aspectos específicos de salud mental", incluso nombrarlas para promover convenios.
4. Se entiende que se desarrollan investigaciones que están no del todo acorde a los problemas priorizados actualmente, como la accesibilidad de los servicios, o la población que abandona tratamiento. Se podrían definir cuáles son hoy las prioridades de investigación.
5. La DNSMYA podría ser encargada de difundir las investigaciones que se llevan a cabo.
6. Mantener este espacio de encuentro para obtener resultados. Identificar colectivamente líneas de investigación, para orientar las investigaciones.
7. La formación de los profesionales es el tema nodal, que implica cambio de lógica y posicionamiento.
8. El espíritu de la Ley y el Plan, no intenta profundizar en la patologización de la salud/salud mental sino más bien lo que concierne a prevención y promoción, sería importante estimular la investigación en estos campos, con especial apoyo en las herramientas de comunicación.
9. Promover la articulación entre las universidades y los servicios de salud, para desarrollar las investigaciones. Cambiar la lógica de la articulación, que se formalice, que sea una política. Mesa de articulación entre Academia, servicios y otros.

**En relación al problema 8 y los objetivos propuestos:**

1. En la formulación del problema la palabra "medir" no es la adecuada. "Insuficiente desarrollo de un sistema de monitoreo que permita evaluar."
2. Definir el modelo de epidemiología que se propone, con indicadores de salud y no de patologías.
3. El objetivo 1 debería ser "desarrollar".

**En relación a las Líneas de Acción 17.1:**

1. Ajustar cuestiones ya dichas respecto a los objetivos, de terminología y redacción.
2. En relación al punto 17.1.6 ampliar más, incluir "educación para la salud"
3. En la introducción de las líneas de acción considerar comprendida la Ley de APS dentro de la Ley Nacional de Salud Mental.
4. Las leyes a las que se hace alusión, deben estar presente en el Marco conceptual, y no en cada objetivo y línea de acción.
5. Revisar la correspondencia de los objetivos y las líneas de acción, para ver la correspondencia causal entre ambos.
6. Considerar apartados, para ordenar el contenido. Hay líneas de acción que son actividades.
7. Considerar todo lo que aporta la Ley de Servicios de comunicación audiovisual, para el punto 17.1

**En relación a las Líneas de Acción 17.2:**

1. En relación al 17.2.5 especificar "actores no convencionales", vinculados al consumo problemático de alcohol.
2. Tomar los aportes anteriores referente al "diagnóstico y registro único"
3. Considerar poner plazos para la instalación de estos espacios.
4. En relación al punto 17.2.3 que aparezca el desarrollo de estrategias de externación en el problema de Red de Servicios. Y hacer alusión a la Red de Servicios.

**En relación a las Líneas de Acción 17.3:**

1. Se sugiere aclarar el protagonismo de los familiares y usuarios, en términos de gestión compartida.
2. En relación al punto 17.3.19 salud mental entre en la agenda pública a nivel local.



3. 17.3.10 revisar el PMO de forma periódica, especificar que se va a analizar contenido y cumplimiento. Se sugiere “analizar el PMO de salud mental y adicciones en base a la Ley y adecuarlo al PNSM”. Incluir la prestación de Acompañante Terapéutico y Cuidador, e incorporar los nuevos dispositivos. Lo del PMO debiera ser un objetivo, no solo una línea de acción.
4. 17.3.3. Cuando habla de contextos agregar “sociales y culturales”.
5. Incorporar algún punto específico sobre la adecuación y sustitución de los monovalentes.
6. 17.3.16 jerarquía de objetivo.
7. 17.3.7 desglosar y explicitar, y cómo se puede comprometer con cierto plazo. Especificar por región y con datos. Como se prevé todo esto.
8. 17.3.5 “mecanismos alternativos” especificar más o decirlo de otro modo
9. 17.3.9 se sugiere colocar todos juntos los articulados sobre “atención”. Cambiar “particularizadas” o “singulares”, o “cada situación”, por “individualizadas”. Incluir allí “contextos”
10. 7.3.10 explicitar “obras sociales y prepagas”
11. incluir “tercera edad”
12. 17.3.18 Agregar “proyectos de salud mental comunitaria”
13. 17.3.20 Se sugiere utilizar abusivo o problemático, en lugar de nocivo.
14. 17.3.5 Se sugiere calcular la cantidad de dispositivos habitacionales con diferentes grados de apoyo, para resolver la situación de las personas internadas en condición de alta y con necesidad de vivienda.
15. Cuanto más capacitado esté el recurso humano, mayor cantidad y calidad de estrategias se pueden pensar para la inclusión social en la comunidad, con los recursos que hay en el territorio. Vamos a sanitizar nuevamente el problema, por eso el eje es la intersectorialidad. Las estructuras intermedias son de apoyo, no siempre necesarias para la externación. Propiciar una real desinstitucionalización y no el traspaso de una estructura macro a otra micro.
16. 17.3.20 proyectos preventivos, incluir para adultos y otras drogas lícitas.



17. 17.3.21 darle más trascendencia
18. Para el glosario: transinstitucionalización cuando se aclare "proceso de adecuación".

**En relación a las Líneas de Acción 17.4:**

1. Incluir a los "agentes comunitarios"
2. 17.4.1 incluir el análisis de lo que ya existe y está desarrollado. "Recuperar las experiencias existentes para promover iniciativas"
3. Fomentar la accesibilidad, gratuidad de las ofertas
4. Que en las acciones de formación tengan también como eje interdisciplina e intersectorialidad.

**En relación a las Líneas de Acción 17.5:**

1. 17.5.7 no sólo epidemiológicas, sino cualitativas.
2. 17.5.9 reemplazar medir por evaluar
3. Explicitar en marco teórico aspectos de la clasificación.
4. Se sugiere agregar otro objetivo para investigaciones en salud mental, que no son epidemiológicas.
5. 17.5.12 Importancia de la intersectorialidad
6. 5.1 y 5.2 son muy fuertes y 5.3 aparece como una acción para estos dos primeros.
7. Fomentar investigación está repetido en el objetivo.
8. Incluir algún indicador de satisfacción de usuarios y familiares cuando se evalúan los servicios.
9. Para medir la calidad, hay que medir indicadores de la atención comunitaria. Generalmente lo que se registra es la atención individual clínica. Hay que ver cómo se incluye. Construcción de indicadores para medir acciones de prevención inespecífica. Es posible medir y ponderar las actividades comunitarias. Acudir a instrumentos y registros que ya existen en otros sectores.





### Sobre las Metas y los Indicadores:

Consideraciones generales:

- Ampliar a la población general y disminuir los porcentajes.
- Pensar indicadores de impacto, para lo cual hay que construir una línea de base.
- En los planes, uno fija posición en los objetivos. Referirse a los objetivos, deben incorporara los plazos progresivos. No debiera quedar ningún objetivo sin meta.

18.1.1 invertir orden del indicador

18.1.2 pensar otros indicadores

18.1.9. número de currículas revisadas sobre el número de currículas existentes.

No usar "sometidas"

18.1.10 que un % de las actividades de capacitación... ampliar la población y disminuir los porcentajes.

18.1.11 ampliar a "actividades vinculadas". Agregar equipos de otros munic, prov.

19.2 aclarar "periódicamente" cada cuanto... cambiar por anualmente.

21.4 aclarar el piso. 1 al año

- Aporte recibido por correo electrónico: Dra. Ana Kornblit, del Instituto de Investigaciones Gino Germani.
- Aporte recibido por correo electrónico: Lic. Angélica Dávila, de la Facultad de Psicología de la Universidad de Córdoba.
- Aporte recibido por correo electrónico: Lic. Gustavo Rossi, materia Práctica Profesional "Fundamentos del acompañamiento terapéutico", cátedra I de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.



Aportes del día 18/09/13:

- En el marco del problema 2, destacar la aplicación de la Estrategia de APS tanto para la atención de las persona con padecimiento mental, para la desmanicomialización del sistema de salud mental, y para los abordajes en promoción y prevención de la salud mental, basados en los principios de “Educación para la salud”.
- Reveer el orden e importancia de los objetivos
- Reformular el Problema 2 para que de cuenta de la “Brecha en el acceso” a las ofertas existentes en salud mental para la población en general.

Se reflexiona sobra la necesidad de problematizar el tema de la asistencia, porque no se trata sólo de ofertas de servicios. Es muy importante vislumbrar hacia qué propuesta de atención y asistencia se marcha para no caer en la manicomialización y medicalización de los abordajes. En las prácticas territoriales se necesitan pensar dispositivos que den asistencias adecuadas a las problemáticas complejas, y no sólo pensar en los hospitales generales. Es importante replantear la “lógica de la asistencia”, ya que las prácticas asistenciales son las más difíciles de modificar. Es necesario hablar de “lógica comunitaria” para no patologizar a la población.

- Problema 2, objetivo 4: se plantea que se dirija a dos poblaciones diferenciadas 1) Población en general y 2) Trabajadores de la salud, insertos en la red de servicios.
- Problema 7, objetivo 1: incluir explícitamente “financiación”
- Vinculado al trabajo en Promoción y Prevención, se podría incluir algún objetivo y/o línea de acción de “articulación” con el sistema educativo, en especial con programas escolares, en lo vinculado a los padecimientos mentales.





- 17.3.7 plantear plazos para la generación de otros recursos y redes considerarse como objetivo y/o replantear el objetivo 1 del problema 2, para que incluya la “creación” de nuevos servicios y dispositivos, y especificar plazo intermedios en la meta correspondiente.
- Explicitar las diferencias y competencias de los distintos recursos de la Red. Especificar las diferencias entre “cuidador / acompañante familiar”, “acompañante terapéutico” y “operadores comunitarios”.
- Agregar una línea de acción, en relación con prevención y promoción, sobre proyectos comunitarios que estimulen la participación en actividades culturales, para todos los grupos etáreos.
- Cuando se habla de inclusión social, se podría aclarar “inclusión social y participación”. Agregar “participación social” como estrategia transversal a todas las líneas de acción.
- En relación al P.M.O. proponer la generación de un espacio de trabajo con la representación de los tres subsistemas de salud (público, privado y de obras sociales) en coordinación con la Superintendencia de Servicios de Salud y la DNSMyA, entre otros, para la reformulación del componente salud mental y adicciones en el marco de la Ley N° 26.657 y su decreto reglamentario 603/2013, orientado al modelo de atención comunitario. A escala nacional y jurisdiccional.
- 17.1.17 agregar en torno a “la salud mental, los padecimientos mentales y ...”
- En las líneas de acción 17.1 destacar la sensibilización a los responsables de las políticas sobre los RRHH y a los trabajadores de las instituciones públicas y privadas.
- En las líneas de acción para Capacitación y Formación de RRHH, agregar el componente “trabajo y salud mental”.
- Se sugiere considerar la incorporación de un problema referente a la “intersectorialidad”.


- Fomentar el desarrollo de programas y proyectos que involucren articulación intra e intersectoriales y entre los servicios, fortaleciendo el funcionamiento en red.
- Nombrar explícitamente los sectores y organismo involucrados en cada estrategia y línea de acción, para hacer mas visible la "intersectorialidad" y la operatividad de las acciones. Por ejemplo, en lo vinculado a "salud mental y trabajo" nombrar a la Superintendencia de Riesgos de Trabajo del Ministerio de Trabajo.


Para finalizar, se dio lectura del Documento Final de los Encuentros Presenciales de docentes e investigadores de Universidades Nacionales, en el que se sintetizan los aportes para la construcción del Plan Nacional de Salud Mental a elaborar por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

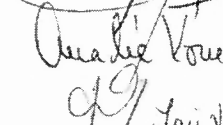
A continuación la firma de los presentes:

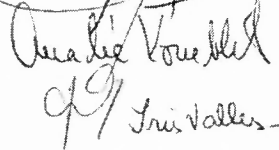
 CLAUDIA GÓMEZ PRIETO FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
Y PSICOPEDAGOGÍA UCA


 HUGO BARRIOS VIVES UNIVERSIDAD

 GUSTAVO ROSSI MUSEO ACORDANTADO  
DE TRAFALCO, CAT. I. PSICOLOGÍA  
UBA

 MARIELA NABEIGOI (USA UNLA - UNSST)

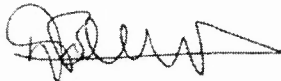
 SERGIO E. REMESAR (UNLA - UNQ)


 ANALÍA KORNAUT (INST. GINO GERMANI - UBA)

 Luis Valles - UNQ -




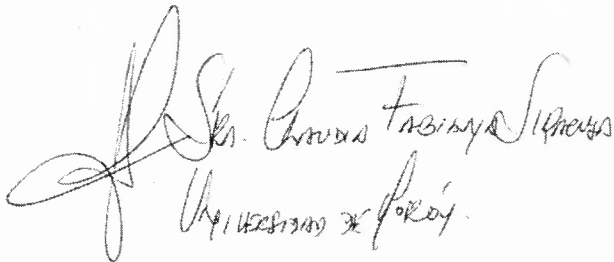
Grociela Marie Saumell  
UBA Facultad Psicología  
Salud Pública Catдра I

 DR. DENISE BENATUIL  
UP. FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
DIRECTORALIC. EN PSICOLOGIA

  
San Leopoldo  
UBA. Prof. mente

Roberto Canay  
Director Servicios Social  
Universidad del Museo Social Argentino

  
Gustavo Mausel  
Decano - Ciencias Humanas  
Universidad del Museo Social Arg.

  
Sr. Carlos Francisco Serrano  
Universidad del Museo Social Argentino

2177



Gabriela L. LACARTA  
Universidad de la Matanza

Samir V.C. Doctora en Ciencias de Políticas y Gestión  
Salud Mental. Universidad de Buenos Aires

2177



# ANEXO VI

DEL PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL



2177



Ministerio de  
**Salud**  
Presidencia de la Nación

## ENCUENTRO DE REFERENTES DE FEDERACIONES Y ASOCIACIONES DE PROFESIONALES

**“Construyendo juntos el Plan Nacional de Salud Mental”**

### DOCUMENTO DE CONSULTA ANEXO 6

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el día 11 de Septiembre de 2013, se llevó a cabo el Encuentro Presencial de referentes de “Federaciones y Asociaciones de Profesionales”, en el marco de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, con el objeto de recoger aportes para la elaboración del Plan Nacional de Salud Mental, sintetizados en este Documento.

El Encuentro, organizado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, se realizó en el Salón Oñativia del Ministerio de Salud de la Nación, con la participación de los siguientes entidades profesionales: Federación de Psicólogos de la República Argentina (FEPRA); Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA); Federación de Organizaciones No Gubernamentales de la Argentina para la Prevención y el Tratamiento del Abuso de Drogas (FONGA); Asociación de Psiquiatras y Adherentes por los Derechos Humanos (APADH); Asociación Argentina de Salud Mental (AASM); Asociación de Acompañantes Terapéuticos de la Republica Argentina (AATRA); Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales (AATO); Asociación de Terapistas Ocupacionales de la Ciudad de Buenos Aires (ATOCBA); Asociación De Enfermería de Capital Federal (AECAF).



La metodología de trabajo consistió en la lectura del borrador del Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) y el intercambio de Aportes en plenario.

Los representantes participantes expusieron reflexiones, comentarios y aportes que a continuación se detallan.

**En relación a los Problemas priorizados y los objetivos propuestos:**

- Precisar qué se entiende por “comunitario”, y por otro lado mencionar explícitamente las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que trabajan con adicciones cuando se hace mención a las Organizaciones de la Sociedad Civil, para aclarar el lugar de las ONG de Adicciones en la Red de Servicios.
- En relación al problema 1, se sugiere agregar un objetivo “producir cambios culturales a partir de la divulgación de conceptos acerca de la salud mental y sus determinantes”, para la deconstrucción de representaciones sociales estigmatizantes. Para ello se sugiere como línea de acción la creación desde el Estado, acorde con la Ley de Servicios de Comunicación Audiovisuales, “dispositivos de comunicación” para que la comunidad tenga voz y participe activamente, además de la difusión masiva de información. Otro aporte, es desarrollar un plan de acción que incluya campañas en los medios, para disminuir la discriminación y estigmatización. Asimismo se sugiere “favorecer el acceso a la información de los usuarios y familiares que están insertos en la Red, promover un espacio institucional con esta tarea o función.” La comunidad tiene que saber que existe una Ley nueva, y también los profesionales para disminuir prejuicios.
- En relación al Problema 2, se sugiere tener en cuenta un objetivo que contemple la “ampliación de la cobertura y accesibilidad a los servicios de salud mental”. Para ello debería contemplarse la creación de Centros de atención de Asistencia Comunitaria basado en APS, teniendo en cuenta la cercanía territorial. Creación de equipos interdisciplinarios móviles para la atención de las urgencias en los sub sistemas público, privado y obras



sociales; como así también la puesta en funcionamiento de una línea telefónica gratuita. Promover el desarrollo de dispositivos comunitarios alternativos a la internación basados en la estrategia de reducción de daños. En relación al PMO, se sugiere cambiar la denominación por PSO (Plan de Salud Obligatorio) y revisión del contenido. En cuanto a RRHH ampliación y estabilidad laboral de los mismos. Asimismo, contar con un Registro de Instituciones y Organizaciones, proyectos y programas vinculados a la Salud Mental en el territorio. Muchos de los centros de salud/salud mental reproducen el modelo hospitalocéntrico, por lo que se sugiere poner el acento en el armado de equipos de salud mental móviles. Es indispensable desarrollar la Epidemiología en Salud Mental para poder pensar y distribuir los recursos. Tener en cuenta la concepción de epidemiología comunitaria.

- Siguiendo con el Problema 2, agregar “instalar, desarrollar, crear”. Teniendo en cuenta que la línea de acción u otro objetivo sería también la “apertura de camas en los hospitales generales” con el fortalecimiento sociocomunitario de usuarios y familiares. Agregar como objetivo “Apertura de dispositivos laborales y habitacionales”. Agregar “sustitución de Dispositivos monovalentes” con plazos para el proceso de adecuación. Incluir el trabajo con las personas internadas para reducir al máximo las problemáticas que conlleva la internación. Tener en cuenta la Incorporación de “familiares y usuarios como recurso no convencional” insertos en los equipos interdisciplinarios, participes en los espacios de gestión. En cuanto a la formación de los recursos humanos, no utilizar los monovalentes como lugar de capacitación. Destacar que el Plan de adecuación para cada monovalente debe ser presentado ante la Autoridad de aplicación local y nacional.
- La distribución presupuestaria es importante para la creación y el fortalecimiento de los servicios ambulatorios y comunitarios. En referencia a la

preservación de los puestos de trabajo, en el proceso de adecuación, tener en cuenta que la redistribución de los recursos humanos se acompañe con capacitación y reorientación con perfil comunitario e interdisciplinario.

- Tanto para los problemas 2 y 5, se sugiere establecer plazos y asignación de recursos para el proceso de sustitución de los monovalentes, con base en el Consenso de Panamá (2020). Se sugiere estimar un plazo acotado, hasta 2 años, para el cierre de la admisión en los monovalentes. Asimismo, diferenciar las distintas funciones que cumplen las personas que complementan al equipo interdisciplinario. Explicitar “terapéutico” cuando se habla de acompañamiento, destacando y resaltando las estrategias que se utilizan en la vida cotidiana. En relación al problema 5 “establecer o regular curriculas adecuadas a estas nuevas prácticas”, para resaltar los recursos alternativos en la Red. Difundir el rol del AT en las disciplinas tradicionales. Regular sus prácticas y los procesos de formación.
- En relación al problema 3, agregar un objetivo que sea “Priorizar la prevención de los padecimientos psíquicos”, para lo cual es necesario reforzar las actividades en el marco de APS y la articulación intersectorial en la comunidad. Fomentar la formación e intervenciones terapéuticas inclusivas con perspectiva de derechos para los niños, niñas y adolescentes y no apelar a prácticas patologizadoras y medicalizantes.
- Asimismo en función del Problema 3 y 5 se propone desarrollar y/o fortalecer un mapa epidemiológico en cada región y/o provincia.
- En relación al problema 4, se sugiere un objetivo sobre “la implementación de estrategias de inclusión y rehabilitación social”, para lo cual subraya el diseño de un Programa progresivo de creación de dispositivos intermedios y sustitutivos a la internación crónica. Asimismo se sugiere agregar “el consumo problemático de sustancias psicoactivas y las adicciones...”



- En relación al problema 5, que la formación en salud mental se realice en la red de servicios con base comunitaria y no en las instituciones monovalentes, y que incorporen acciones que favorezca una genuina participación comunitaria en la toma de decisiones, respetando los derechos humanos. Capacitar a los trabajadores y agentes comunitarios no profesionales que forman parte de los equipos interdisciplinarios.
- En relación al problema 6, se sugiere agregar un objetivo “adecuación de la formación de los profesionales del equipo de salud a los requerimientos de la Ley”. Para esto es importante el relevamiento de prácticas en la comunidad y en instituciones de diferentes sectores involucrados. Definir las tecnicaturas y operadores que complementen la tarea del equipo de salud. Fortalecer la investigación epidemiológica como contenido de la formación de los profesionales. Incluir en la formación de grado practicas supervisadas por equipos especializados, tanto por la calidad del trabajo como por la por la salud mental de los trabajadores. Promover la investigación, creación y formación de equipos interdisciplinarios abocados a infancia y adolescencia, para lo que resulta indispensable fortalecer el trabajo en red entre Salud y Educación.
- En relación al problema 8, se observa la necesidad de creación de equipos para la supervisión de la implementación del PNSM, en especial cuestiones referidas a los recursos y financiamientos. Que el recurso sea acorde a lo marcado en la ley. Tener en cuenta los Recursos provenientes de impuestos y retenciones para incrementar los fondos destinados y asegurar el desarrollo de las acciones del PNSM.
- En relación a los estudios epidemiológicos, tener en cuenta aquellos grupos excluidos del sistema educativo formal.



- Para instalar la estrategia de “reducción de daños” una herramienta clave es la capacitación del personal. Hay mucho recurso no profesional que es necesario capacitar, con el reconocimiento de los ministerios de salud y de educación.
- Se reflexiona sobre la necesidad de repensar la sustitución del modelo manicomial, la cual resulta muy compleja cuando el 60 % de los pacientes están internados por razones sociales. En ese sentido es importante el dialogo con el Poder Judicial, que aun mantiene prácticas de internación compulsiva.
- Incorporar como objetivo general la “transformación del sistema de salud/salud mental”, dado que la transformación no puede ser solo de las instituciones psiquiátricas sino de todo el sistema de salud mental.
- Se reflexiona en torno al eje “formación”, dado que se trata de un cambio de lógicas. Las residencias interdisciplinarias en salud mental han sido los espacios transformadores tanto para los profesionales como para el efector y la comunidad.
- Dar mayor visibilidad de los acompañantes terapéuticos.

**En relación a las Líneas de Acción 17.1:**

- Enfatizar que la información referente a la Red de Servicios llegue a los trabajadores de salud/salud mental
- Aclarar que la nueva ley de salud mental no implica el cierre sino la apertura de puestos de trabajo.
- En relación a la cita de la ley APS, se sugiere utilizar la Ley Nacional de Salud Mental en el texto del PNSM, y el resto en Marco legal y Bibliografía.



- Que el Estado fomente iniciativas comunicacionales, tanto para la difusión de información como de dispositivos que formen parte de la red de servicios.

#### **En relación a las Líneas de Acción 17.2:**

- Se sugiere utilizar “actores sociales” por actores no convencionales.
- No acotar las mesas de concertación a la problemática de alcohol.
- Respecto de las Mesas de Externación, resaltar el rol del Estado y aclarar que estas herramientas son para los efectores donde hay personas con internaciones prolongadas y crónicas.

#### **En relación a las Líneas de Acción 17.3:**

- Destacar “Equipos interdisciplinarios móviles”, que incluya a los acompañantes terapéuticos y que trabaje en terreno conjuntamente con organizaciones sociales que incluyan a los familiares. Con especial atención en los niñas, niños y adolescentes con padecimiento mental y problemática de consumo.
- 17.3.10 incluir el recurso de Acompañantes Terapéuticos en el PMO/PSO.
- 17.3.17 capacitar a los equipos de las guardias y demás efectores de la red.
- 17.3.1 se sugiere desarrollar con mayor detalle la Red de Servicios, agregar “entre otros”
- 17.3.2 se sugiere explicitar en qué se va a formar a los equipos y detallar los “dispositivos” y la composición mínima de los equipos como pauta, teniendo en cuenta plazos progresivos. Que los recursos existentes en el territorio puedan atender todas las demandas de Salud Mental. Agregar “acorde a las necesidades sociosanitarias de cada territorio” en base al mapa Epidemiológico y al Mapa de Recursos, acorde a la Ley y su decreto Reglamentario.
- 17.3.3 explicitar “cómo se incorpora en el proceso de atención a las personas involucradas en la vida de los usuarios...”



- 17.3.4 definir “mecanismos alternativos”
- 17.3.10 Aclarar que se “adecue a la Ley de Salud Mental”
- 17.3.5 agregar “asignar nuevos recursos acorde a la Ley de Salud Mental”
- 17.3.20 agregar “Proyectos Preventivos”

#### **En relación a las Líneas de Acción 17.4**

- 17.4.6 se sugiere aclarar “a los agentes comunitarios”
- 17.4.4 es importante incorporar a las Universidades y las Federaciones y Asociaciones de profesionales para la capacitación continua en servicio de los equipos. Incluir “capacitación con todos los saberes” de la comunidad. Propiciar la “articulación entre los saberes comunitarios” para que se manifiesten en la oferta de servicios.
- 17.4.6 podría incorporarse “en los distintos sectores y saberes”, ampliando el concepto de interdisciplina a intersaberes. Se sugiere agregar “Equipos Interdisciplinarios e integrales” cada vez que se nombra a equipos interdisciplinarios.
- 17.1.1 la capacitación hacia los distintos profesionales y técnicos que ya están insertos en la Red.

#### **En relación a las Líneas de Acción 17.5**

- Se sugiere que la autoridad de aplicación establezca la recomendación pertinente teniendo en cuenta el CIE 10 como instrumento a utilizar cuando sea necesario referirse a criterios clasificatorios, avalado por la OMS, y que promueva la generación de otros instrumentos/sistemas de evaluación acorde a la Ley 26.657.



- 17.5.9 “que deberá acompañar el órgano de revisión a nivel local”
- 17.5.10 especificar “Autoridad de Aplicación nacional y local”
- 17.5.11 agregar “problemático” a consumo de alcohol.

**En relación a la Metas:**

- Incorporar metas de impacto o poblacionales.

APSA, FEPRA, APADH, AATO, FONGA, AECAP acercarán a la DNSMyA un documento con aportes detallados como insumo para la elaboración del PNSM hasta el 16 de septiembre del corriente.

Para finalizar, se dio lectura del Documento Final del Encuentro Presencial de referentes de “Federaciones y Asociaciones de Profesionales”, en el que se sintetiza los aportes para la construcción del Plan Nacional de Salud Mental a elaborar por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

A continuación la firma de los presentes:

*Matilde Ruderman*  
 MATILDE RUDERMAN (APADH)

*Carolina Felo*  
 Carolina Felo (FEPRA)

*ÁASS Cop. Atención terapéutica Ps. Gustavo Rossi*  
 ÁASS Cop. Atención terapéutica Ps. Gustavo Rossi

*Juan Molina*  
 JUAN MOLINA - FEPRA

*Alfonso Rodríguez*  
 ALFONSO RODRÍGUEZ - FEPRA



2177



Miguel Ángel González de Gamem M.D.  
FEPPA - TUEUMAN

*[Handwritten signature]*

Ferrigno Isabel (FONGA)

Felipe Chosso - Presidente - FONGA

Fanny FONGA - FONGA

EDUARDO VERA - FONGA - VICEPRESIDENTE

Marta Barboza - AECAP

*[Handwritten signature]* Albino Andrea AATO.

*[Handwritten signature]* KARINA G. CHAYAN AATRA  
LIC. KARINA G. CHAYAN  
PRESIDENTE AATRA  
SOC. ASOCIACIONES TERAPÉUTICAS

*[Handwritten signature]* Bardi, Vianke FONGA.

*[Handwritten signature]* Gustavo Robb  
CABINOS DE ACREDITACION TERAPÉUTICAS  
ASOC. ARG. DE SAUD MENTAL ASAT.

*[Handwritten signature]* Custiriz Gortland  
FEPPA: APTA (Asoc. Psic. Bs As)

*[Handwritten signature]* Lic. Alberto Trivoli (Asoc. Arg. S. Mental)  
AASH

2177



# ANEXO VII

DEL PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL



## Construcción Colectiva del Plan Nacional de Salud Mental

Aportes realizados a partir de los talleres desarrollados el 7 de Septiembre de 2013 en el "XII Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos. El otro soy yo"

- 1) La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones generará espacios intersectoriales e interjurisdiccionales en todos los niveles provinciales, en los niveles regionales y en los niveles locales a los fines de garantizar la implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Adicciones.
- 2) Se fijará como plazo de un año a partir de la fecha, para la puesta en marcha de los dispositivos necesarios en cada territorio del país de manera que quede garantizada la red de servicios con base en la comunidad en todo el territorio nacional. Para esto se realizará un relevamiento de problemas y un relevamiento de recursos a los fines de generar los planes estratégicos que den encarnadura concreta a las disposiciones de la ley.
- 3) En cada territorio se identificarán los actores que contribuyen a la implementación de la ley. La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones coordinará con ellos acciones concretas según las características, necesidades y recursos de cada provincia, región o localidad.
- 4) Se incluirá en la formación de los profesionales de la salud todo lo referente al nuevo paradigma en Salud Mental, desde una perspectiva de derechos, con total respeto a la particularidad y marcando la ilegalidad que constituye intervenir sobre el otro desde cualquier poder disciplinario. Esta es la primera batalla cultural que se requiere ya que es el cambio de posición de los trabajadores de la salud.
- 5) Se eliminará el uso del DSM IV y CIE 10 o cualquier otro manual que reduzca el padecimiento mental a un diagnóstico desubjetivante masificador, con un código alfanumérico.
- 6) La Dirección Nacional de Salud Mental y adicciones implementará una línea gratuita para consultas, denuncias y asesoramiento las 24 hs. Para resolver situaciones de conflicto de los usuarios, profesionales, instituciones educativas, etc; garantizando de esta manera la eficacia en la resolución de urgencias y el respaldo de la Autoridad de Aplicación en cada situación, garantizando la aplicación del Plan Nacional.
- 7) Se dispondrá de un porcentaje de los planes de viviendas nacionales para ser destinados a dispositivos habitacionales, con la contraparte de que las provincias dispongan de los equipos para hacer funcionar estos dispositivos.



- 8) Las provincias adecuarán sus planes y programas de Salud Mental, al Plan Nacional de Salud Mental y Adicciones. Para lograr esto, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, diseñará programas de capacitación que no dependan de los gobiernos locales.
- 9) Se articulará en cada territorio, todo lo que sea posible con la estructura de los Centros de Integración Comunitaria, como lugar de la participación y articulación de la red de servicios en todo el país.
- 10) El Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerios de Salud de las Provincias realizarán estudios y evaluaciones económicas sobre el gasto en Salud Mental, se ponderará cuál es el gasto actual para mantener la manicomialización en todo el país y esa información se hará pública, de manera tal que contribuya al cambio cultural y a desarrollar nuevas estrategias terapéuticas.
- 11) Se diseñará con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social un programa de inclusión social por el empleo acorde a las necesidades y características de cada caso.
- 12) Se promoverá la desmedicalización como vía para la inclusión social y recuperación de capacidades productivas, rompiendo el modelo de salud mental de mercado que patologiza la vida cotidiana.
- 13) Se promoverá que las empresas sociales integradas por personas con padecimiento mental se trasformen en empresas competitivas que interaccionen con otras empresas y el Estado.
- 14) Los órganos de revisión locales garantizarán una composición equitativa entre el Estado y las instituciones civiles.
- 15) Las Organizaciones no Gubernamentales y las instituciones privadas serán supervisadas por el Organo de Revisión.
- 16) Se propiciará que los Organos de Revisión cuenten con presupuesto propio de manera que no puedan soslayar sus intervenciones.
- 17) Se capacitará a todos los sectores que intervienen en la aplicación de la ley, Poder Judicial, Ministerio Público de la Defensa y Salud, en el marco de un enfoque de derechos humanos. Se realizarán dos encuentros anuales con un plazo no mayor a seis meses para el inicio.
- 18) Se organizarán sistemas de apoyos institucionales que articulen con la implementación de las políticas públicas, a los fines de garantizar la accesibilidad de las personas con padecimiento mental.



19) Las personas que aún se encuentran internadas en el sistema manicomial y que necesiten beneficio previsional serán acompañadas en el proceso de obtenerlo.

20) Se dispondrá la formación de las tecnicaturas con habilitación de inclusión comunitaria, que formen operadores en salud comunitaria y operadores socio terapéutico. Se articulará con Ministerio de Salud de la Nación y el Consejo Inter Universitario Nacional.

21) Se adecuará la formación de las carreras de salud a la nueva legislación en Salud Mental.

22) Se promoverán cursos de posgrado en Salud Mental y Derechos Humanos para adecuar las prácticas a la legislación vigente.

23) Se adecuarán las currículas de todas las carreras universitarias intervinientes en la aplicación de la Ley Nacional 26657 para incluir los contenidos necesarios para el cambio de paradigma en Salud Mental. 11

24) El Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación relevarán las experiencias en salud comunitaria y se propondrán como espacios de práctica y capacitación para las carreras de grado.

25) Se exigirá en todos los niveles, públicos y privados, la desaparición de listas de espera para tratamientos. La atención deberá ser inmediata y sin protocolos, desarrollando una estrategia particular para cada caso, entendiendo este dispositivo como un buen trato, base de la política institucional en todos los dispositivos.

26) Se eliminarán las internaciones en las llamadas comunidades terapéuticas, que en realidad funcionan como instituciones disciplinarias persecutorias para jóvenes con consumo problemático de sustancias.

27) Los trabajos terapéuticos grupales no se plantearán desde una perspectiva moral o de control, ni de masificación, rompiendo con la lógica de la culpabilidad y diferenciándose de espacios pastorales.

28) A los fines del tratamiento de la intoxicación o abstinencia en los casos de consumo de sustancias, las internaciones se harán en hospitales generales, sin excepción, evitando las internaciones en servicios monovalentes. De igual manera se trabajará con los equipos interdisciplinarios judiciales intervinientes para lograr el cambio cultural en ese ámbito.

29) Con respecto a la prevención sobre el consumo problemático de sustancias, se elaborarán conceptos y estrategias desde la clínica en Salud Mental rompiendo con la representación que muestran los medios



negemónicos de comunicación asociando el consumo a la delincuencia y la locura a la peligrosidad.

30) Se desarrollarán campañas televisivas y radiales de concientización de derechos en salud mental a los fines de dar batalla a los medios de comunicación masivos que son formadores de ideología y prejuicios. Se interacturá con la AFSCA, el INADI y el INCAA.

31) Los niños, niñas y adolescentes tendrán, al menos, los mismos derechos que los mayores, en el campo de la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26657. Se los incluirá en la mencionada ley, contemplando la Ley 26061, con las especificaciones que correspondan.

32) Las niñas, niños y adolescentes no requerirán certificados de discapacidad para el acceso a la educación, salud y otros dispositivos, acorde a las leyes 26061 y 26657.

33) Las niñas, niños y adolescentes no podrán ser diagnosticados en Salud Mental ya que son sujetos en crecimiento y desarrollo. Se tomarán como síntomas infantiles, propios de la estructuración subjetiva, sin los aberrantes diagnósticos que han contribuido a estigmatizar, medicalizar y patologizar la infancia en nuestro país.

34) Se abolirán las instituciones de encierro para menores en procesos judiciales y padecimientos subjetivos en salud mental.

35) Se abolirán las salas de contención en todas las instituciones públicas y privadas en todo el territorio nacional.

36) Programa Médico 50 sesiones + 20 (según

Obligatorio: se propone el c/caso)

cambio de nombre por el de

Programa de Salud

Obligatorio. Y se establecen

estas mínimas coberturas por

año calendario: Terapia

individual

Terapia grupal 50 sesiones

Terapia Familiar 50 sesiones

Terapia Pareja 50 sesiones

Tratamiento Psiquiátrico 30 sesiones + 20 (según



	c/caso)
Acompañante Terapéutico	10 hs semanales
Terapista Ocupacional	50 sesiones
Atención domiciliaria	50 sesiones
Urgencias	sin límite
Tratam. Neurocognitivo	50 sesiones
Psicopedagogía	50 sesiones, sin certif. discap.
Taller de promoción y prevención	proporcional a la cantidad de afiliados
Hospital de Día	6 meses con informe
Internación	Mínimo tiempo posible hasta la desaparición del riesgo cierto e inminente.
Residencias (Casas de Medio Camino, Hostales):	1 año

37) Se deberá eliminar del PMO el electroshock, por ser una práctica aberrante, de tortura, aplicada sistemáticamente por los genocidas en la última dictadura militar en nuestro país. Asimismo quedarán prohibidos el uso de la electronarcosis y el sueño prolongado.

38) Se propone financiamiento para las Obras Sociales y Prepagas:

-A través del APE (SUR) utilizando el fondo de redistribución.

-Impuesto al cheque

-Líneas crediticias para la reconversión de las instituciones monovalentes y creación de nuevos dispositivos.

39) El PAMI deberá modificar el menú prestacional de salud mental, replanteando la cobertura de internaciones crónicas, ya que representan aproximadamente el 65 % de los ciudadanos manicomializados en todo el país. Asimismo deberá ofrecer una red de servicios con base en la comunidad que garantice la asistencia ambulatoria de sus afiliados, evitando las internaciones. Deberá implementar un programa de desinstitutionalización dando cobertura a todas las prestaciones sociales necesarias para lograr la reinsertión social.

Se propone que las internaciones de pacientes agudos no estén programadas en el instituto hasta los 90 días. Que los plazos se correlacionen con el tiempo mínimo posible hasta la desaparición del riesgo cierto e inminente y evitar de esta forma la cronificación institucional.

40) Se propone un Servicio de Salud Mental y camas de internación para salud mental en el Hospital C.



2177

Milstein.



2177



# ANEXO IX

DEL PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL



*Ministerio Público de la Defensa*  
*Defensoría General de la Nación*

BUENOS AIRES, 30 de Septiembre de 2013

**Observaciones al "Plan Nacional de Salud Mental – Borrador para consultas – Año 2013"**

Señora  
Directora Nacional de Salud Mental y Adicciones  
Ministerio de Salud de la Nación  
**Lic. María Matilde MASSA**  
Su Despacho

De nuestra consideración:

Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud en representación de la Defensoría General de la Nación a fin de remitirle los aportes que hemos realizado junto con la Subsecretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, respecto del documento "Plan Nacional de Salud Mental – Borrador para consultas – Año 2013", tal como fuera comprometido en la audiencia a la fuimos oportunamente convocados.

Felicitamos a la Sra. Directora por la iniciativa y celebramos la posibilidad de construir colectivamente una herramienta del alcance del Plan Nacional de Salud Mental. Por ello, consideramos este documento como parte de un fructuoso diálogo en pos de la transformación del sistema de salud mental hacia una perspectiva de atención comunitaria, tal como demanda la Ley Nacional de Salud Mental.

En ese proceso, las instituciones que representamos continuaremos, cada una desde su competencia y como integrantes del Órgano de Revisión, realizando los aportes y observaciones que resulten necesarias para el efectivo reconocimiento de los derechos humanos de los y las usuarias de los servicios de salud mental.

Saludamos a Ud. con nuestra más distinguida consideración,

María Florencia Hegglin  
Defensora Pública Oficial

MARIANO LAUFER CABRERA  
SECRETARIO  
DEFENSORIA GENERAL DE LA NACION

USO OFICIAL



Aportes para la elaboración del Plan Nacional de Salud Mental

En primer lugar, corresponde señalar que resulta alentadora la posibilidad que brinda la Dirección Nacional de Salud Mental de construir colectivamente el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM).

Asimismo, señalamos que coincidimos con los problemas identificados así como los objetivos y líneas de acción planteadas por la DNSM. Sin embargo, consideramos necesario formular algunas apreciaciones vinculadas con el énfasis que a nuestro criterio debiera asignársele a la sustitución definitiva de los establecimientos manicomiales o neuropsiquiátricos a fin de dar cumplimiento tanto con las disposiciones de la Ley Nacional de Salud Mental como con las precisiones que formula su decreto reglamentario.

En esa misma línea, creemos que la apertura de camas en hospitales generales es un aspecto clave de la reforma que con el plan se pretende llevar a cabo y que también debiera expresarse más expresamente.

Destacamos particularmente la pretensión de la autoridad nacional de respetar el federalismo y promover el consenso con las autoridades provinciales, sin embargo su función de rectoría le otorga autoridad suficiente para definir cuales son sus expectativas del diseño de la política nacional de salud mental y coadyuvar en su definición, implementación y financiamiento.

Por otra parte, también consideramos necesario que el PNSM formule acciones concretas en materia de abordajes para adicciones; que diseñe otras que contemplen la especificidad de la atención de niños, niñas y adolescentes, y que desarrolle con mayor precisión algunos ejes de la intersectorialidad.

Además y estrictamente relacionado con el ámbito de competencia de las instituciones que integramos, hemos evaluado como indispensable la formulación de algunas líneas de acción vinculadas con los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental.

Por último, creemos que algunas de las metas -tal como han sido planteadas- dificultan la evaluación del estado de ejecución del plan que no puede sino analizarse como el grado de efectiva implementación de la Ley Nacional de Salud Mental.

En ese sentido, formulamos los siguientes aportes:

1) Sustitución definitiva de las instituciones monovalentes

En efecto, la LNSM prevé que los dispositivos manicomiales existentes deben adaptarse a los objetivos y principios expuestos en la ley hasta su sustitución definitiva que -por aplicación del Decreto N° 603/13- deberá indefectiblemente cumplir el plazo del año 2020, de acuerdo al CONSENSO DE PANAMA adoptado por la CONFERENCIA REGIONAL DE SALUD MENTAL convocada por la ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) -

*[Handwritten signatures and initials]*



ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) "20 años después de la Declaración de Caracás" en la CIUDAD DE PANAMA el 8 de octubre de 2010.

Establece también que la Autoridad de aplicación en conjunto con las jurisdicciones deberá desarrollar -para cada dispositivo manicomial existente- un plan de adecuación y sustitución por dispositivos comunitarios con plazos y metas establecidas.

Si bien el proyecto de Plan Nacional incluye en su marco teórico las provisiones sobre sustitución y hace referencia en numerosas ocasiones a los proyectos de adecuación, la sustitución no ha sido incluida expresamente dentro de sus problemas, ni de sus objetivos y líneas de acción.

El Plan, acertadamente, pone el foco en la estigmatización y discriminación de las poblaciones y núcleos vulnerables (Problema N°1) y en la inadecuada conformación, distribución y funcionamiento de la red de servicios de Salud/Salud Mental con base comunitaria, dos aspectos clave de la reforma del sistema de salud mental, en tanto no es posible concebir el cierre de las instituciones monovalentes sin la creación de alternativas.

Ahora, no menos cierto es que -tal como señala la OMS en el informe sobre la Salud en el Mundo 2001- cerrar hospitales psiquiátricos sin alternativas comunitarias es tan peligroso como crear alternativas comunitarias sin cerrar hospitales psiquiátricos." Lo uno y lo otro, señala el informe OMS, deben hacerse a un tiempo, por etapas bien coordinadas.

La omisión de ese objetivo concreto podría configurar una debilidad del PNSM en tanto la coexistencia de los manicomios y la red de servicios comunitarios podría obstaculizar muchos de los objetivos que el plan se plantea, entre ellos la reorientación de recursos hacia la red territorial, y la desestigmatización y no discriminación de los usuarios, además de mantener las prácticas de aislamiento y abandono que suceden diariamente en las instituciones manicomiales.

Es en virtud de ello que consideramos que el PNSM debería, siguiendo esos ejes, consignar expresamente la sustitución definitiva como uno de sus objetivos y luego acordar con las provincias las particularidades de cada zona, y los plazos y metas previstos para concretar el cierre.

Los planes de adecuación y sustitución podrían incluirse, por ejemplo, dentro de las líneas de acción N° 17.2 "Espacios de Concertación intersectoriales e interdisciplinarios a escala municipal, provincial y nacional, con base en la LNSM N° 26.657.

Por otra parte, mientras que la red de servicios de salud/salud mental con base comunitaria aparece mencionada como un eje central de los aspectos a fortalecer, no se encuentra a lo largo del documento una descripción de la aproximación teórica de ese concepto. Sería conveniente precisar y caracterizar ese enfoque a fin de evitar desviaciones o usos incorrectos del abordaje que se pretende.

<sup>1</sup> OMS (2001). Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Autor



Consideramos además que, a los fines de concretar una efectiva asignación presupuestaria de las distintas jurisdicciones, es preciso destacar que la Red de servicios de salud/salud mental con base comunitaria que actualmente existe resulta, además de inadecuada, insuficiente para dar respuesta al proceso de reforma que se llevará a cabo.

## **2) Abordaje de las Adicciones**

Destacamos y reconocemos la identificación realizada del problema de las adicciones que a pesar de lo dispuesto por la Ley Nacional de Salud Mental, no se encuentran aún adecuadamente incluidas en el campo de la salud/salud mental (Problema N°4). En este sentido, sugerimos desarrollar una estrategia explícita para abordar la inclusión efectiva de las adicciones en el campo de la salud mental, con la formulación de líneas de acción directas para la implementación de la estrategia de reducción de daños y la progresiva sustitución progresiva de instituciones monovalentes en el tratamiento de las adicciones como las comunidades terapéuticas, granjas, entre otras instituciones similares.

Dicha estrategia podría incluir un programa con objetivos intermedios, capacitaciones a los centros de salud, prevención, etc.

El acceso universal a servicios de prevención, tratamiento, rehabilitación, reducción de daños e integración social deben ser garantizado a través de un plan nacional de atención integral para usuarios de drogas.

Resulta indispensable conformar una red de servicios que aseguren la diversidad y una amplia gama de servicios de atención, incluida la reducción de daños, que garantice la atención de las personas usuarias de drogas en todos los niveles del sistema público de salud y, además, apoyar la creación y fortalecimiento de servicios inexistentes o insuficientes.

Por otra parte, conforme la Observación 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) el Estado tiene la obligación de velar por que los dispositivos de atención a usuarios de drogas, cumplan con los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. En ese sentido, se torna indispensable desarrollar líneas de acción que garanticen ese cometido.

## **3) Derechos de los y las usuarias de servicios de salud mental**

La LNSM establece en su art. 7 inc. C) el derecho de las personas a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos y su reglamentación pone en cabeza de la autoridad de Aplicación la responsabilidad de determinar cuales son las practicas que se encuentran basadas en tales fundamentos y principios.

En tal sentido, la definición de estándares mínimos de intervención para ciertas prácticas sanitarias intrusivas o de aquellas que pueden afectar derechos (uso de restricciones físicas, TEC, entre otras) deviene indispensable así como su expresa inclusión dentro del PNSM.



A tal fin, creemos conveniente tener en cuenta las consideraciones formuladas por el Relator Especial sobre la cuestión de la Tortura de y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes de la ONU en su informe provisional del año 2008 y en el reciente informe del año 2013.

En el mismo orden, también se torna necesaria la necesidad de protocolizar un modelo de procedimiento básico de consentimiento informado. En todos los casos, la participación de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación se torna un requisito insoslayable.

En materia de definición de directrices protocolos y guías para la habilitación, fiscalización y monitoreo, el art. 34 de la LNSM prescribe que 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.

En cumplimiento de tales prescripciones y de las que surgen del Decreto N° 603/13, sería conveniente que el PNSM considere líneas de acción expresas que dirijan la intervención de la Autoridad de Aplicación en conjunto con la Secretaría de Derechos Humanos y las jurisdicciones provinciales a fin de definir los estándares para habilitación, supervisión, acreditación, certificación, monitoreo, auditoría, fiscalización y evaluación de todos los servicios de salud mental públicos y privados que garanticen el cumplimiento de todos los derechos establecidos en el artículo 7 y demás previsiones de la LNSM. Asimismo, debería también definirse las acciones necesarias que garanticen la efectiva implementación de los estándares elaborados.

También advertimos la necesidad de planificar la revisión de la normativa infralegal con el fin de adecuarla a los estándares de la LNSM y su reglamentación. Entre ellas y particularmente, deviene imprescindible planificar la revisión del Programa Médico Obligatorio (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 esa norma. Si bien en la acción 17.3.10 del PNSM se prevé en análisis periódico del PMO es necesario, previo a su monitoreo, la adecuación de ese instrumento a las nuevas previsiones legales.

En el mismo sentido y en atención a que el decreto ha establecido que el acceso a la cobertura no demanda la certificación de discapacidad, la capacitación y sensibilización de los efectores contribuiría notablemente a la concreción de ese objetivo, en tanto la exigencia de ese certificado deviene una practica naturalizada.

#### 4) Intersectorialidad

Es claro que la reforma del sistema de salud mental con el enfoque previsto en la LNSM no es responsabilidad exclusiva del área de salud mental. Es responsabilidad de distintos Ministerios y áreas organizativas tales como Desarrollo Social, Trabajo, Cultura, Educación, entre muchos otros expresamente incluidos en la legislación.



A partir de la reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental se ha puesto en funcionamiento la COMISION NACIONAL INTERMINISTERIAL EN POLITICAS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES desde donde se espera que las diferentes áreas que la integran definan las acciones que consideren y afecten, en consecuencia, las partidas presupuestarias para llevarlas a cabo.

No obstante, la reforma del sistema de salud mental y específicamente la sustitución definitiva de las instituciones monovalentes requieren la planificación de acciones concretas de las otras áreas así como la efectiva asignación de partidas presupuestarias que, obviamente, deben evitar superposiciones o duplicaciones.

A esos fines, creemos conveniente identificar las líneas de acción que se consideran prioritarias (inclusión laboral y vivienda, por solo mencionar algunas) a fin de que luego puedan ejecutarse a través de la comisión.

Asimismo, las distintas acciones intersectoriales que deben desarrollarse con el propósito de elevar el nivel de salud mental de la población tendrían que estar dirigidas tanto a la promoción y prevención como al proceso de atención y cuidado.

Por ultimo, es de destacar que, como parte del PNSM se haya incluido la promoción del armado de mesas intersectoriales para dar consistencia al abordaje integral de la salud mental. En este sentido, consideramos oportuno capitalizar la experiencia de la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos tanto en su trayectoria de gestión como de sensibilización y capacitación en la perspectiva de derechos humanos. En lo que concierne a la conformación de otras mesas intersectoriales, para su operatividad sugerimos puntualizar los organismos que serán convocados como también especificar explícitamente el marco de articulación con el sector privado y de obras sociales.

##### 5) Política Nacional de Salud Mental Infanto Juvenil

El aumento progresivo de las problemáticas psicosociales en la niñez ha situado a este grupo poblacional como uno de los de mayor nivel de vulnerabilidad, lo cual demanda iniciativas equitativas y universales para la promoción y atención de su salud mental, como así también para hacer frente al estigma, a la discriminación y a la exclusión que padecen los niños, niñas y adolescentes con sufrimiento psíquico.

Además, la fuerte tendencia a la medicalización de niños, niñas y adolescentes impacta severamente sobre amplios sectores de esa población y vulnera sus derechos en virtud de que, a través de "diagnósticos" de supuestos "trastornos mentales" se los rotula y clasifica, para después indicárseles propuestas terapéuticas —siempre acompañadas de prescripción de psicofármacos— derivadas de concepciones que tienden a reducir las complejidades inherentes a la vida infantil, como así también sus sufrimientos, a causalidades exclusivamente de origen biológica que omiten toda consideración a variables de carácter socio-culturales y afectivas.

Deviene entonces indispensable el diseño de una política nacional de salud mental infanto juvenil, elaborada en base a un enfoque de derechos, que genere iniciativas



orientadas a los cuidados integrales de las infancias y que superen las lógicas de medicamentación y psiquiatrización de este colectivo.

#### 6) METAS e INDICADORES

El PNSM propone una importante reforma en el sistema de salud que se deriva de la efectiva implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y, en consecuencia, las metas debieran tender a alcanzar ese objetivo y los indicadores a medir el grado de avance de la reforma. En cambio, advertimos que las metas e indicadores propuestas en el PNSM están más bien centradas en evaluar las acciones implementadas por la Dirección Nacional de Salud Mental.

Aun cuando acciones como la reducción de camas en instituciones monovalentes o la apertura de camas en hospitales generales, por ejemplo, no sea una responsabilidad directa de la Dirección Nacional de Salud Mental, es un indicador clave a la hora de monitorear la efectividad de las reformas que el Plan Nacional de Salud Mental se propone llevar adelante.

Por ello sugerimos que entre los indicadores se tengan en cuenta: la apertura de camas en hospitales generales y la reducción de camas en hospitales monovalentes, así como la cantidad de plazas disponibles en los dispositivos sustitutivos que vayan siendo creados.

También consideramos relevante incorporar indicadores que puedan dar cuenta del proceso de sustitución progresiva de los hospitales monovalentes a fin de poder evaluar metas y logros intermedios que permitan ir haciendo ajustes al plan con el propósito de alcanzar la sustitución definitiva por dispositivos centrados en la comunidad.

Asimismo, consideramos fundamental el relevamiento del procesos de disminución de camas junto con la inclusión social de las personas usuarias de los servicios de salud/salud mental. A fin de lograr este propósito, estimamos conveniente formular indicadores de las metas alcanzadas en relación con el abordaje intersectorial de las problemáticas de la salud mental, esto es cantidad de personas incluidas en políticas de vivienda, trabajo, educación, entre otros.

En lo que concierne al ámbito privado y de obras sociales, sugerimos considerar la incorporación de indicadores de monitoreo para la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental de esos subsectores.

Por último, también consideramos necesario medir el grado de implementación de evaluaciones que incluyan el concepto de capacidad jurídica, tal como se propone la acción N° 17.5.8. Íntimamente vinculado con este punto, estimamos conveniente evaluar también el nivel de implementación de sistemas de apoyo.

En relación con la articulación con el Poder Judicial y el Ministerio Público de la Defensa señalada en la acción antes referida, habrá de tenerse en cuenta el marco de





competencias de cada jurisdicción (en el caso de la Ciudad de Buenos Aires, el ámbito de la Justicia Nacional) sin perjuicio de la cooperación y asistencia que pudiera convenirse.

Por último, estimamos relevante determinar en el glosario lo que se entenderá por "apoyo" a fin de garantizar 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 y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Para concluir, queremos felicitar una vez más la iniciativa y celebrar la elaboración participativa del Plan Nacional de Salud Mental.

Luis Alen  
Secretaría Derechos Humanos de la Nación

María Florencia Heggin  
Defensora Pública Oficial

MARIANO LAUFER CABRERA  
SECRETARIO  
DEFENSORIA GENERAL DE LA NACION

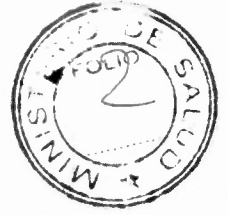
2177



# ANEXO VIII

DEL PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL

## Anexo 8. Documentos con Informes Epidemiológicos



- 8.1. EGRESOS HOSPITALARIOS POR TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO EN LA REPÚBLICA ARGENTINA 2005-2010 SECTOR PÚBLICO
- 8.2. ENCUESTA NACIONAL SOBRE PREVALENCIAS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (ENPreCoSP) - AÑO 2011 - Principales Resultados
- 8.3. Mortalidad por suicidio en Argentina (1997 -2011)
- 8.4. Relevamiento Red de Servicios de Salud Mental y Adicciones en Hospitales Generales - NOVIEMBRE 2012
- 8.5. Registro Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental y/o Adicciones (RESAM) Resolución Ministerial 961/2013



Ministerio de  
**Salud**  
Presidencia de la Nación

2177

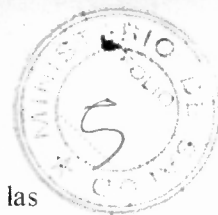


EGRESOS HOSPITALARIOS POR TRASTORNOS MENTALES Y DEL  
COMPORTAMIENTO EN LA REPÚBLICA ARGENTINA  
2005-2010  
SECTOR PÚBLICO

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION  
DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES  
EQUIPO DE EPIDEMIOLOGIA



INTRODUCCIÓN .....	3
1. OBJETIVOS .....	5
1.1. Objetivo general .....	5
1.2. Objetivos específicos .....	5
2. METODOLOGÍA .....	6
3. RESULTADOS .....	7
3.1 País .....	7
3.2 Región Cuyo .....	14
3.3 Región NEA .....	18
3.4 Región Patagonia .....	21
3.5 Región NOA .....	26
3.6 Región Centro .....	30
4. CONCLUSIONES .....	35
5. LIMITACIONES .....	37
6. GLOSARIO .....	38
BIBLIOGRAFÍA .....	39



Los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias son prevalentes en todas las regiones del mundo y son importantes factores que contribuyen a la morbilidad y a la mortalidad prematura. El estigma y las violaciones de los derechos humanos de las personas que padecen estos trastornos agravan el problema. Los recursos que se han proporcionado para afrontar la enorme carga de los trastornos mentales se han distribuido desigualmente y se han utilizado de modo ineficaz, lo que ha supuesto una disparidad en materia de tratamiento superior al 75% en muchos países con ingresos bajos y medios-bajos (OMS).

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657<sup>1</sup> 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”<sup>2</sup> reconociendo 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”<sup>3</sup>.

La Ley genera un marco de referencia en el proceso de cambio de las viejas prácticas socio-sanitarias y de internación en particular propias del siglo XIX. En cuanto a la modalidad de abordaje la ley propone que “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”<sup>4</sup>. A su vez hace hincapié en el reforzamiento, restitución y promoción de los lazos sociales. La opción de internación debe ser, según la Ley, “lo más breve posible y en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios...”<sup>5</sup>. Asimismo “...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...”<sup>6</sup>.

Realizar un estudio de los egresos hospitalarios implica acotarse a los trastornos mentales severos y episodios agudos, que podrían requerir internación. Actualmente no existe información sobre cuál es la magnitud de este tipo de trastornos en relación con el resto de los eventos de salud que también requieren internación. Esta magnitud puede evaluarse a partir de un análisis epidemiológico de estos eventos.

Cabe aclarar que este estudio está limitado a los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento (Capítulo V de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - Décima Revisión (CIE 10), dejando por fuera los egresos por intentos de suicidio y lesiones debidas a violencia.

Se presenta la información sobre egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento registrados en los establecimientos asistenciales con internación del Subsector Oficial -dependencia Nacional, Provincial y Municipal- del año 2005 al 2010. La información de los egresos hospitalarios permite obtener una aproximación del perfil de la morbilidad de la población poniéndola a disposición de los distintos agentes del sistema de salud.

<sup>1</sup> Promulgada el 2 de diciembre de 2010

<sup>2</sup> Ley Nacional 26.657. Capítulo I. Artículo 1

<sup>3</sup> Ley Nacional 26.657. Capítulo I. Artículo 3

<sup>4</sup> Ley Nacional 26.657. Capítulo I. Artículo 9

<sup>5</sup> Ley Nacional 26.657. Capítulo VII. Artículo 15

<sup>6</sup> Ley Nacional 26.657. Capítulo VII. Artículo 14



### **Antecedentes**

En 2010 se estimó que en el mundo los trastornos mentales y del comportamiento y patologías neurológicas explicaban el 10,38% de los años de vida ajustados por discapacidad (DALYs), en América Latina y el Caribe el 13,65% y en Argentina el 15,36 %, porcentajes levemente menores que los debidos a patologías cardiovasculares y circulatorias, según datos obtenidos del sitio web del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).

### **Justificación**

La disponibilidad de información sustentada en datos válidos y confiables es condición necesaria para el análisis y evaluación objetiva de la situación sanitaria, la toma de decisiones basada en evidencia y el efecto de los programas de salud. Los egresos hospitalarios constituyen un registro que permite formular indicadores que dan cuenta del grado de utilización de los servicios sanitarios y a su vez, posibilita tener una aproximación del perfil de la morbilidad de los usuarios del sistema de salud.

La epidemiología en salud mental posibilita establecer la línea de base y los elementos para una eventual evaluación de las acciones. En efecto contribuye a la formulación de un diagnóstico de las necesidades y demandas de atención en salud mental para facilitar la construcción de planes y programas que les den respuesta.

La Organización Panamericana de la Salud, tanto en su nivel regional como subregional, promueve la toma de decisiones basada en datos. Si bien, los egresos hospitalarios no son la única dimensión que determina la programación de acciones en salud mental, se considera importante y de relevancia contar con esta información para orientar las políticas públicas en la materia.



### 1.1. Objetivo general

Caracterizar epidemiológicamente los egresos hospitalarios del sector público por trastornos mentales y del comportamiento en la República Argentina durante el periodo 2005-2010.

### 1.2. Objetivos específicos

- Estimar la magnitud de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en relación al total de egresos en el periodo 2005-2010
- Describir los egresos por trastornos mentales y del comportamiento según región, jurisdicción, edad y sexo. Año 2010
- Identificar los principales trastornos mentales y del comportamiento en los egresos hospitalarios según región, jurisdicción, edad y sexo. Año 2010
- Describir la tendencia de los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento según promedio de días de estada. Año 2005- 2010
- Describir los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento según promedio de días de estada y diagnóstico. Año 2010





## 2. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, retrospectivo. La población de este estudio fueron todos los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento registrados en los establecimientos asistenciales con internación del Subsector Oficial, de dependencia Nacional, Provincial y Municipal. Para este estudio se tomó en cuenta la totalidad de los casos del período en estudio.

Para el análisis de la evolución temporal se consideró el período 2005-2010 y en el análisis transversal se tomó la información de 2010.

Para la realización de este trabajo se utilizó como fuente de información los Egresos de Establecimientos Oficiales por Diagnóstico de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación. Se elaboró una línea base de información sobre los egresos hospitalarios del sector público por trastornos mentales y del comportamiento en la República Argentina en el período 2005-2010, de acuerdo a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - Décima Revisión (CIE 10).

Para el análisis estadístico se calcularon frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central.

Para estimar la magnitud de egresos hospitalarios se calculó la proporción de egresos de salud mental en relación al total de egresos en el período 2005 a 2010.

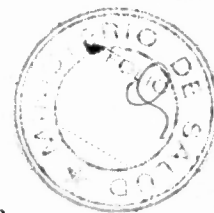
Para describir los egresos según región, jurisdicción, edad y sexo se calculó la proporción de egresos por grupo de edad y sexo para el total país y sus regiones.

Para identificar los principales trastornos según región, jurisdicción, edad y sexo se calcularon las proporciones según edad y sexo para el total país y sus regiones para los 4 diagnósticos más frecuentes.

Para describir la tendencia de los egresos según promedio de días de estada se calcularon las medidas de tendencia central, teniendo en cuenta especialmente la media.

Para describir los egresos según promedio de días de estada y diagnóstico se calcularon las medidas de tendencia central para cada uno de los grupos diagnósticos de egreso, teniendo en cuenta especialmente la media.

Para el análisis de datos se utilizó Microsoft Excel 2007 y SPSS 19.

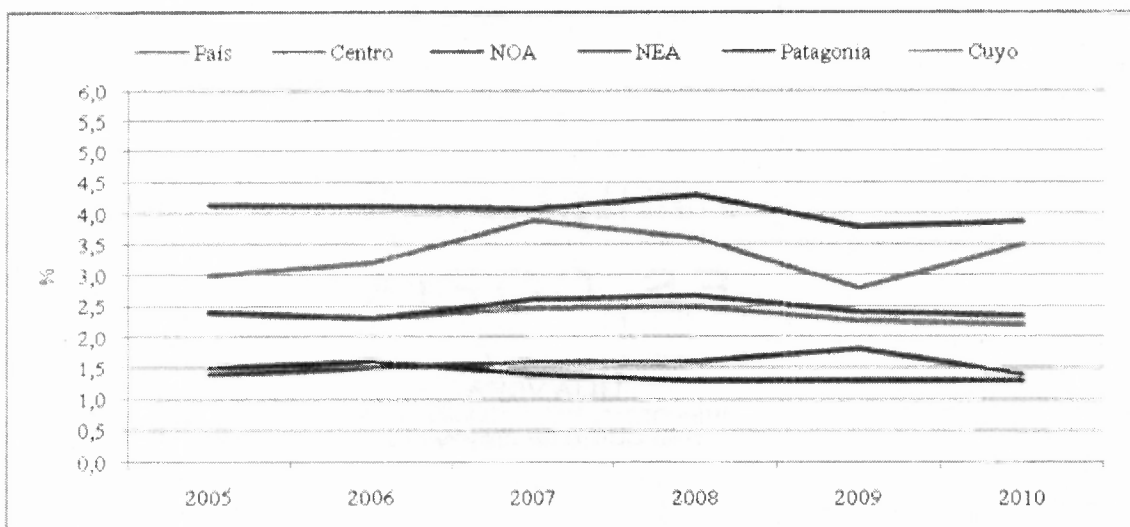


### 3.1 País

#### 3.1.1 Magnitud de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en relación al total de egresos en el período 2005-2010

En el período 2005-2010, las regiones que presentaron mayor proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en relación al total país fueron la Patagonia (aproximadamente el 4% en todo el periodo), Cuyo (un pico cerca del 4% en 2007, menos del 3% en 2009, para luego volver a subir) y Centro (similar al total país, rondando el 2,5%). La cantidad de egresos se mantuvo relativamente estable en todas las regiones, siendo Cuyo la que mayores cambios presentó. Gráfico 1.

Gráfico 1. Proporción de egresos por trastornos mentales y del comportamiento. Total país y regiones. Período 2005-2010.



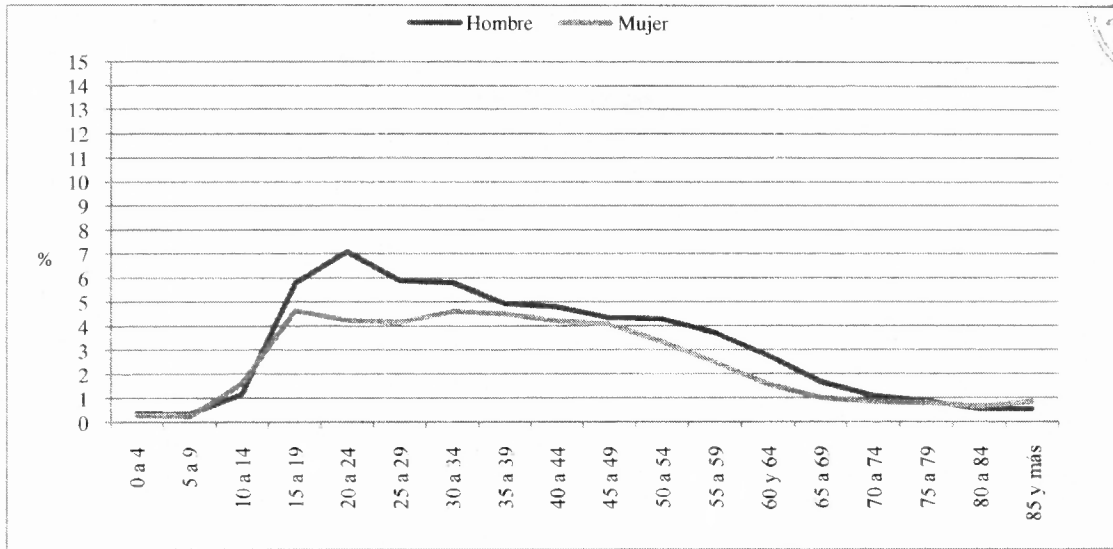
Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

#### 3.1.2 Principales trastornos mentales y del comportamiento en los egresos hospitalarios según región, jurisdicción, edad y sexo. Año 2010

En relación a la distribución según grupo de edad y sexo, se observó que en 2010 hubo mayor proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento a partir del grupo de 10 a 14 años. El mayor valor se presentó en hombres en el grupo de edad de 20 a 24 años (7%); mientras que en mujeres en el grupo de 15 a 49 años (entre 4,1 y 4,6%). Gráfico 2.

Gráfico 2. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento según grupo de edad y sexo. Total país. Año 2010. (N=45202)



Nota: ver limitaciones al final del documento

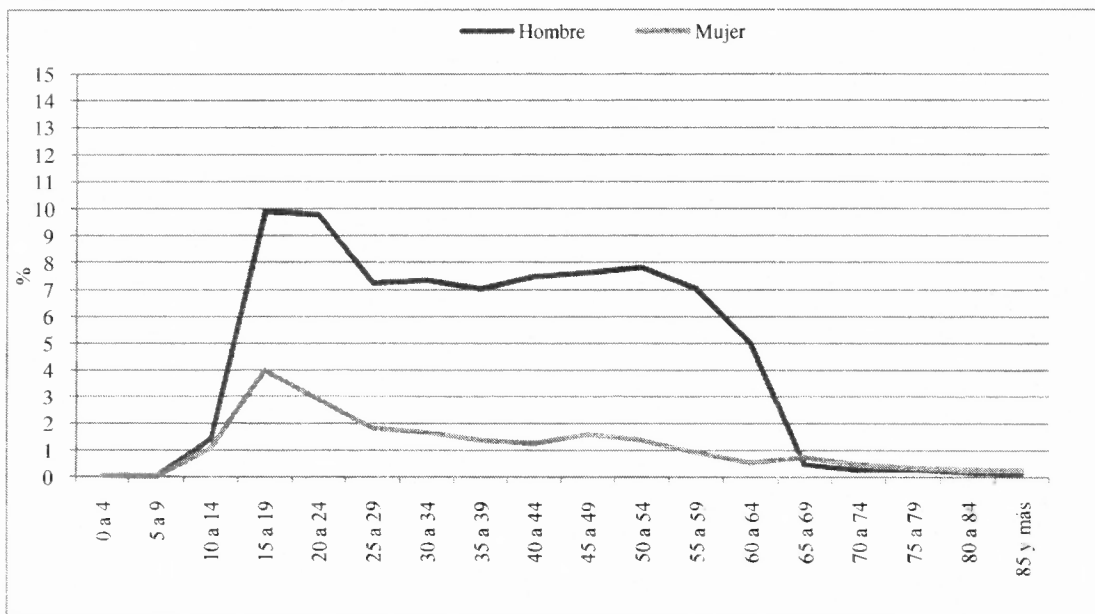
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

### 3.1.3 Principales trastornos mentales y del comportamiento en los egresos hospitalarios según región, jurisdicción, edad y sexo. Año 2010

#### 3.1.3.1 Consumo de psicotrópicos

En relación al consumo de psicotrópicos, en 2010 hubo mayor proporción de egresos hospitalarios por este diagnóstico en hombres, siendo el grupo de 15 a 24 años los que registraron el valor más alto (aproximadamente 10%); esta proporción descendió a partir de los 54 años, equiparándose a las mujeres a la edad de 65 años. Por su parte, las mujeres presentaron un pico en el grupo de edad de 15 a 19 años (3,9%), que disminuyó paulatinamente con el tiempo. Gráfico 3.

Gráfico 3. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos debidos al consumo de psicotrópicos según grupo de edad y sexo. Total país. Año 2010. (N=14001)



Nota: ver limitaciones al final del documento

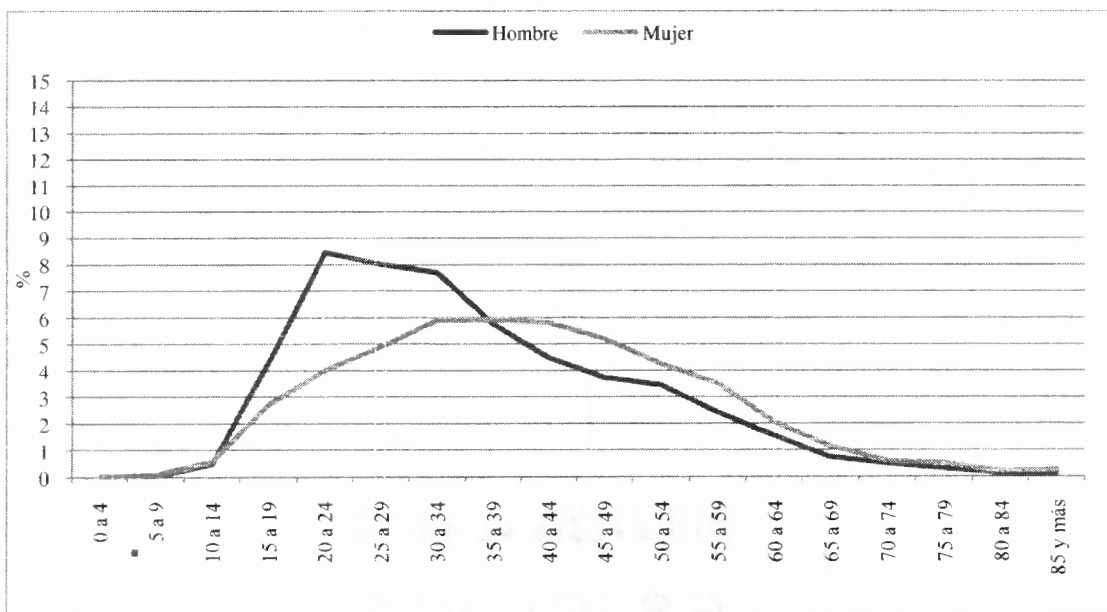
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS



3.1.3.2 Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes

En 2010, la proporción de egresos hospitalarios por esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes en hombres alcanzó un pico en el grupo de edad de 20 a 24 años (8,5%), mientras que en mujeres en el de 30 a 44 años (5,9%). En ambos sexos, la proporción descendió paulatinamente con el correr de los años. Gráfico 4.

Gráfico 3. Proporción de egresos hospitalarios por esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes según grupo de edad y sexo. Total país. Año 2010. (N=9900)



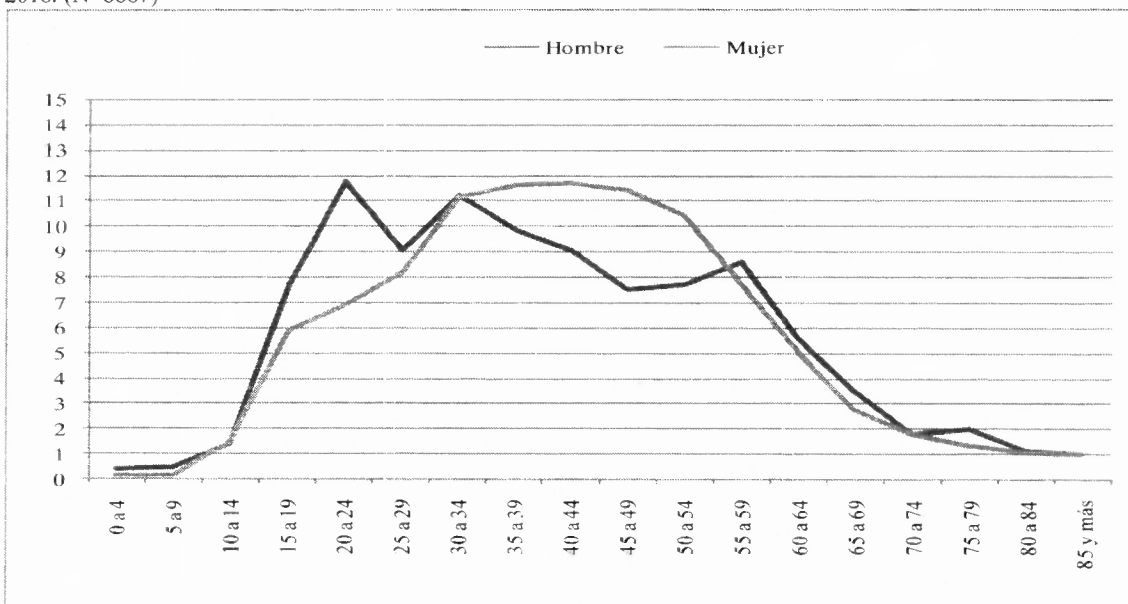
Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

3.1.3.3 Trastornos del humor

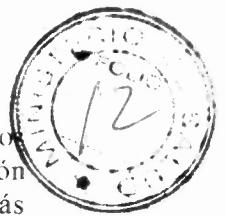
En relación a los trastornos del humor, el pico se registró en hombres en el grupo de edad de 20 a 24 años. En mujeres, la mayor proporción se presentó en el grupo de 30 a 49 años. Gráfico 5.

Gráfico 5. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos del humor según grupo de edad y sexo. Total país. Año 2010. (N=6667)



Nota: ver limitaciones al final del documento

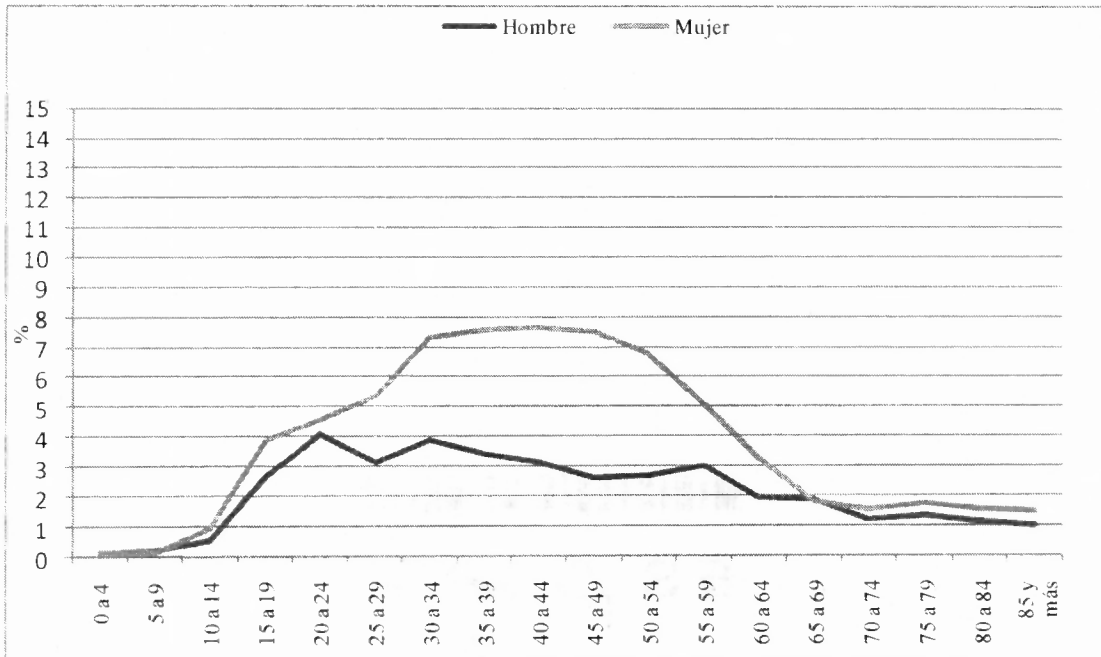
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS



3.1.3.4 Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos

En relación a la proporción de egresos hospitalarios por trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos, en 2010 la mayor proporción correspondió a las mujeres para todos los grupos de edad, las que presentaron los valores más altos (7,6%) en el grupo de 30 a 49 años. Gráfico 6.

Gráfico 6. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos, según grupo de edad y sexo. Total país. Año 2010. (N=5672)



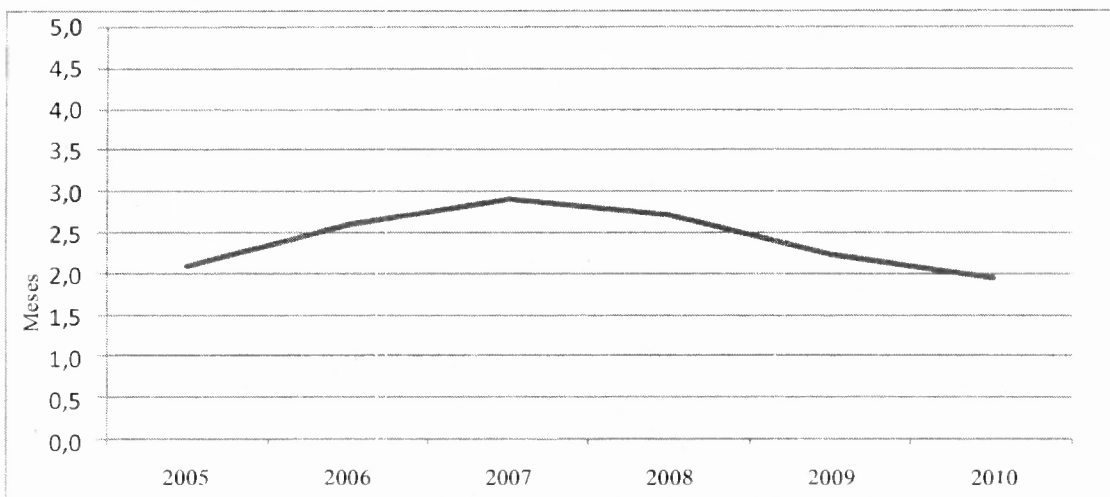
Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

3.1.4 Tendencia de los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento según promedio de días de estada. Período 2005-2010

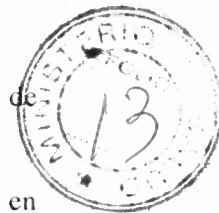
A partir de 2005 el promedio de meses de estada por trastornos mentales y del comportamiento para el total país registró un aumento progresivo hasta 2007 (media: 2,9; desviación estándar: 17,1) para luego descender paulatinamente hasta el 2010. Gráfico 7.

Gráfico 7. Promedio de meses de estada por trastornos mentales y del comportamiento. Total país. Período 2005-2010.



Nota: ver limitaciones al final del documento

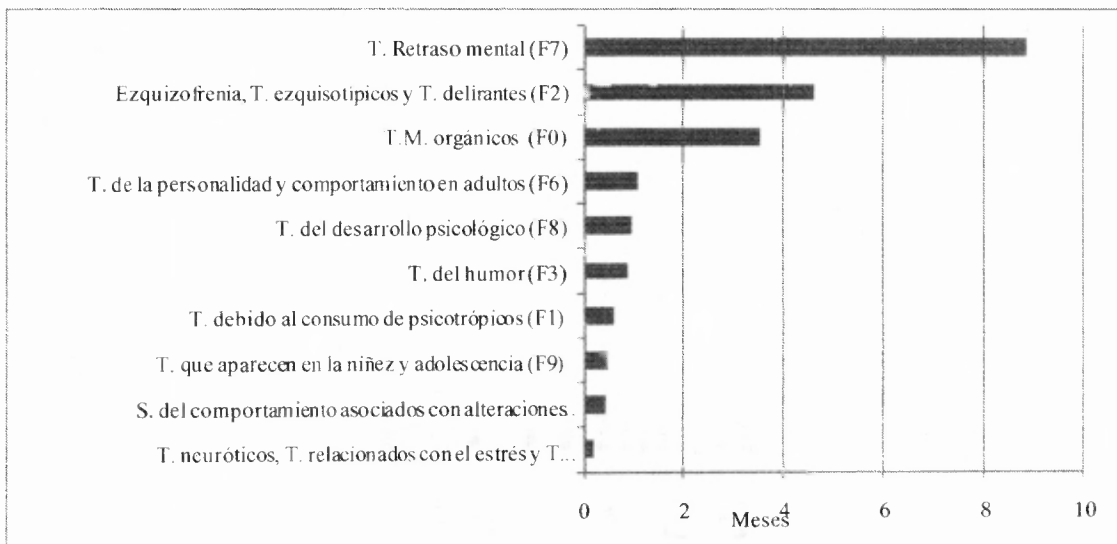
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS



3.1.5 Egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento según promedio de días de estada y diagnóstico. Año 2010.

En 2010, el promedio de meses de estada según diagnóstico para el total país fue mayor en retraso mental (media: 8,9; desviación estándar: 4,2); seguido por el grupo de trastornos esquizotípicos, esquizofrenia y trastornos delirantes (media: 4,6; desviación estándar: 2,8,6); y en tercer lugar por los trastornos mentales orgánicos (media: 3,5; desviación estándar: 1,8,5). Gráfico 8.

Gráfico 8. Promedio de meses de estada según diagnóstico. Total país. Año 2010. (N=45202)



Nota: ver limitaciones al final del documento

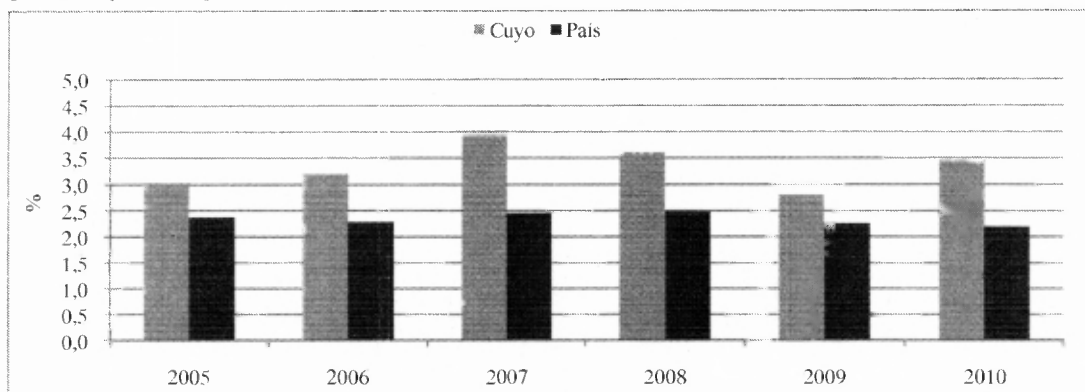
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

3.1. 6 Egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en relación al total de egresos hospitalarios por todas las causas según región y total país. Período 2005-2010.

3.1. 6. 1 Región Cuyo

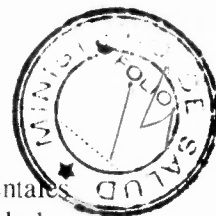
La región Cuyo, en relación a los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento, presentó la proporción más alta en 2007, y para el período investigado fue superior en cada uno de los años estudiados a la del total país. Gráfico 9.

Gráfico 9. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en relación al total de egresos hospitalarios por todas las causas. Región Cuyo y total país. Período 2005-2010.



Nota: ver limitaciones al final del documento

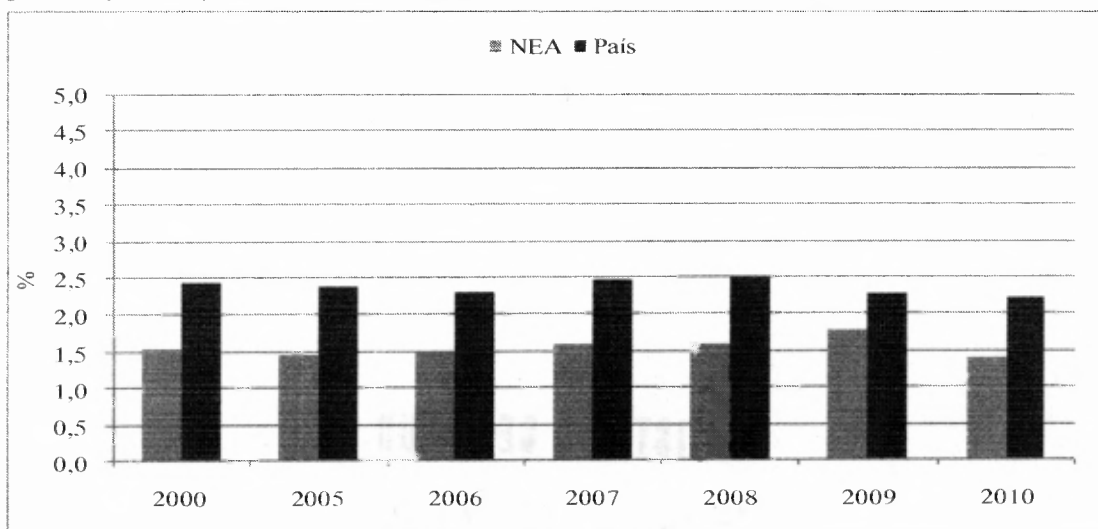
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS



### 3.1. 6. 2 Región NEA

La región NEA presentó la proporción más alta de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en 2009; y para el periodo investigado fue inferior en cada uno de los años en relación a la del total país. Gráfico 10.

Gráfico 10. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en relación al total de egresos hospitalarios por todas las causas. Región NEA y total país. Periodo 2005-2010.



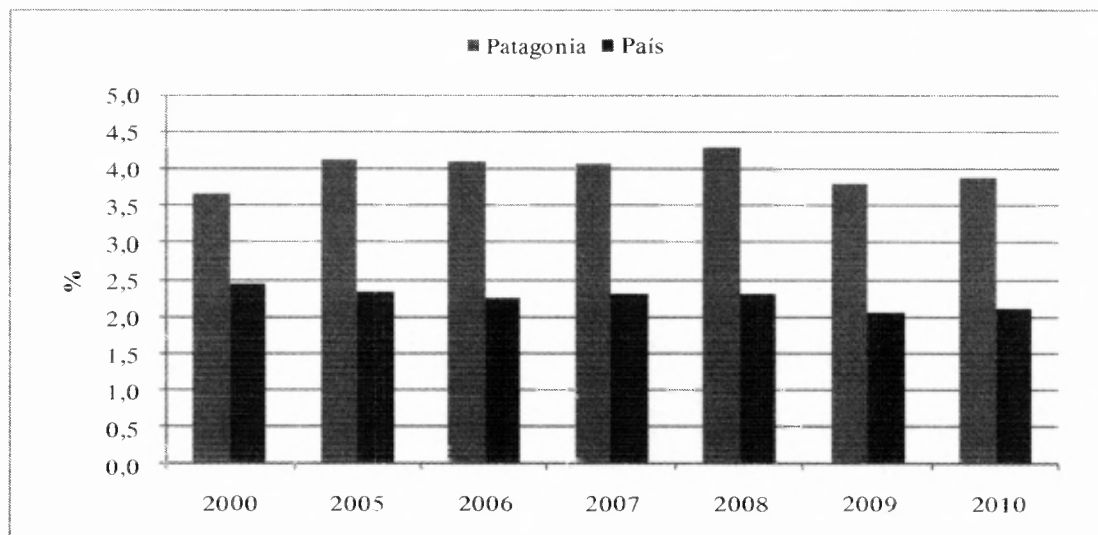
Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

### 3.1. 6. 3 Región Patagonia

La región Patagonia, en relación a los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento, presentó la proporción más alta en el año 2007, y para el periodo investigado fue superior en cada uno de los años estudiados en relación a la del total país. Gráfico 11.

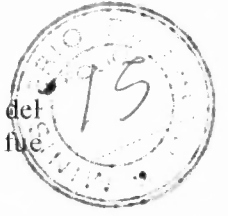
Gráfico 11. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en relación al total de egresos hospitalarios por todas las causas. Región Patagonia y total país. Periodo 2005-2010.



Nota: ver limitaciones al final del documento

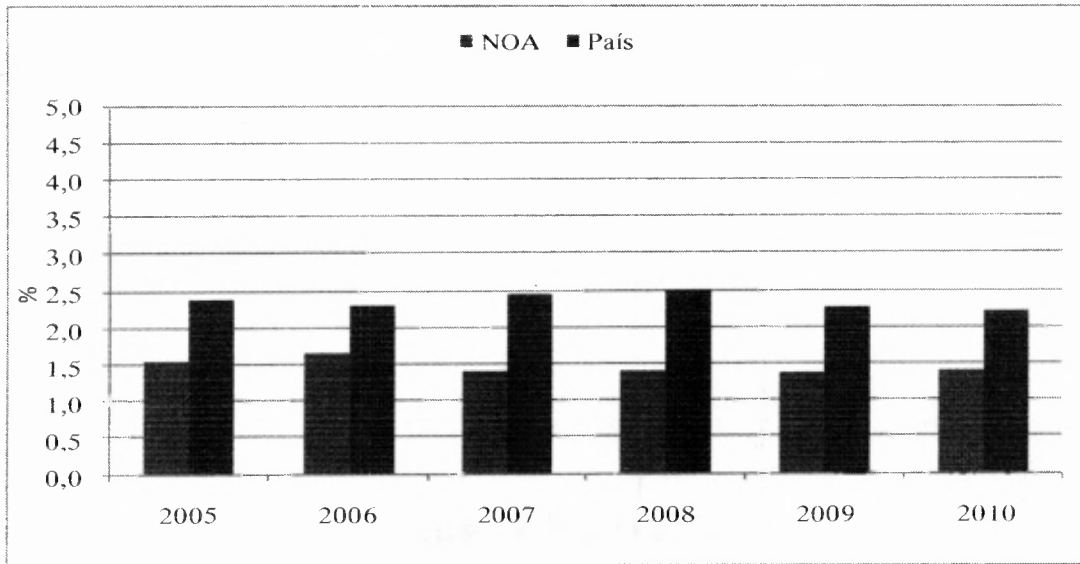
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

3.1. 6. 4 Región NOA



La región NOA, en relación a los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento, presentó la proporción más alta en 2006, y para el período investigado fue inferior en cada uno de los años estudiados en relación a la del total país. Gráfico 12.

Gráfico 12. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en relación al total de egresos hospitalarios por todas las causas. Región NOA y total país. Período 2005-2010.



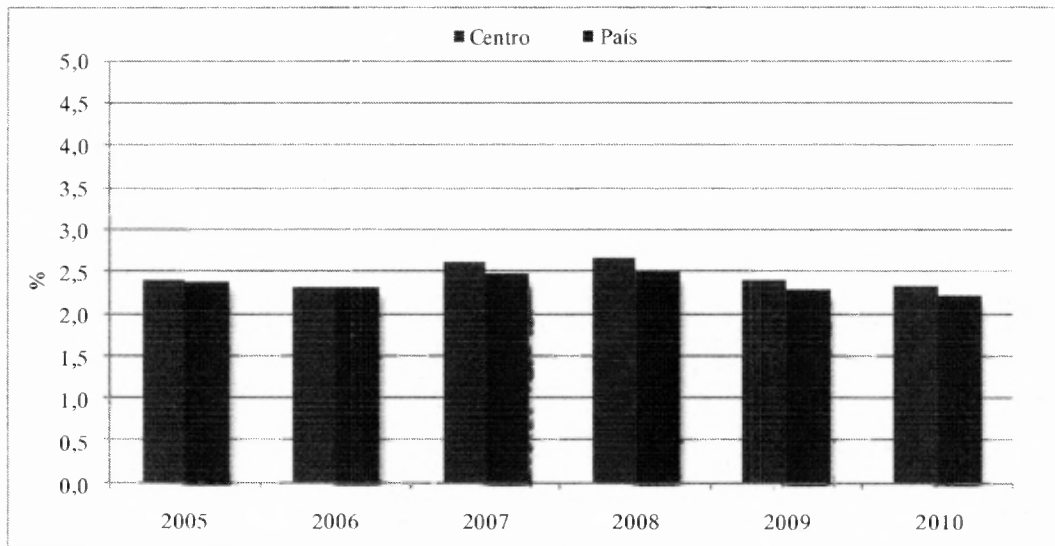
Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

3.1. 6. 5 Región Centro

En relación a los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento, la región Centro y el país presentaron proporciones similares, siendo un poco superiores las de la región en cada uno de los años estudiados. El mayor valor de ambas se presentó en 2008 (Centro: 2,7% y país: 2,5%). Gráfico 13.

Gráfico 13. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en relación al total de egresos hospitalarios por todas las causas. Región Centro y total país. Período 2005-2010.



Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS



### 3.2 Región Cuyo

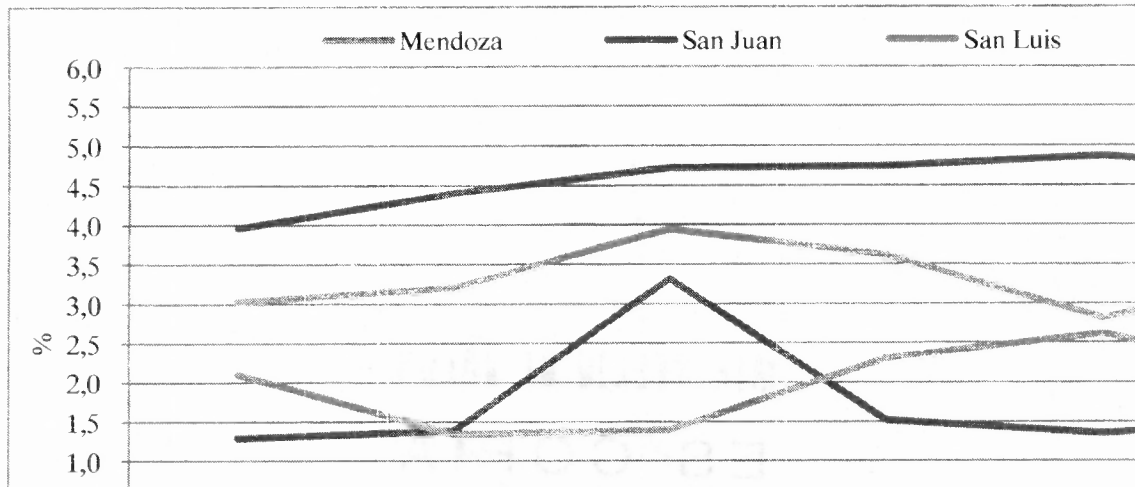
2177



#### 3.2.1 Magnitud de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en relación al total de egresos en el período 2005-2010.

En el período 2005-2010, en relación a los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento, la provincia de San Juan presentó un pico en 2007 (3,3%), siendo la proporción estable para los demás años estudiados. La provincia de Mendoza registró la proporción más alta y más estable de la región; siendo además, más alta en relación a la del total de la región. Gráfico 14.

Gráfico 14. Evolución de la proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en el período 2005-2010 según jurisdicción. Región Cuyo.



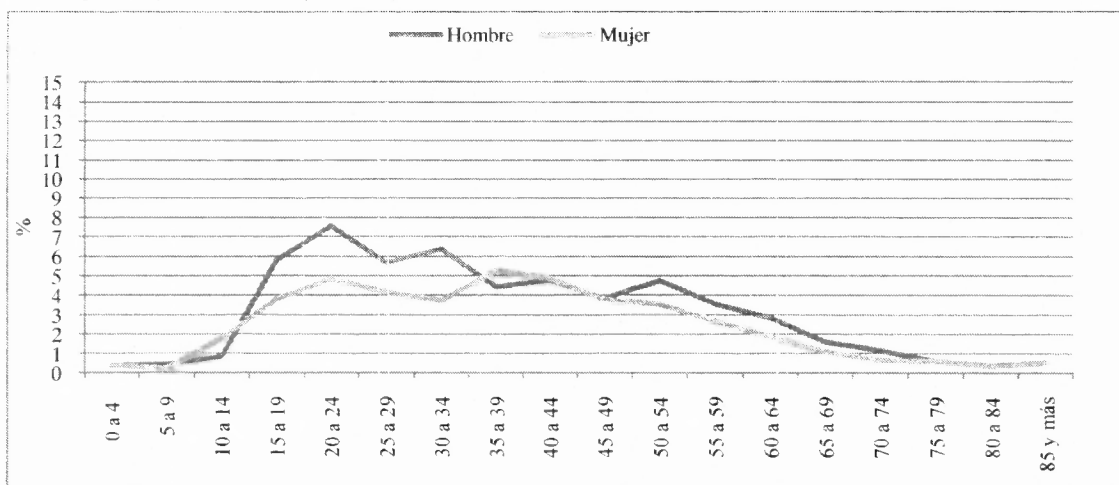
Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

#### 3.2.2 Principales trastornos mentales y del comportamiento en los egresos hospitalarios según región, jurisdicción, edad y sexo. Año 2010

La proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento fue más alta en hombres que en mujeres. En hombres, el pico (7,6%) se presentó en el grupo de edad de 20 a 24 años y en mujeres (5,3%) en el de 35 a 39 años. Gráfico 15.

Gráfico 15. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento según sexo y grupo de edad. Región Cuyo. Año 2010. (N= 5191)



Nota: ver limitaciones al final del documento

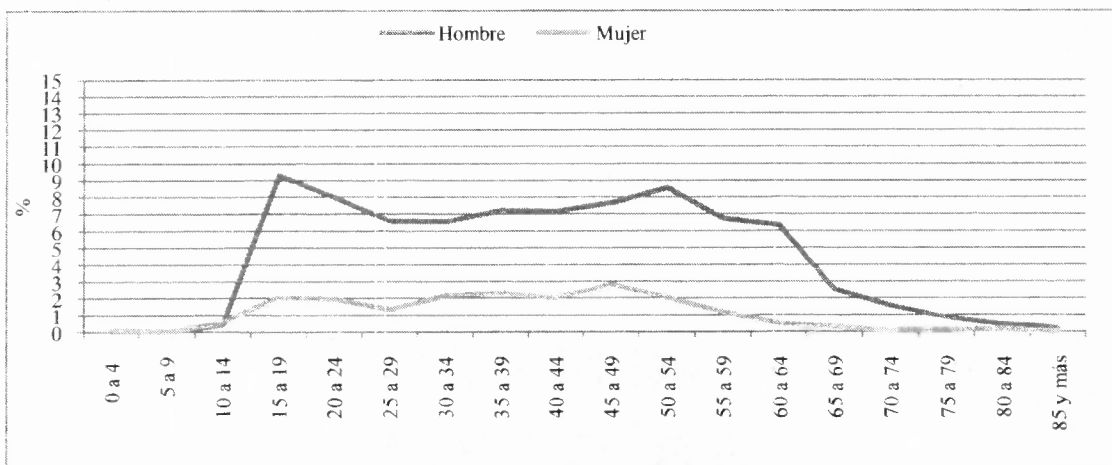
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS



3.2.3 Principales trastornos mentales y del comportamiento en los egresos hospitalarios según región, jurisdicción, edad y sexo. Año 2010

La proporción de egresos hospitalarios por trastornos debidos al consumo de psicotrpicos fue más alta en hombres; la misma presentó dos picos, en el grupo de edad de 15 a 19 años (9,3%) y en el de 50 a 54 años (8,5%); dicha proporción descendió a medida que aumentó la edad. En mujeres, en cambio, se mantuvo prácticamente estable, observándose el valor más alto (2,8%) en el grupo de 45 a 49 años. Gráfico 16.

Gráfico 16. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos debidos al consumo de psicotrpicos. Región Cuyo. Año 2010. (N= 1422)

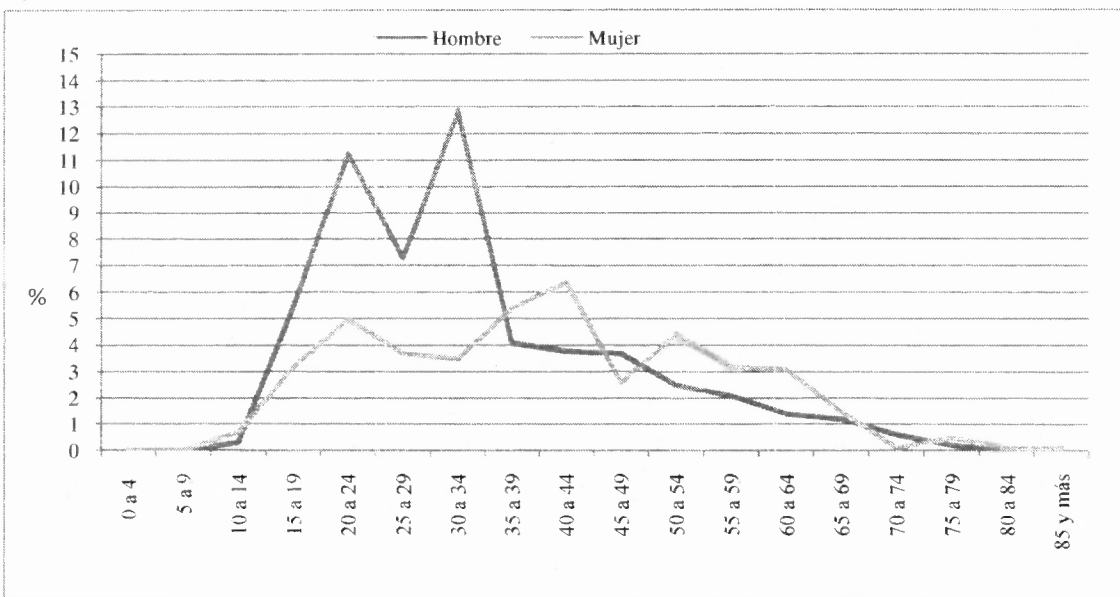


Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

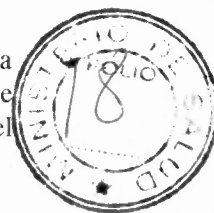
La proporción de egresos hospitalarios por esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes presentó un comportamiento particular en hombres de 20 a 34 años. Los mismos registraron dos picos, en el grupo de 20 a 24 años (11,3%) y en el de 30 a 34 años (12,8%), y un descenso importante (4,1%) en el de 25 a 29 años. En mujeres, el grupo de edad de 40 a 44 años presentó la proporción más alta de egresos (6,4%). Gráfico 17.

Gráfico 17. Proporción de egresos hospitalarios por esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes. Región Cuyo. Año 2010. (N=1004)



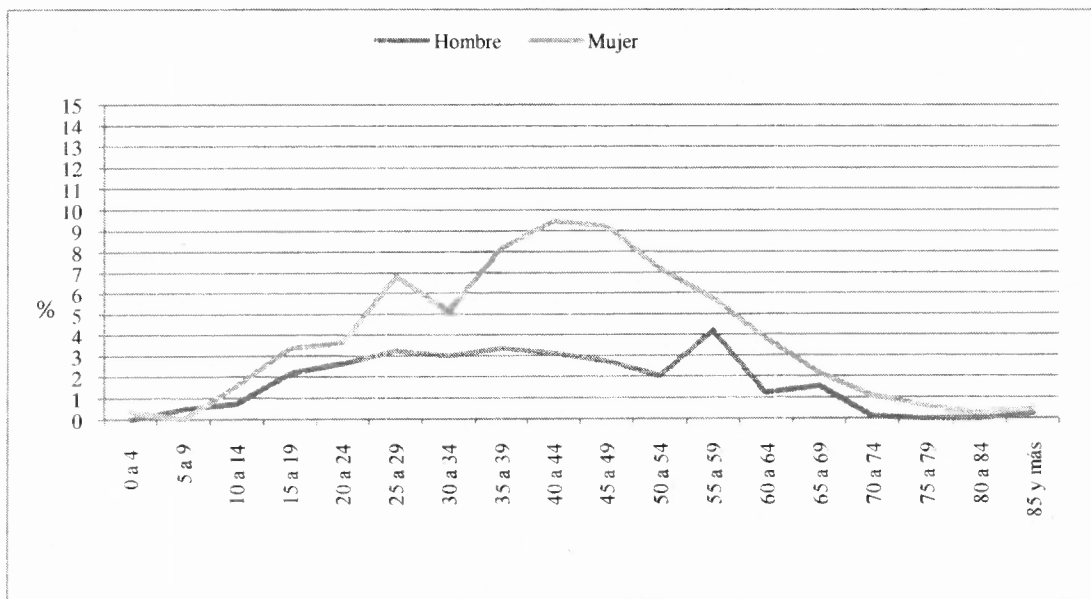
Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS



La proporción de egresos hospitalarios por trastornos del humor fue significativamente más alta en mujeres, cuyo registro más alto se observó en el grupo de 40 a 49 años (9,5%). Mientras que en los hombres la proporción se mantuvo relativamente estable, registrando un pico (4,2%) en el grupo de 50 a 59 años. Gráfico 18.

Gráfico 18. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos del humor. Región Cuyo. Año 2010. (N=833)

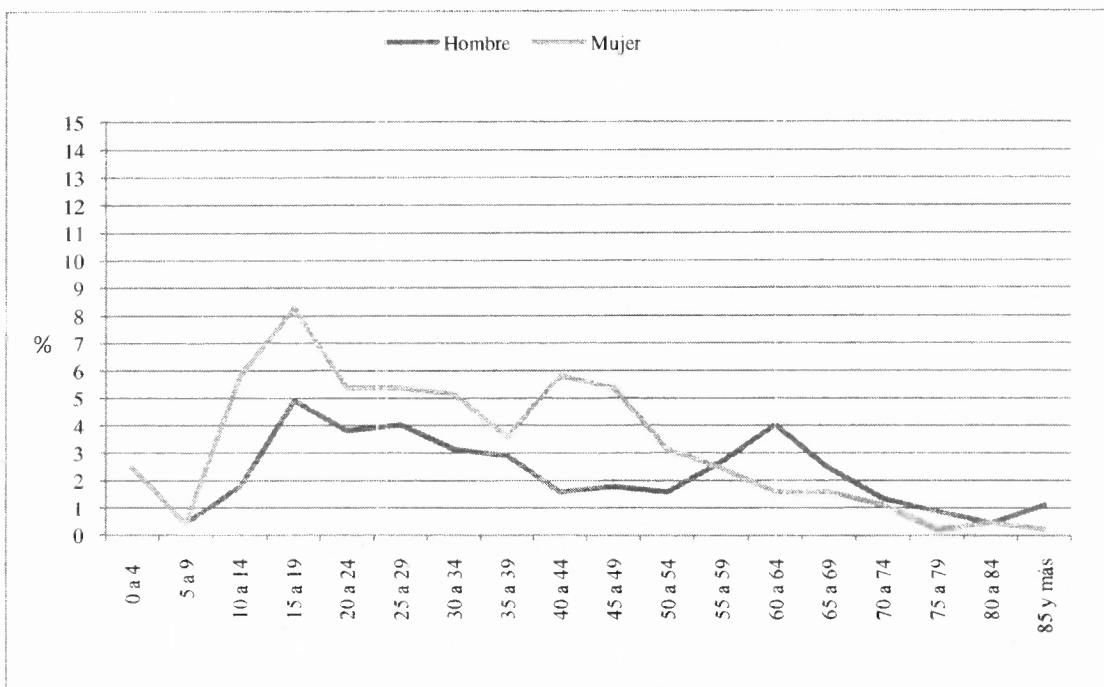


Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

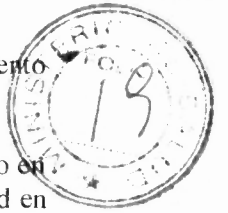
La proporción de egresos hospitalarios por trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos fue más alta en mujeres en todos los grupos de edad, con un pico en el grupo de 15 a 19 años (8,3%), con excepción del grupo de 60 a 69 años (1,5%). Gráfico 19.

Gráfico 19. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos. Región Cuyo. Año 2010. (N=446)



Nota: ver limitaciones al final del documento

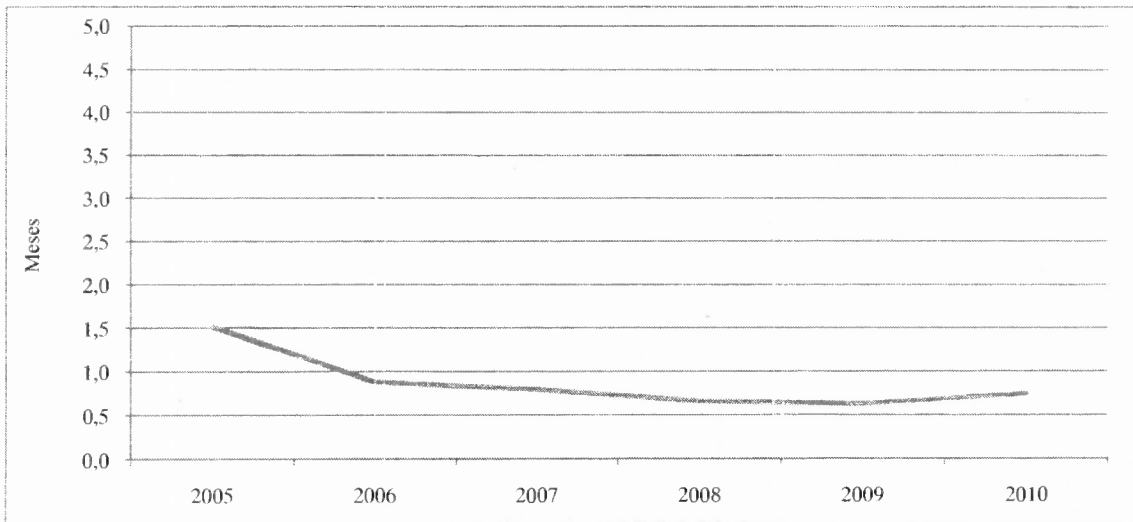
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS



3.2.4 Tendencia de los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento según promedio de días de estada. Período 2005 - 2010

El promedio de meses de estada por trastornos mentales y del comportamiento fue más alto en 2005 (media: 1,5; desviación estándar: 12,4) para luego descender y mantener la estabilidad en todos los años investigados. Gráfico 20.

Gráfico 20. Promedio de meses de estada. Región Cuyo. Período 2005-2010



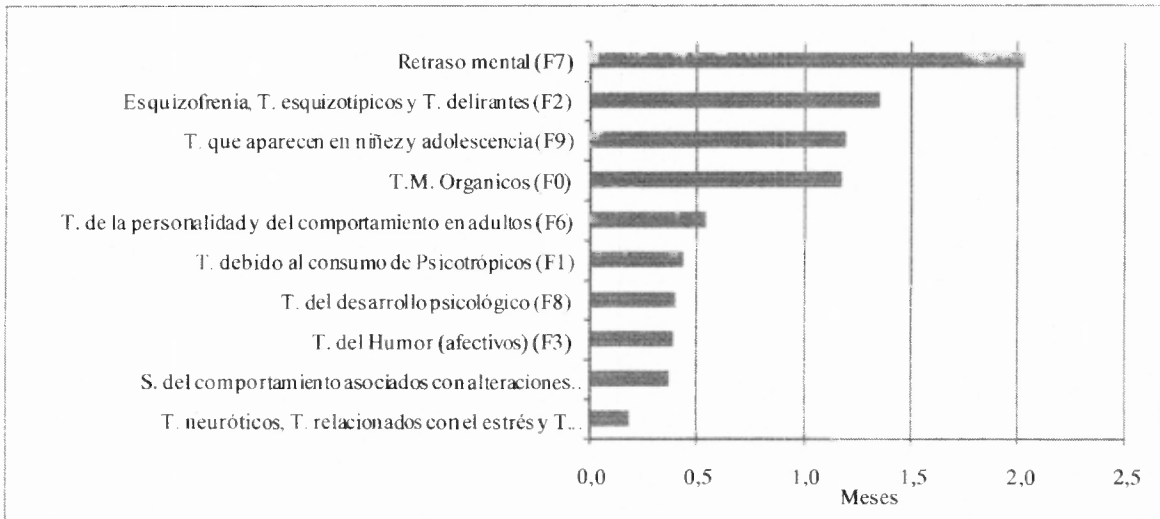
Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

3.2.5 Egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento según promedio de días de estada y diagnóstico. Año 2010.

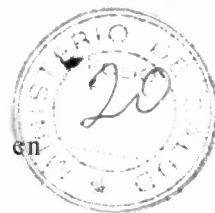
El promedio de meses de estada fue significativamente mayor para el retraso mental (media: 2; desviación estándar: 4,6); seguido por la esquizofrenia, los trastornos esquizotípicos y los trastornos delirantes (media: 1,4; desviación estándar: 0,5); y en tercer lugar, por los trastornos que aparecen en la niñez y adolescencia y los trastornos mentales orgánicos (media: 1,2; desviación estándar: 17). Gráfico 21.

Gráfico 21. Promedio de meses de estada según diagnóstico. Región Cuyo. Año 2010. (N= 1647)



Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

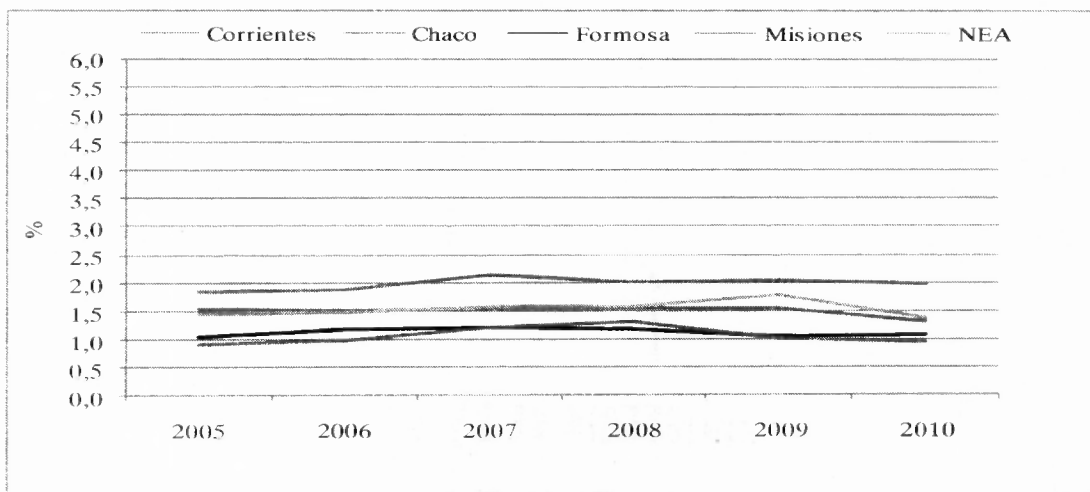


3.3 Región NEA

3.3.1 Magnitud de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en relación al total de egresos en el período 2005-2010

En todas las provincias las proporciones se mantuvieron estables a lo largo del periodo analizado, siendo la provincia de Corrientes la que presentó la mayor proporción de egresos por trastornos mentales y del comportamiento (2,1 %), superando a la de la región. Gráfico 22.

Gráfico 22. Evolución de la proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en el periodo 2005-2010 según jurisdicción. Región NEA.



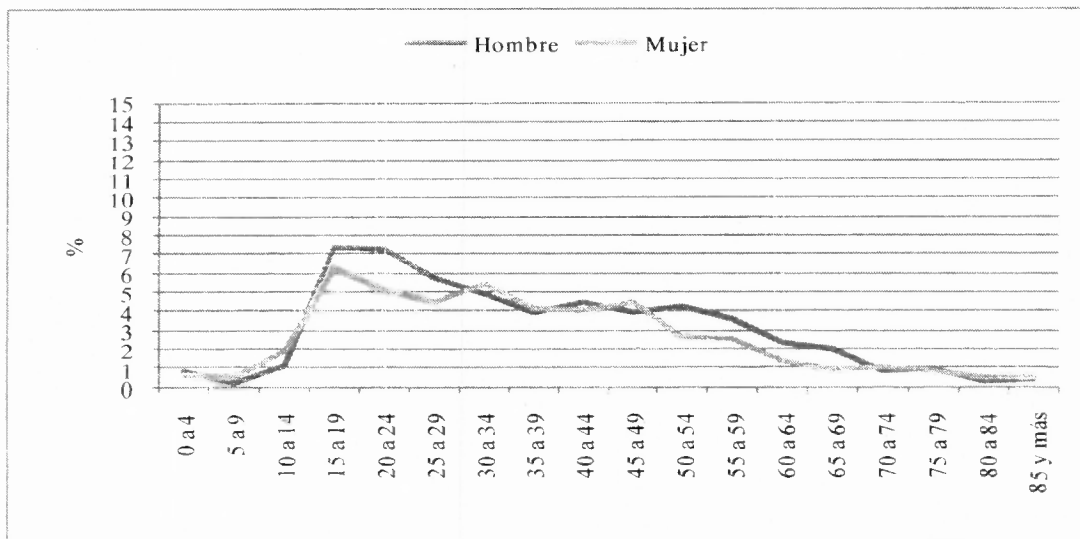
Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

3.3.2 Principales trastornos mentales y del comportamiento en los egresos hospitalarios según región, jurisdicción, edad y sexo. Año 2010

La proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento fue más alta en el grupo de 15 a 19 años, tanto en hombres (7,4%) como en mujeres (6,3%). Gráfico 23.

Gráfico 23. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento según sexo y grupo de edad. Región NEA. Año 2010.



Nota: ver limitaciones al final del documento

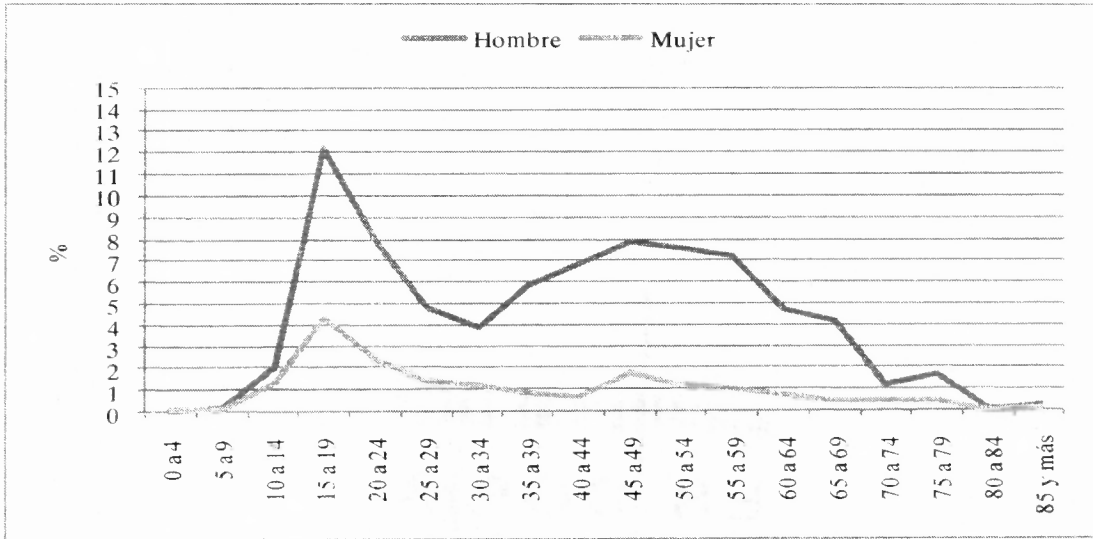
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS



3.3.3 Principales trastornos mentales y del comportamiento en los egresos hospitalarios según región, jurisdicción, edad y sexo. Año 2010

La proporción de egresos hospitalarios por trastornos debidos al consumo de psicotrópicos fue más alta en el grupo de 15 a 19 años, tanto en hombres (12,3%) como en mujeres (4,4%). En hombres, los dos picos más bajos se encontraron en el grupo de 30 a 34 años (3,9%) y en el de 70 a 74 años (1,2%). En mujeres el pico más bajo se presentó en el grupo de 40 a 44 años (0,6%). Gráfico 24.

Gráfico 24. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos debidos al consumo de psicotrópicos. Región NEA. Año 2010. (N=1102)

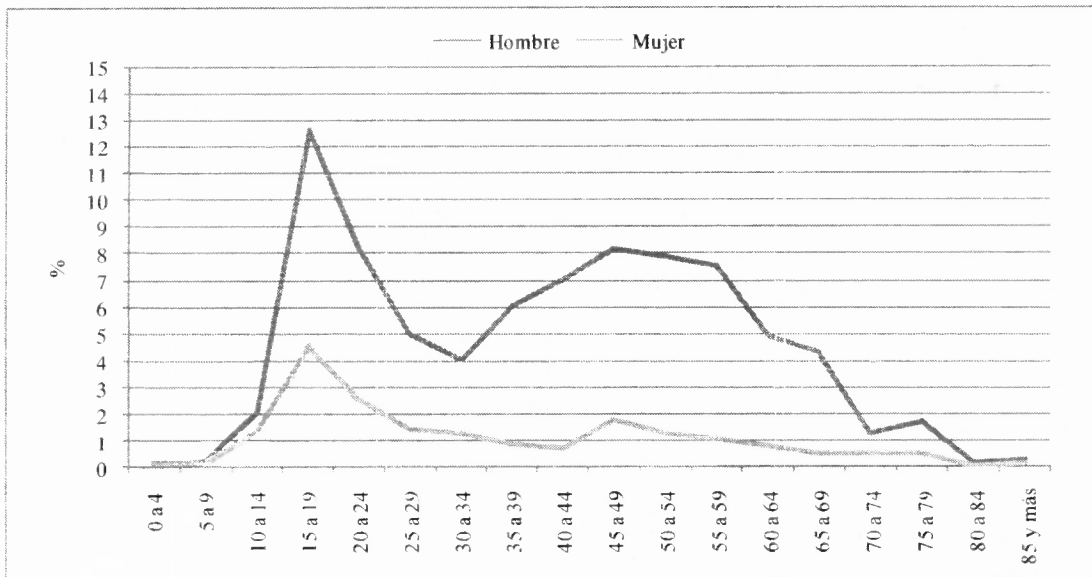


Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

La proporción de egresos hospitalarios por esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes fue más alta en hombres que en mujeres. Ambos presentaron 2 picos, en el grupo de 15 a 19 años (hombres 12,6% y mujeres 4,5%) y en el de 45 a 49 (hombres 8,1% y mujeres 1,8%). Gráfico 25.

Gráfico 25. Proporción de egresos hospitalarios por esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes. Región NEA. Año 2010. (N= 1068)



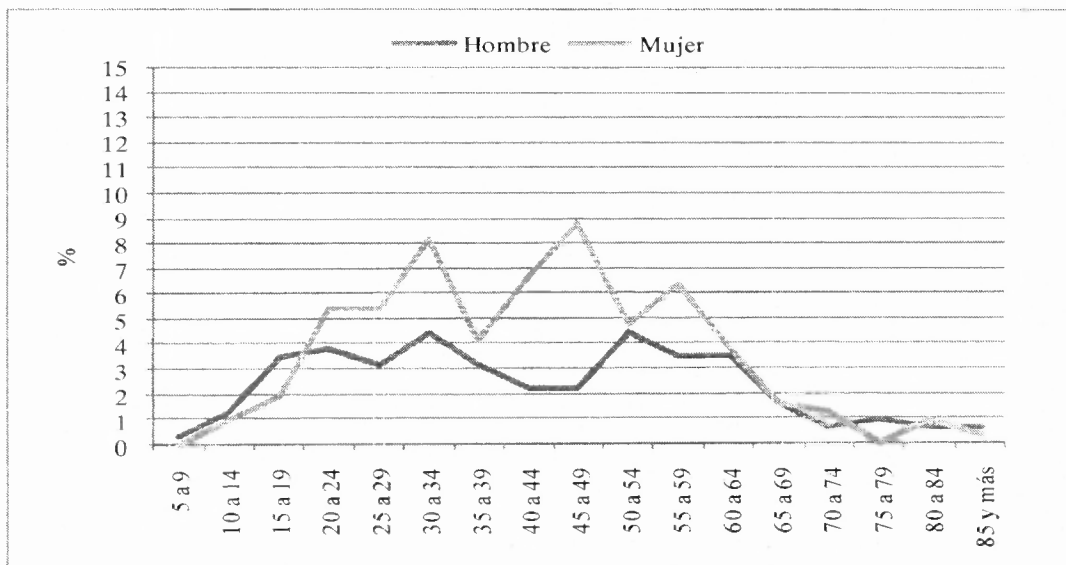
Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS



La proporción de egresos hospitalarios por trastornos del humor fue significativamente más alta en mujeres, presentando un pico en el grupo de 45 a 49 años (8,8%); con excepción del grupo de 75 a 79 años donde es superada por los hombres. Gráfico 26.

Gráfico 26. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos del humor. Región NEA. Año 2010. (N=317)

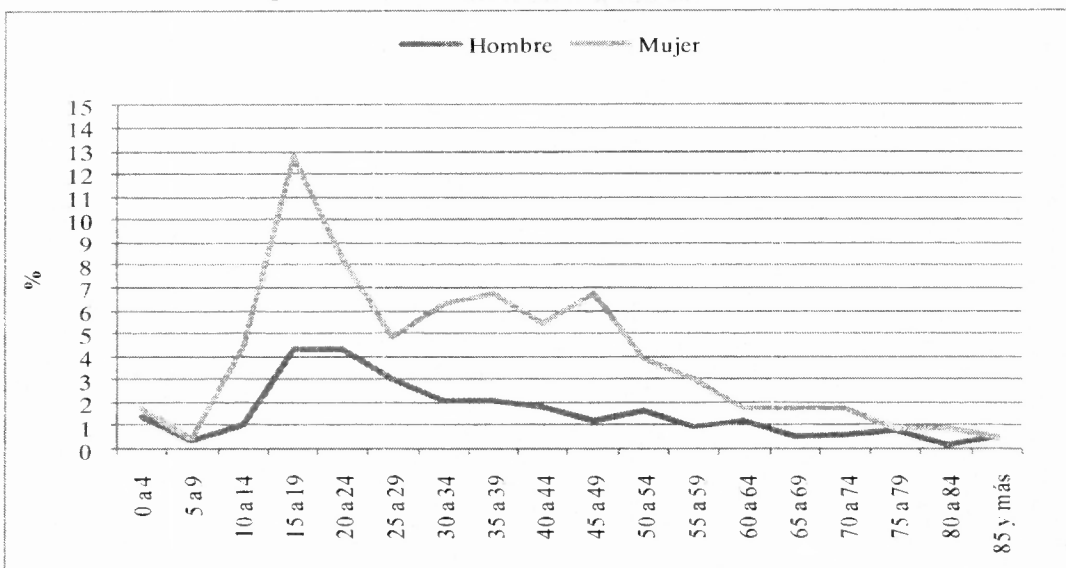


Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

La proporción de egresos hospitalarios por trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos fue más alta en mujeres en todos los grupos de edad, siendo el pico más alto en el grupo de 15 a 19 años (12,8%). Gráfico 27.

Gráfico 27. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos. Región NEA. Año 2010. (N= 931)



Nota: ver limitaciones al final del documento

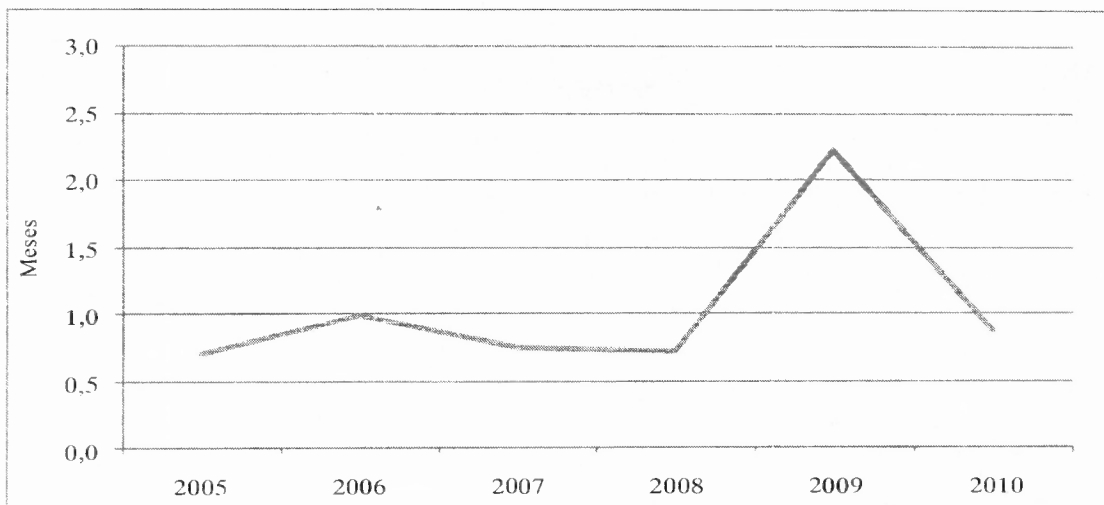
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

### 3.3.4 Tendencia de los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento según promedio de días de estada. Año 2010

El mayor promedio de meses de internación se registró en 2009 (media: 2,2; desviación estándar: 18,6), manteniéndose relativamente estable para los demás años. Gráfico 28.



Gráfico 28. Promedio de meses de estada de los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento Región NEA. Período 2005-2010



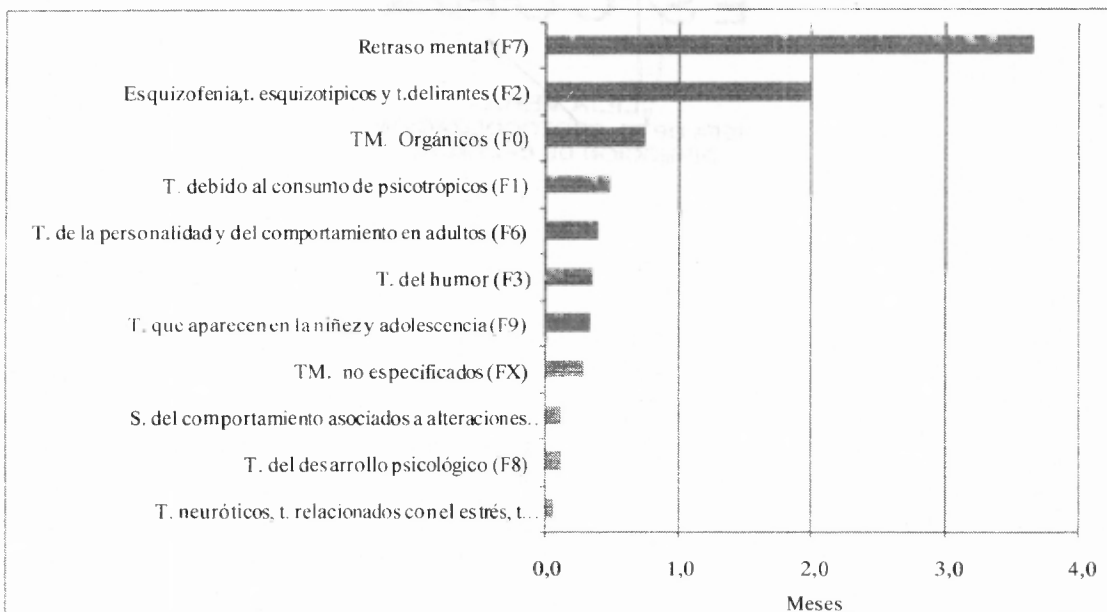
Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

### 3.3.5 Egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento según promedio de días de estada y diagnóstico. Año 2010.

En la región NEA, el promedio de meses de estada fue significativamente mayor para el retraso mental (media: 3,6; desviación estándar: 0,9), seguido por la esquizofrenia, los trastornos esquizotípicos y los trastornos delirantes (media: 2; desviación estándar: 0,4) y en tercer lugar, por los trastornos mentales orgánicos (media: 0,7; desviación estándar: 0,1). Gráfico 29.

Gráfico 29. Promedio de meses de estada según diagnóstico. Región NEA. Año 2010. (N= 24294)



Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

## 3.4 Región Patagonia

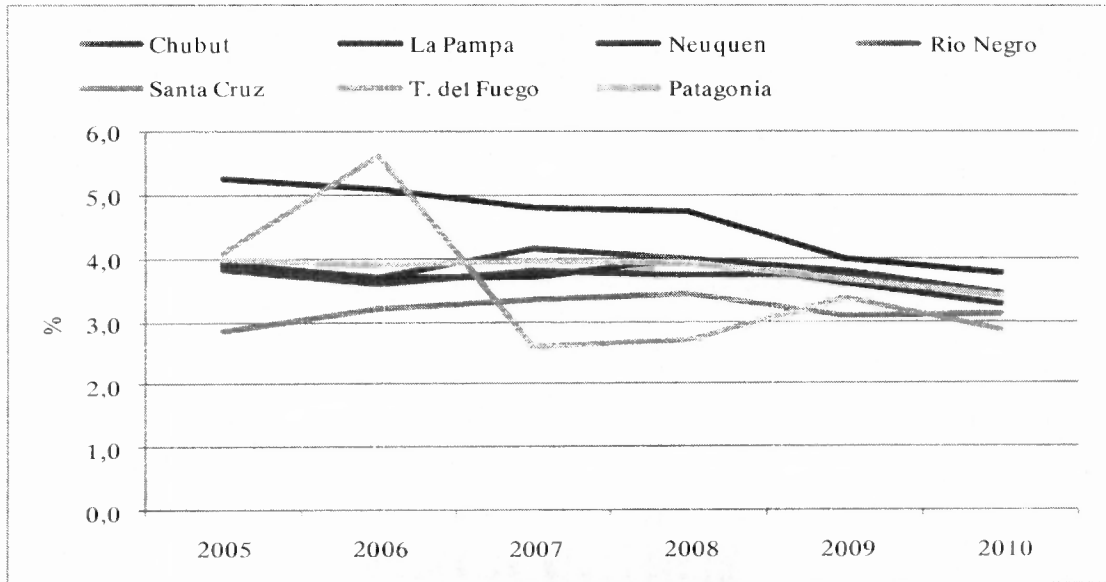
### 3.4.1 Magnitud de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en relación al total de egresos en el período 2005-2010





En el período estudiado, la mayoría de las provincias de la región Patagonia, registraron proporciones de egresos hospitalarios estables a excepción de Tierra del Fuego que presentó un pico en 2006 (5,6%) con una importante disminución en 2007 (2,6%). Este patrón podría deberse a la baja población. Gráfico 30.

Gráfico 30. Evolución de la proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en el período 2005-2010 según jurisdicción. Región Patagonia



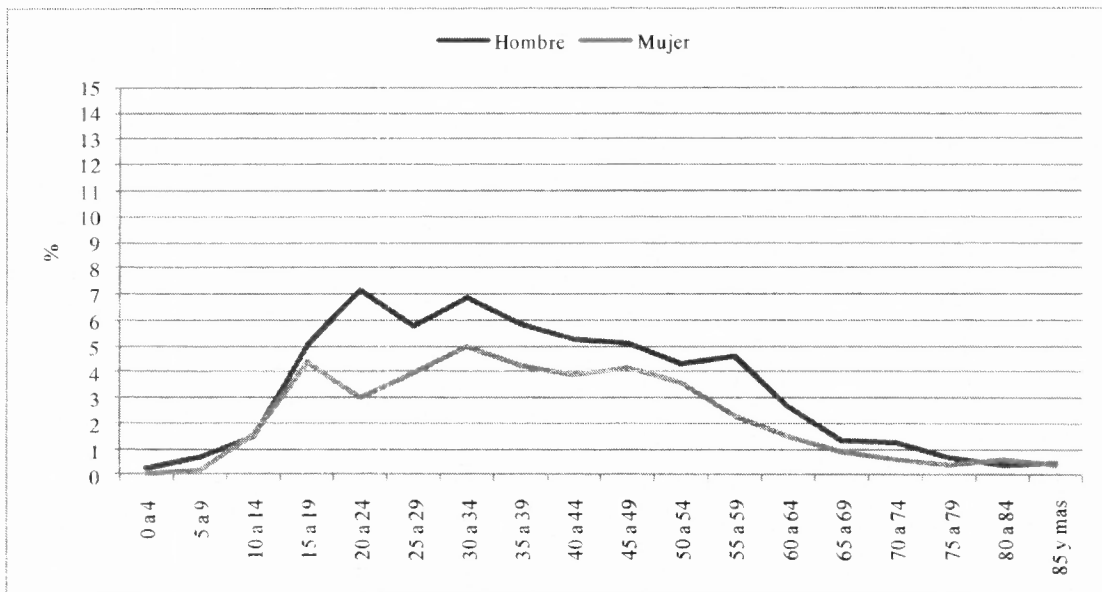
Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de DEIS

### 3.4.2 Principales trastornos mentales y del comportamiento en los egresos hospitalarios según región, jurisdicción, edad y sexo. Año 2010

La proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento, en general, fue mayor en hombres que en mujeres para todos los grupos de edad. Gráfico 31.

Gráfico 31. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento según sexo y grupo de edad. Región Patagonia. Año 2010. (N=5695)



Nota: ver limitaciones al final del documento

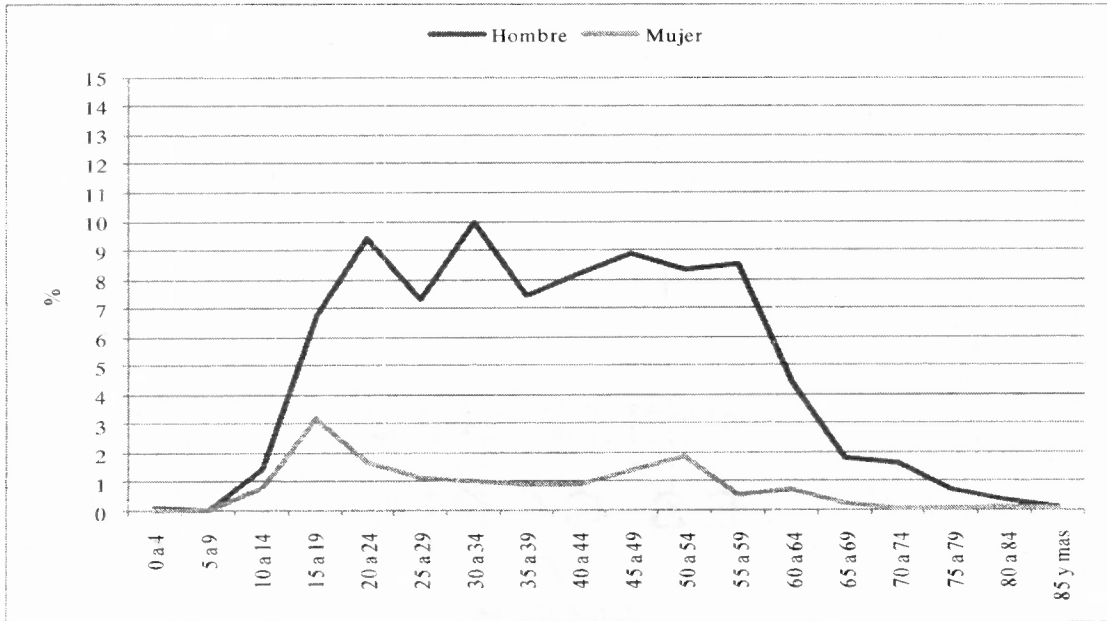
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS



3.4.3 Principales trastornos mentales y del comportamiento en los egresos hospitalarios según región, jurisdicción, edad y sexo. Año 2010

La proporción mayor de egresos hospitalarios por trastornos debidos al consumo de psicotrópicos en los hombres, se presentó en el grupo de 30 a 34 años (10%), seguido por el de 20 a 24 años (9,5%); mientras que en las mujeres, en el grupo de 15 a 19 años (3,2%). Gráfico 32.

Gráfico 32. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos debidos al consumo de psicotrópicos. Región Patagonia. Año 2010. (N= 2334)

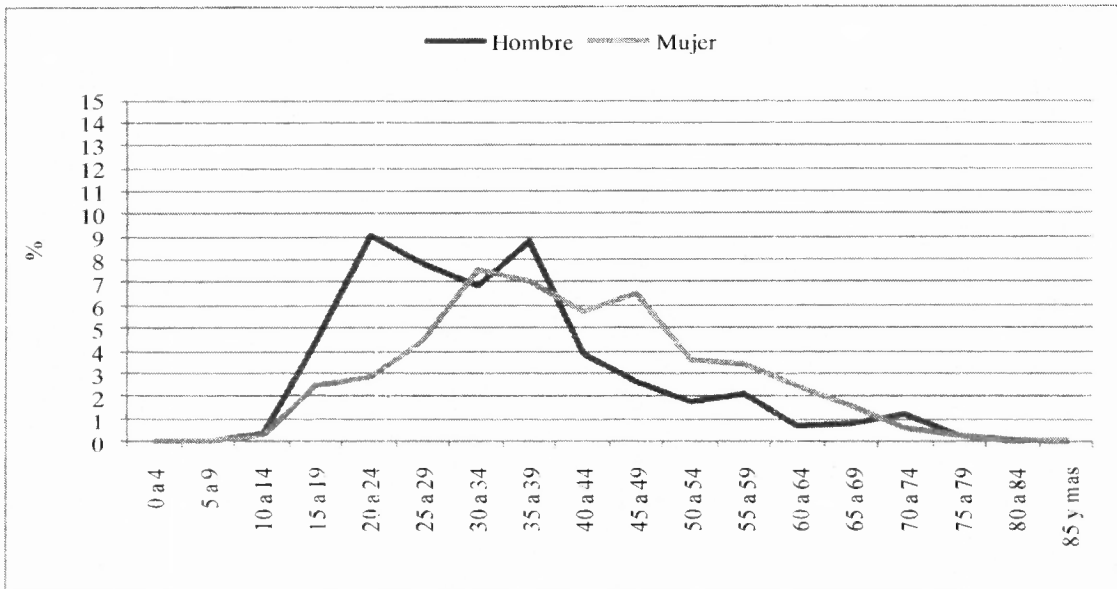


Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

La proporción de egresos hospitalarios por esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes alcanzó su mayor valor en hombres en el grupo de 20 a 24 años (9%) y en las mujeres en el de 30 a 34 años (7,5%). Gráfico 33.

Gráfico 33. Proporción de egresos hospitalarios por esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes. Región Patagonia. Año 2010. (N=996)



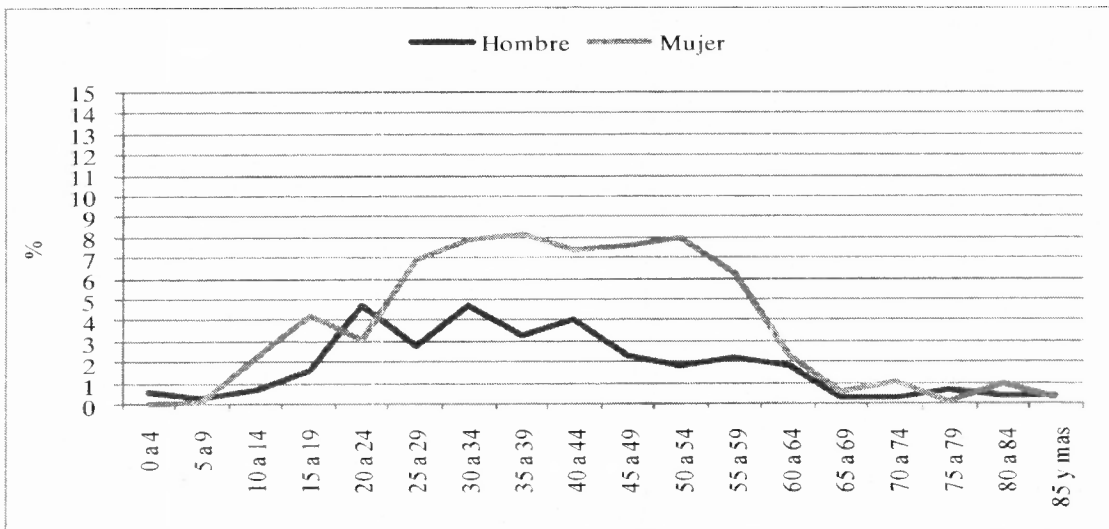
Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS



La proporción de egresos hospitalarios por trastornos del humor fue mayor en mujeres para mayoría de los grupos de edad. En hombres, se destacan tres picos de egresos por esta causa, el grupo de 20 a 24 (4,7%), de 30 a 34 años (4,7%) y de 40 a 44 años (4%). Gráfico 34.

Gráfico 34. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos del humor. Región Patagonia. Año 2010. (N= 725)

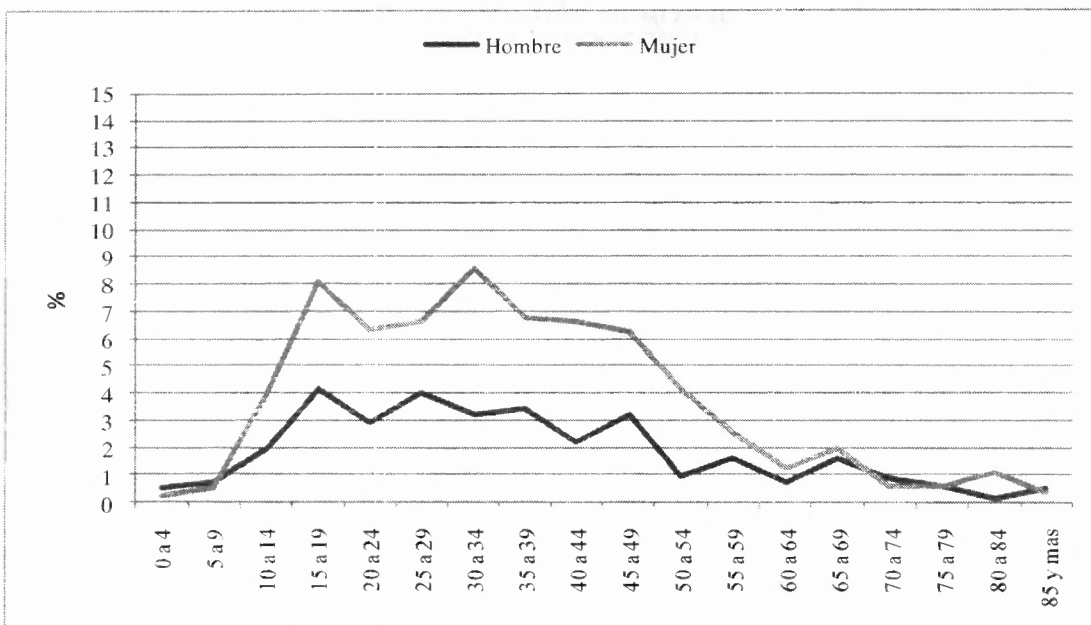


Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

La proporción de egresos hospitalarios por trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos fue significativamente mayor en mujeres que en hombres, en las que se registraron 2 picos, en el grupo de 15 a 19 (8,1%) y en el de 30 a 34 años (8,6%). Gráfico 35.

Gráfico 35. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos. Región Patagonia. Año 2010. (N=816)



Nota: ver limitaciones al final del documento

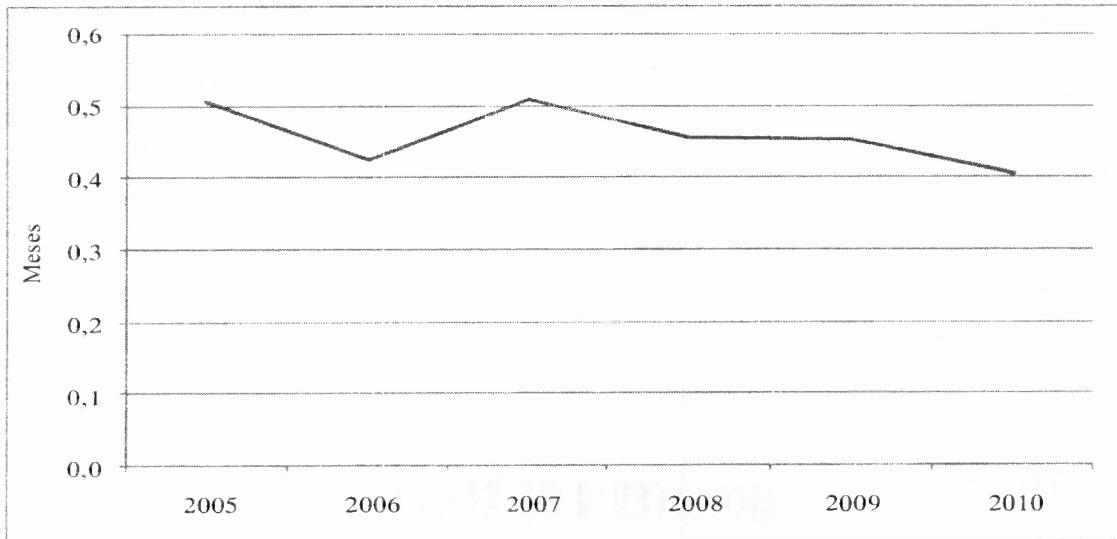
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS



3.4.4 Tendencia de los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento según promedio de días de estada. Período 2005-2010.

El promedio de meses de estada de los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento se mantuvo estable en el período 2005-2010. Gráfico 36.

Gráfico 36. Promedio de meses de estada de los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento. Región Patagonia. Período 2005-2010



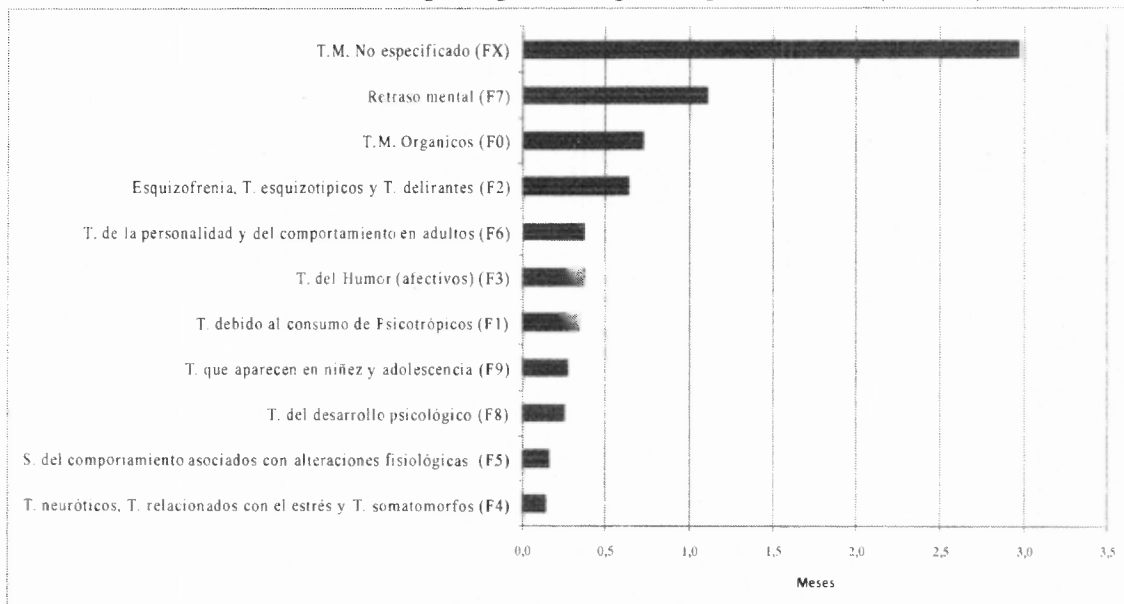
Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

3.4.5 Egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento según promedio de días de estada y diagnóstico. Año 2010.

En relación al promedio de meses de estada por diagnóstico, la principal causa de egreso hospitalario por trastornos mentales y del comportamiento estuvo dada por los trastornos mentales no especificados (media: 3; desviación estándar: 4,6) seguido por el retraso mental (media: 1,1; desviación estándar: 0,5) y los trastornos mentales orgánicos (media: 0,7; desviación estándar: 1). Gráfico 37.

Gráfico 37. Promedio de meses de estada según diagnóstico. Región Patagonia. Año 2010. (N=35773)



Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

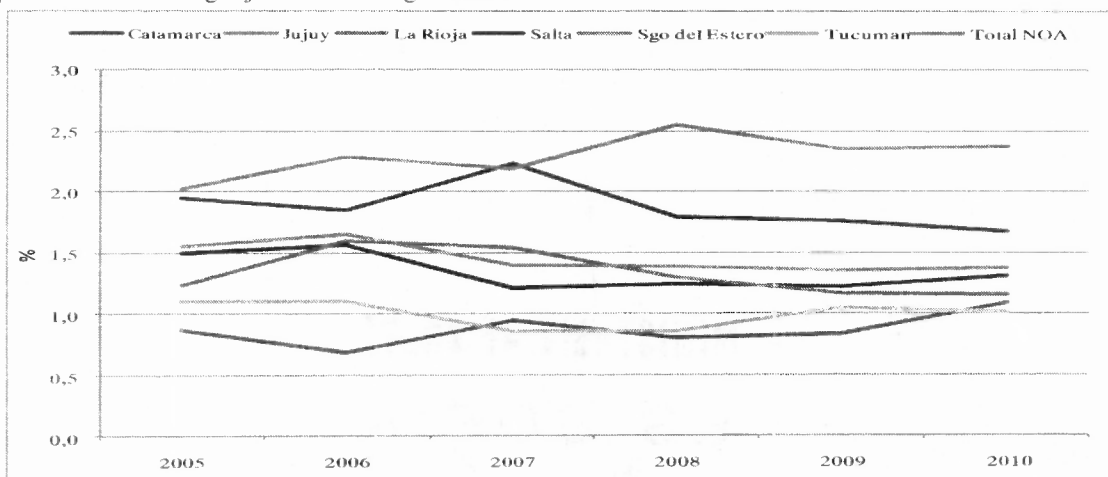


3.5 Región NOA

3.5.1 Magnitud de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en relación al total de egresos en el período 2005-2010

En el período estudiado, en relación a la proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento, la provincia de Catamarca presentó un pico en 2007 (2,2%). Por otro lado, la provincia de Jujuy registró la proporción más alta de la región (2,5%). Gráfico 38.

Gráfico 38. Evolución de la proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en el período 2005-2010 según jurisdicción. Región NOA.



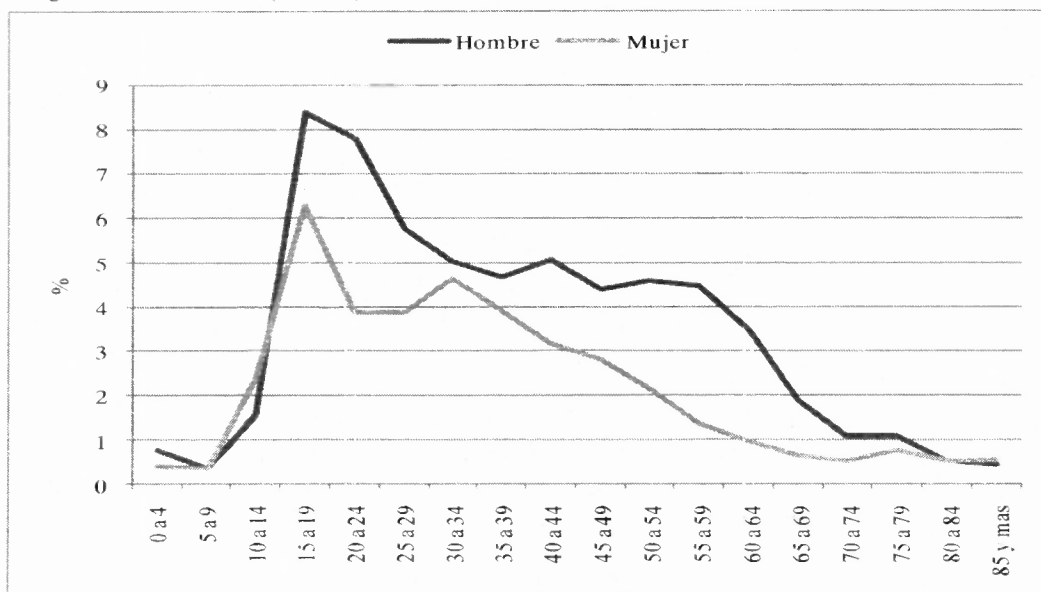
Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de DEIS

3.5.2 Principales trastornos mentales y del comportamiento en los egresos hospitalarios según región, jurisdicción, edad y sexo. Año 2010

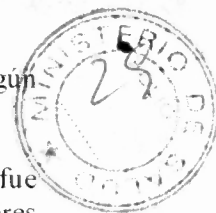
La proporción más alta de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento fue más alta en hombres que en mujeres. El pico se registró en el grupo de edad de 15 a 19 años, tanto en hombres (8,4%) como en mujeres (6,3%). Gráfico 39.

Gráfico 39. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento según sexo y grupo de edad. Región NOA. Año 2010. (N=4932)



Nota: ver limitaciones al final del documento

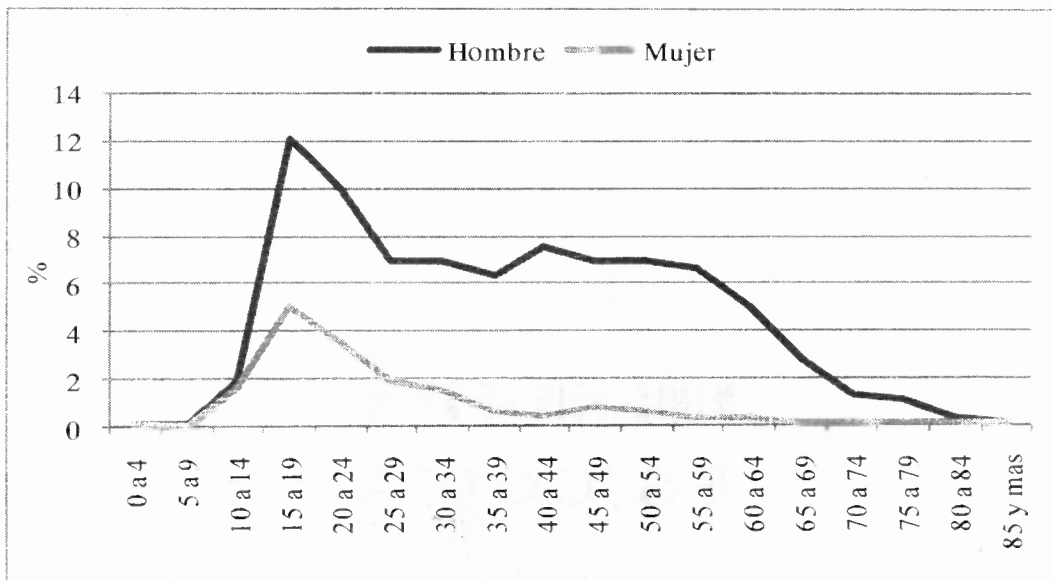
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS



3.5.3 Principales trastornos mentales y del comportamiento en los egresos hospitalarios según región, jurisdicción, edad y sexo. Año 2010

La proporción de egresos hospitalarios por trastornos debidos al consumo de psicotrpicos fue más alta en hombres. En el grupo de edad de 15 a 19 años se presentó un pico tanto en hombres (12,7%) como en mujeres (5,1%); en ambos sexos, dicha proporción descendió a medida que aumentó la edad. Gráfico 40.

Gráfico 40. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos debidos al consumo de psicotrpicos. Región NOA. Año 2010. (N=2493)

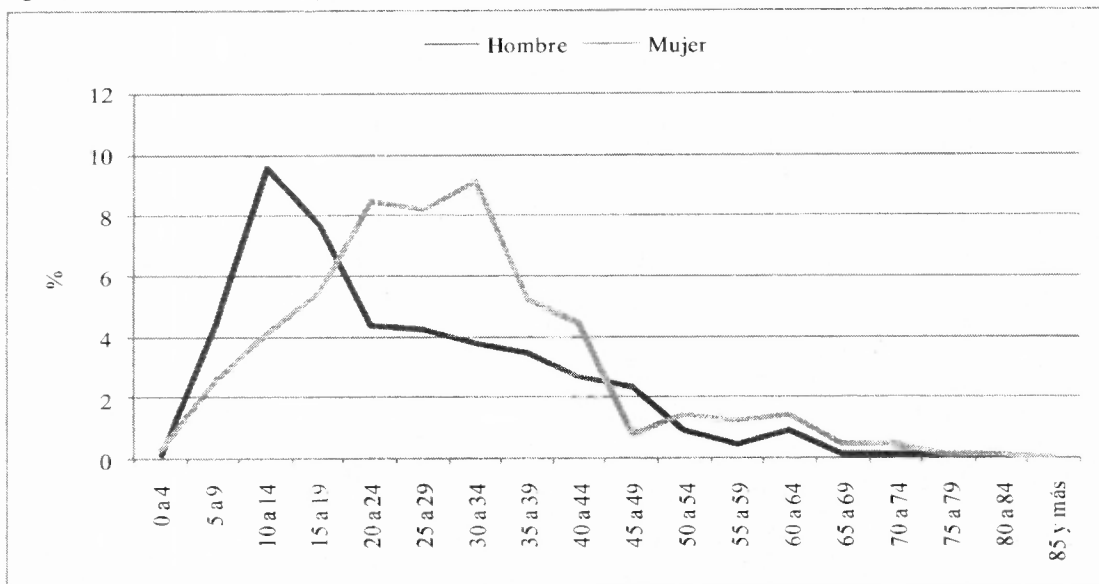


Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

La proporción de egresos hospitalarios por esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes presentó un pico en hombres en el grupo de 10 a 14 años (9,5%) y en mujeres en los grupos de 20 a 24 (8,5%) y de 30 a 34 años (9,1%). Gráfico 41.

Gráfico 41. Proporción de egresos hospitalarios por esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes. Región NOA. Año 2010. (N=638)



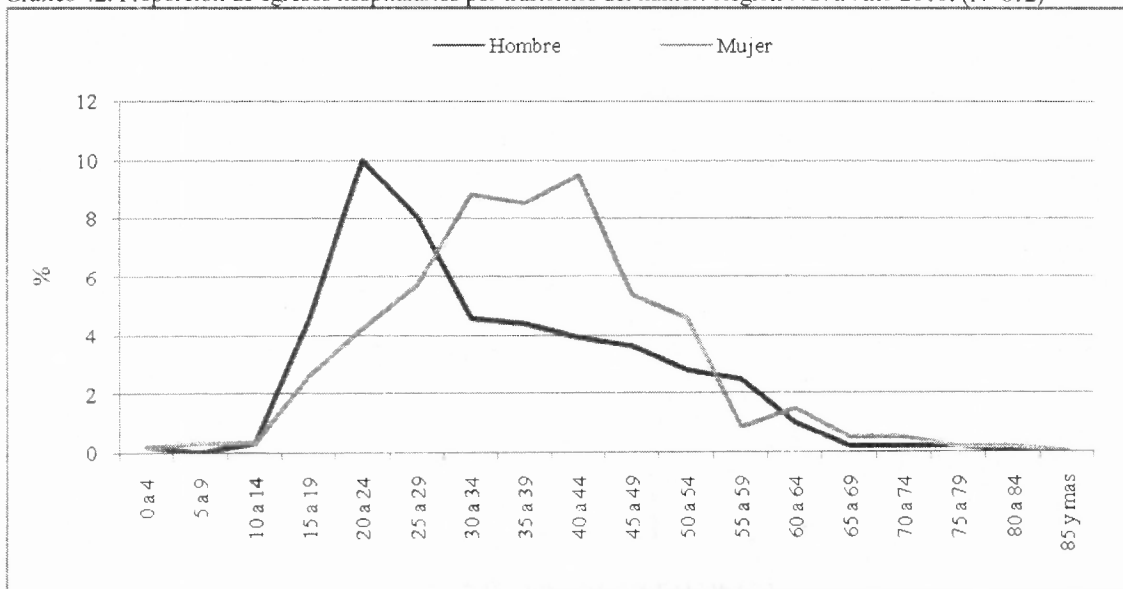
Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS



La proporción de egresos hospitalarios por trastornos del humor presentó un pico en hombres en el grupo de 20 a 24 (10%), y en mujeres en el de 40 a 44 años (9,5%). Gráfico 42.

Gráfico 42. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos del humor. Región NOA. Año 2010. (N=612)

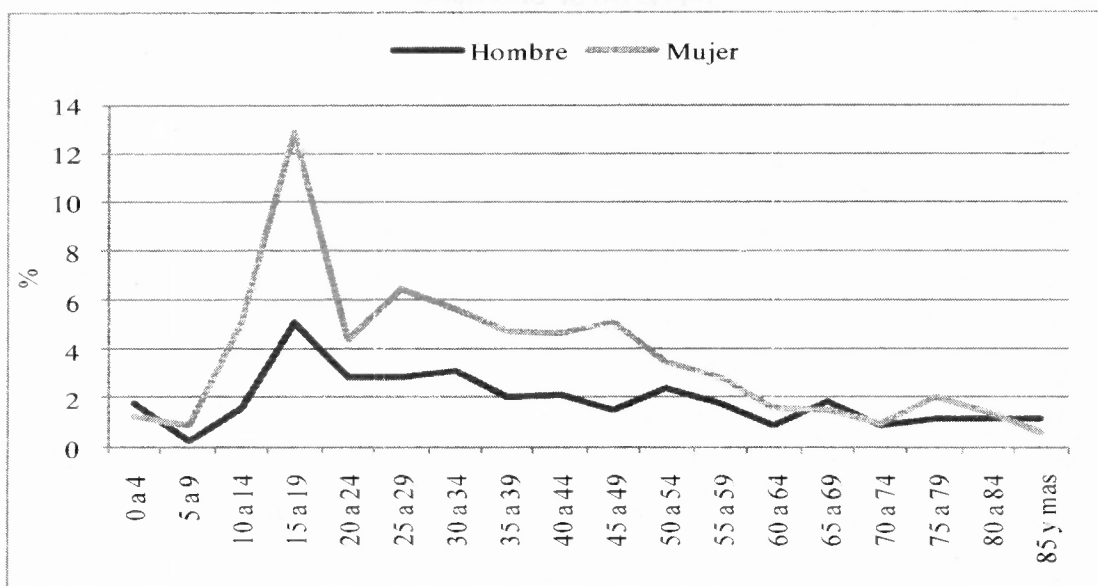


Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

La proporción de egresos hospitalarios por trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos, en general, fue más alta en mujeres en todos los grupos de edad. En ambos sexos, se registró un pico en el grupo de edad de 15 a 19 años. Gráfico 43.

Gráfico 43. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos. Región NOA. Año 2010. (N=800)



Nota: ver limitaciones al final del documento

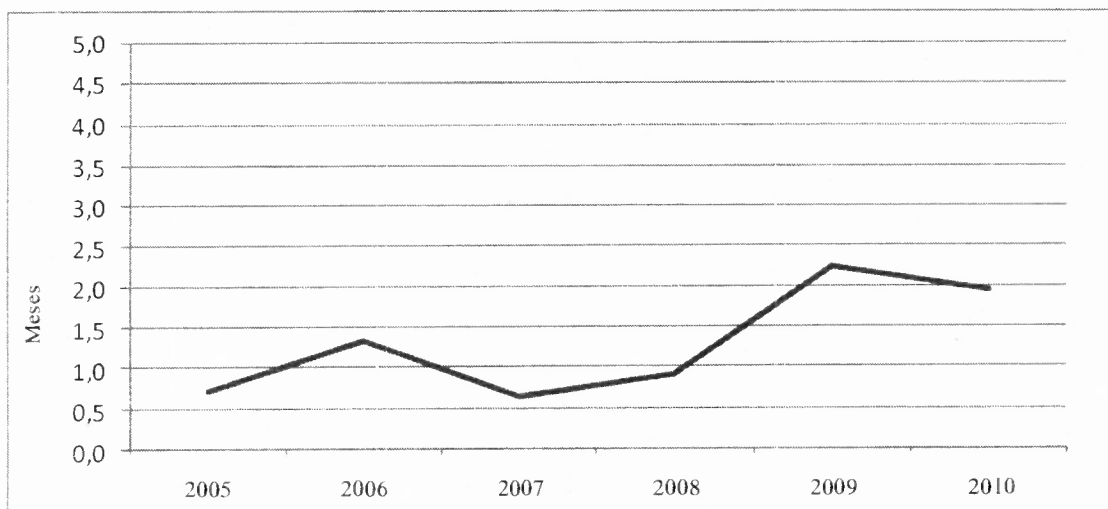
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

3.5.4 Tendencia de los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento según promedio de días de estada. Año 2010.



El promedio de meses de estada por trastornos mentales y del comportamiento presentó un pico en 2009 (media: 2,2; desviación estándar: 18,6), mientras que el valor menor se registró en 2007 (media: 0,6; desviación estándar: 4,7). Gráfico 44.

Gráfico 44. Promedio de meses de estada por trastornos mentales y del comportamiento. Región NOA. Período 2005-2010.



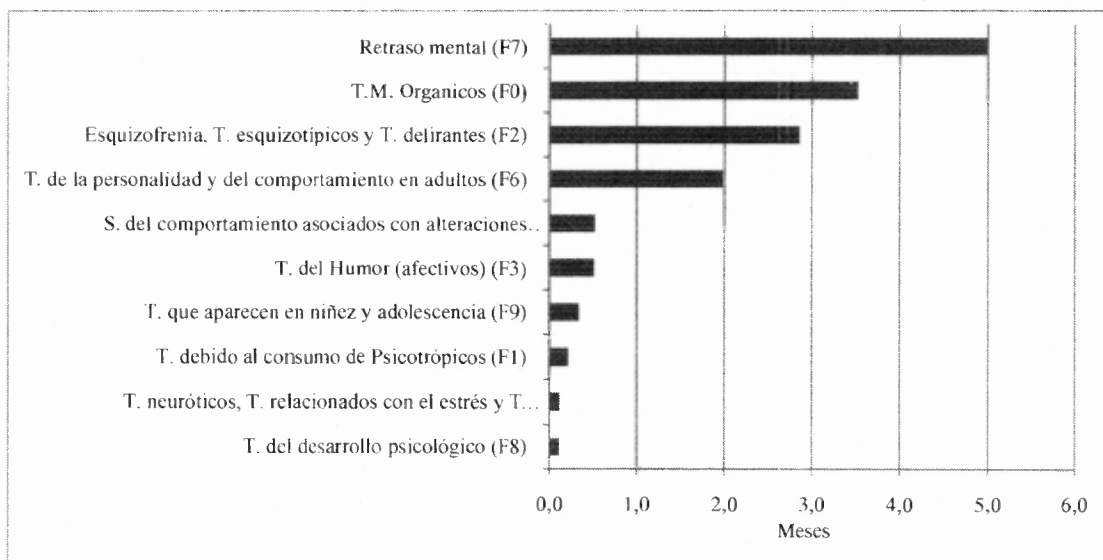
Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

### 3.5.5 Egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento según promedio de días de estada y diagnóstico. Año 2010.

El promedio de meses de estada fue mayor para el retraso mental (media: 5; desviación estándar: 1,2); seguido por los trastornos mentales orgánicos (media: 3,5; desviación estándar: 0,1) y en tercer lugar la esquizofrenia, los trastornos esquizotípicos y los trastornos delirantes (media: 2,9; desviación estándar: 23,8). Gráfico 45.

Gráfico 45. Promedio de meses de estada según diagnóstico. Región NOA. Año 2010. (N=4932)



Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS



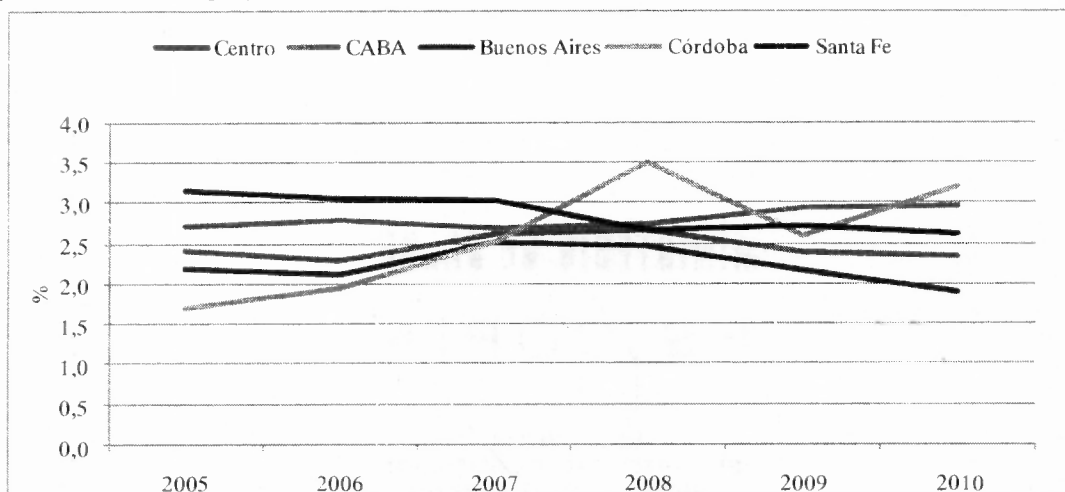


### 3.6 Región Centro

#### 3.6.1 Magnitud de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en relación al total de egresos en el período 2005-2010

En el período estudiado, en relación a la proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento, la provincia de Córdoba presentó un pico en 2008 (3,5%) mientras que la misma se mantuvo estable para las demás provincias. Por su parte, la provincia de Entre Ríos no se incluyó en el gráfico dado que no presentó datos en 2006, 2007 y 2009. Gráfico 46.

Gráfico 46. Evolución de la proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en el período 2005-2010 según jurisdicción. Región Centro.



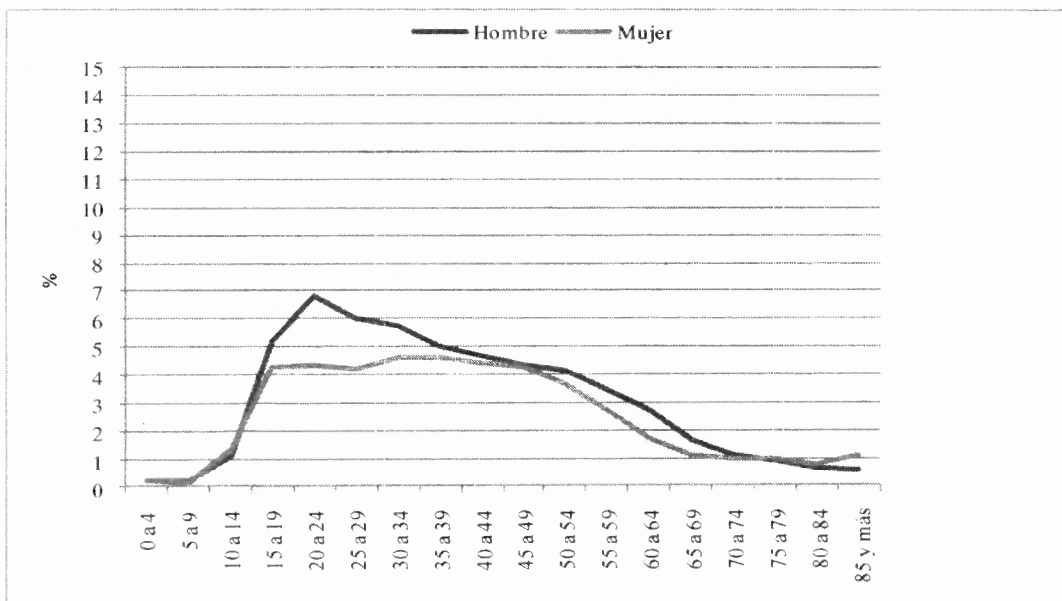
Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de DEIS

#### 3.6.2 Principales trastornos mentales y del comportamiento en los egresos hospitalarios según región, jurisdicción, edad y sexo. Año 2010

La proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento, en general, fue más alta en hombres que en mujeres; presentándose el valor mayor en el grupo de 20 a 24 años (6,8%). Gráfico 47.

Gráfico 47. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento según sexo y grupo de edad, según sexo y grupo etáreo. Región Centro. Año 2010. (N=25362)



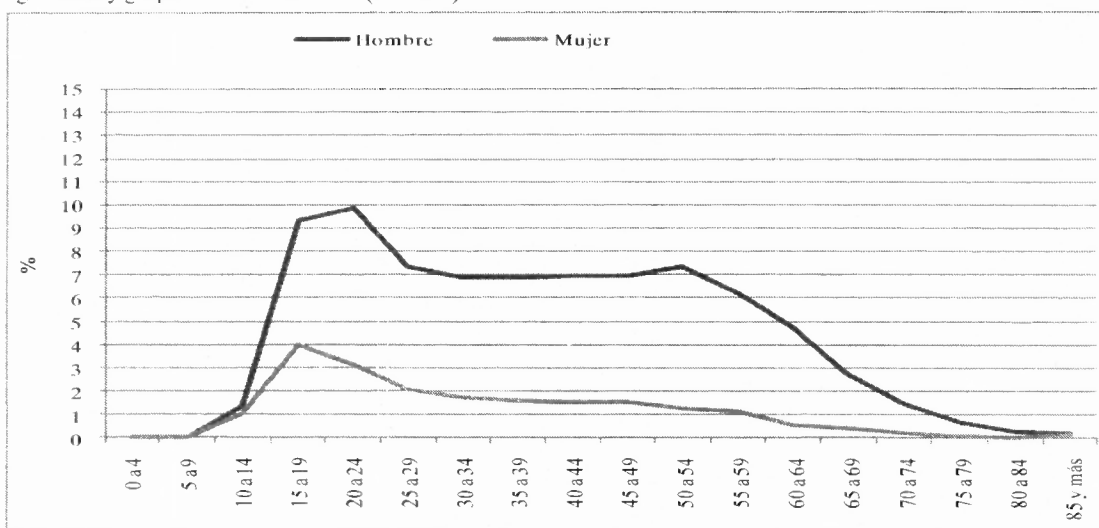
Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

### 3.6.3 Principales trastornos mentales y del comportamiento en los egresos hospitalarios según región, jurisdicción, edad y sexo. Año 2010

La proporción de egresos hospitalarios por trastornos debidos al consumo de psicotrpicos fue más alta en hombres; la misma presentó un pico en el grupo de edad de 20 a 24 años (9,9%); posteriormente dicha proporción descendió a medida que aumentó la edad, excepto en el grupo de 50 a 54 años (7,3%). En mujeres, en cambio, se mantuvo prácticamente estable, observándose el valor más alto en el grupo de edad de 15 a 19 años (4%). Gráfico 48.

Gráfico 48. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos debidos al consumo de psicotrpicos. Región Centro, según sexo y grupo etáreo. Año 2010. (N=7091)

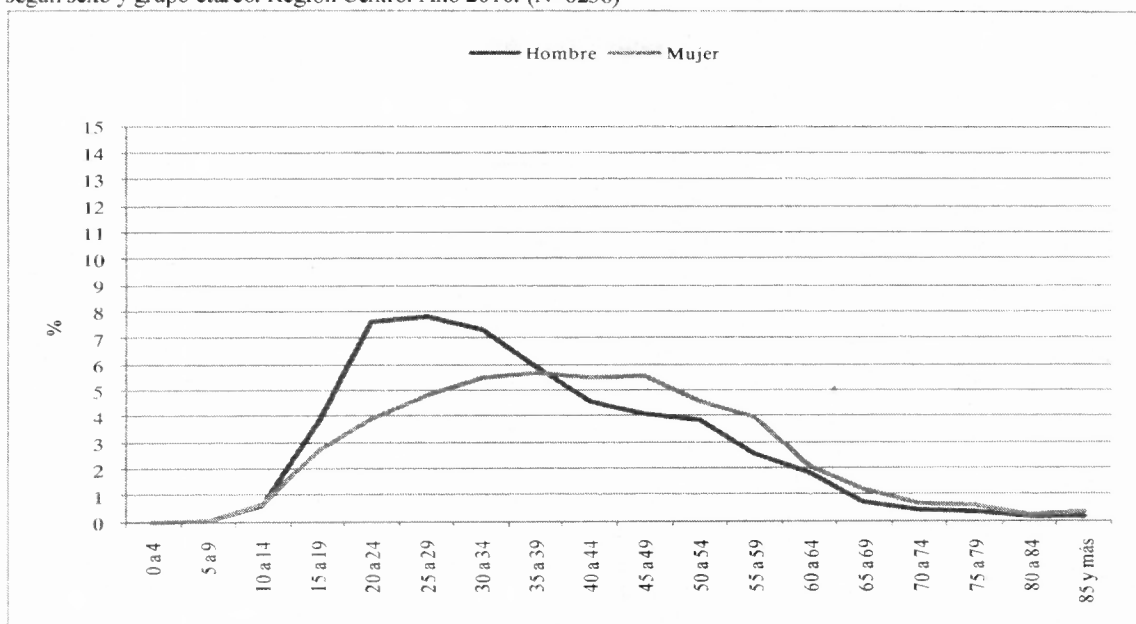


Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

La proporción de egresos hospitalarios por esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes presentó los valores más altos en hombres de 20 a 34 años (entre 7,6% y 7,8%); posteriormente dicha proporción descendió a medida que aumentó la edad. En mujeres, el grupo de edad de 30 a 49 años presentó la proporción más alta (entre 5,5% y 5,7%), y a partir de allí, descendió con la edad. Gráfico 49.

Gráfico 49. Proporción de egresos hospitalarios por esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes, según sexo y grupo etáreo, Región Centro. Año 2010. (N=6236)

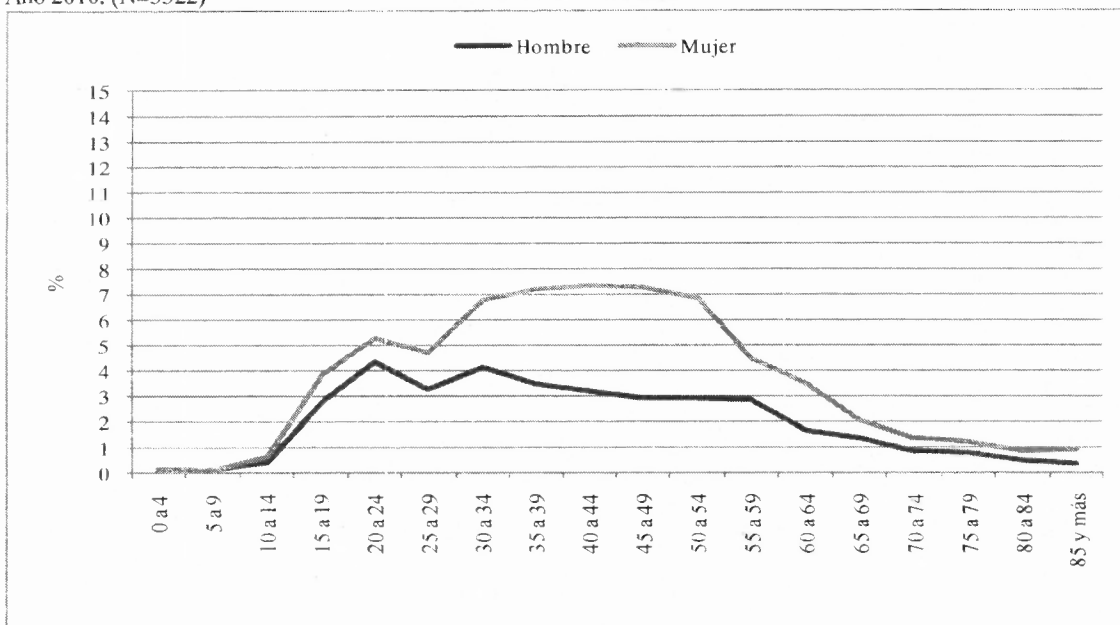


Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

La proporción de egresos hospitalarios por trastornos del humor fue significativamente más alta en mujeres, cuyo mayor registro se presentó en el grupo de 30 a 54 años (entre 6,7% y 7,3%), para posteriormente descender con la edad. Mientras que en hombres, la proporción se mantuvo relativamente estable, registrando dos picos en los grupos de 20 a 24 (4,4%) y de 30 a 34 años (4,1%). Gráfico 50.

Gráfico 50. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos del humor, según sexo y grupo etáreo, Región Centro. Año 2010. (N=3322)



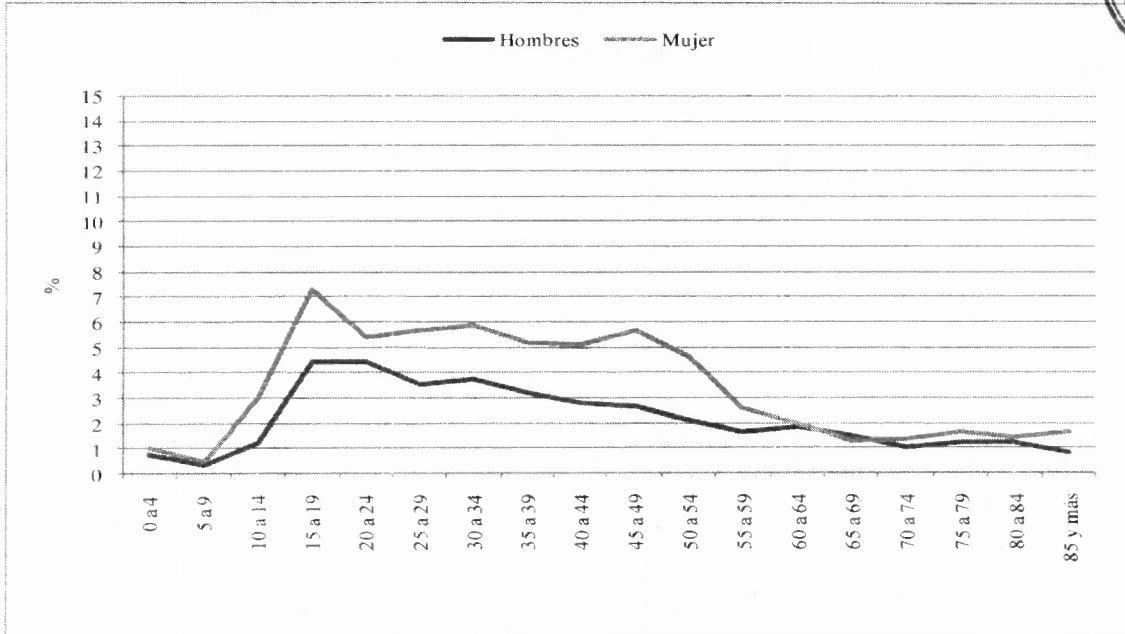
Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

La proporción de egresos hospitalarios por este grupo diagnóstico fue más alta en mujeres en todos los grupos de edad, a excepción del de 60 a 69 años. El mayor valor se presentó en el grupo de 15 a 19 años (7,3%). Por su parte, las mayores proporciones en hombres se presentaron en los grupos de 15 a 19 y de 20 a 24 años (4,5% y 4,4% respectivamente). Gráfico 51.



Gráfico 51. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos, según sexo y grupo etáreo. Región Centro. Año 2010. (N=3999)



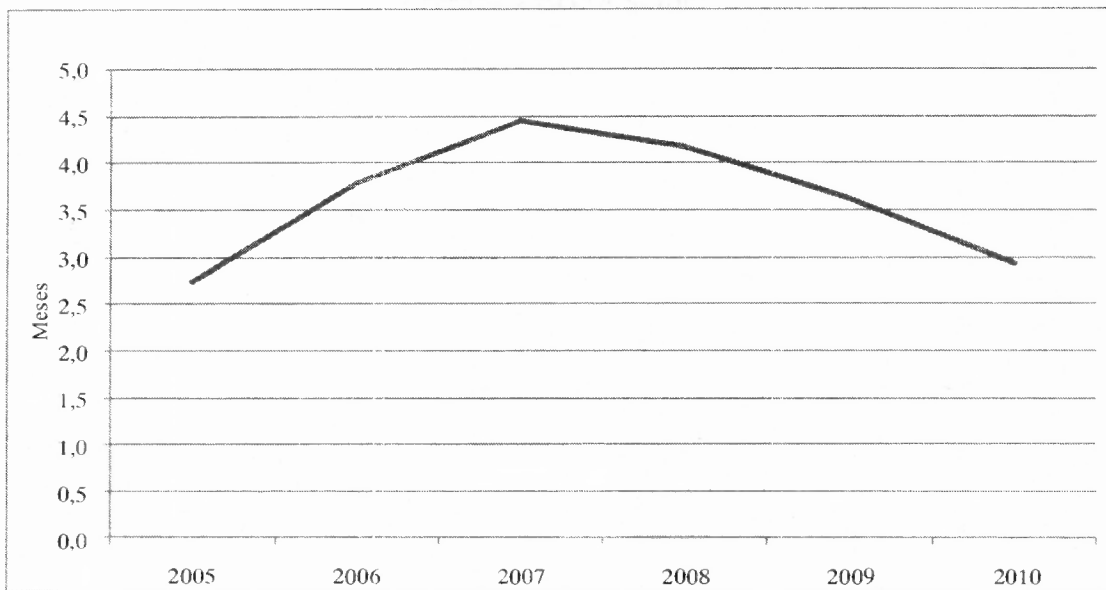
Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

3.6.4 Tendencia de los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento según promedio de días de estada. Período 2005-2010.

El promedio más alto de meses de estada por trastornos mentales y del comportamiento durante el periodo estudiado se presentó en 2007 (media: 4,5; desviación estándar: 21,6), por su parte, el promedio más bajo se registró en 2005 (media: 2,7; desviación estándar: 15,3). Gráfico 52.

Gráfico 52. Promedio de meses de estada. Región Centro. Período 2005-2010



Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

3.6.5 Egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento según promedio de días de estada y diagnóstico. Año 2010.

En relación al tiempo de estada según diagnóstico, los trastornos por retraso mental fueron los que más promedio de meses de internación presentaron (media: 12,9; desviación estándar: 51,9), seguido por esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes (media: 6,4;

desviación estándar: 34,2) y en tercer lugar, por los trastornos mentales orgánicos (media: 5,3; desviación estándar: 21,4). Gráfico 53.

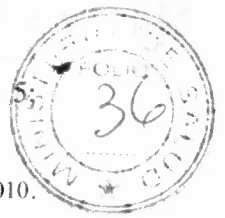
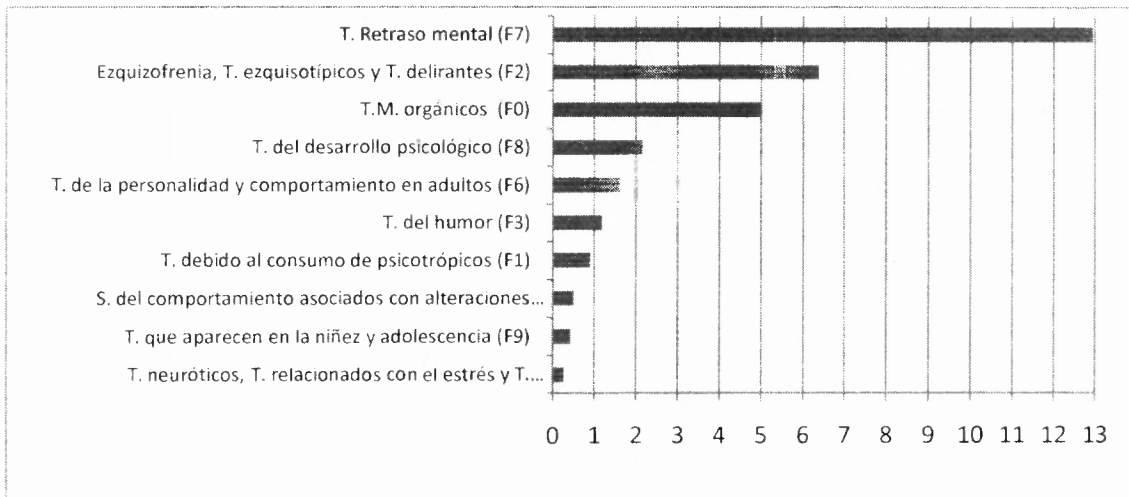
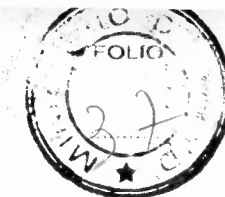


Gráfico 53. Promedio de meses de estada según diagnóstico. Región Centro. Año 2010. (N=25362)



Nota: ver limitaciones al final del documento

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS



#### 4. CONCLUSIONES

##### **País**

Durante el periodo 2005-2010, la mayor proporción de egresos por trastornos mentales y del comportamiento se registró en Patagonia seguida por Cuyo, superando ambas la proporción del País. El mayor promedio de tiempo de estada fue de 3 meses en 2007. La región Centro es la única que superó este valor, llegando a los 4,5 meses.

En 2010, la mayor proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento se presentó en hombres. En las regiones Centro, Cuyo y Patagonia, el pico se registró en el grupo de edad de 20 a 24 años, al igual que en el País. Mientras que en NEA y NOA, este se ubicó en el grupo de edad de 15 a 19 años.

En relación a los principales grupos diagnósticos por trastornos mentales y del comportamiento registrados en 2010 se identificaron los siguientes:

##### Trastornos debido al consumo de psicotrópicos

En las regiones Centro, NEA, NOA y Cuyo, la mayor proporción de egresos hospitalarios por trastornos debidos al consumo de psicotrópicos se presentó en hombres en el grupo de 15 a 24 años, siendo concordante con el País. A excepción de Patagonia que registró su pico en el grupo de 30 a 34 años.

##### Esquizofrenia, T. Esquizotípicos y T. Delirantes

En correspondencia con el País, en las regiones Cuyo, Patagonia y Centro, la mayor proporción de egresos hospitalarios por esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes se registró en hombres en el grupo de edad de 20 a 29 años. Mientras que en NOA, el pico se presentó en el grupo de 10 a 14 años y en NEA en el de 15 a 19 años.

##### Trastornos del Humor

En todas las regiones la mayor proporción de egresos hospitalarios por trastornos del humor se presentó en mujeres principalmente en el grupo de 30 a 54 años, con excepción de NOA, en la que se encontró proporciones similares en hombres y mujeres. En el país, al igual que en las regiones, las mujeres entre 30 y 54 años, presentaron las mayores proporciones.

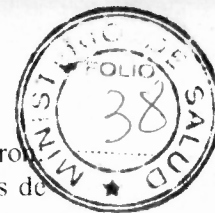
##### Trastornos Neuróticos, Trastornos relacionados con el estrés y Trastornos somatomorfos

Al igual que en el País, la mayor proporción de egresos por trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos se presentó, para todas las regiones, en mujeres en el grupo de edad de 15 a 19 años; con excepción de Patagonia, en la que se registró en el grupo de 30 a 34 años.

En todas las regiones, el diagnóstico que significó el mayor promedio de meses de internación fue Retraso mental, excepto en Patagonia, que ocupó el segundo lugar, seguido de Trastornos mentales no especificados. Otros diagnósticos que conllevaron un promedio relevante de meses de internación, fueron Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes y Trastornos mentales orgánicos.

##### **Región CUYO**

Durante el período 2005-2010, la mayor proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento se presentó en la provincia de Mendoza, superando la proporción de la región. El promedio de meses de estada se mantuvo relativamente estable durante este período, presentando el mayor registro en el año 2005.



Para 2010, los grupos diagnósticos con promedios más altos de tiempo de estada fueron: Retraso mental; Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes y Trastornos de inicio en la niñez y adolescencia.

### **Región NEA**

Durante el período 2005-2010, la provincia de Corrientes presentó la mayor proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento, superando incluso la proporción total de la región. En cuanto a los meses de estada, la región presentó un pico de egresos hospitalarios en 2009.

En 2010, los diagnósticos que conllevaron más meses de internación fueron: Retraso mental; Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes y Trastornos mentales orgánicos.

### **Región PATAGONIA**

Durante el período 2005-2010, la provincia de Chubut presentó la mayor proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento, superando incluso a la proporción total de la región. La mayor proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento se registró en 2005 y 2007. La Patagonia presentó el promedio más bajo de meses de internación a nivel nacional durante este período.

En 2010, los grupos diagnósticos con promedios más altos de estada fueron: Trastornos mentales no especificados; Retraso mental; Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes y los Trastornos que aparecen en la niñez y adolescencia.

### **Región NOA**

En el período 2005-2010, la provincia de Jujuy presentó la mayor proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento, superando a la proporción de la región. En relación a los meses de estada, la región presentó un pico de egresos en 2009.

En 2010, los diagnósticos que conllevaron más meses de internación fueron: Retraso mental; Trastornos mentales orgánicos y Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes.

### **Región CENTRO**

Durante el período 2005-2010, en general, la proporción de egresos hospitalarios se mantuvo estable a excepción de la provincia de Córdoba que presentó un pico en 2008. En relación al promedio de meses de estada, a partir de 2005 se observó un progresivo aumento hasta alcanzar un pico en 2007.

En 2010, los grupos diagnósticos con promedios más altos de estada fueron: Retraso mental; Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes y Trastornos mentales orgánicos.



## 5. LIMITACIONES

La información referida a morbilidad hospitalaria tiene algunas limitaciones con respecto a su cobertura. No informan al Sistema Estadístico de Salud -SES- los establecimientos dependientes de Universidades Nacionales y de los Subsectores Obras Sociales y Privado. En cuanto a los establecimientos dependientes de las Fuerzas Armadas y de Seguridad, se espera que informen al sistema debido a que fueron incorporados al mismo en el marco del convenio firmado entre el Ministerio de Salud de la Nación y el Ministerio de Defensa de la Nación, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el 26 de junio de 2008.

La publicación de la información se realizaba cada cinco años hasta el año 2005 y correspondía a la morbilidad hospitalaria acaecida en los años terminados en 0 y 5. Como consecuencia de la reformulación del Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud aprobada en la XVIII Reunión Nacional de Estadísticas de Salud -celebrada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el 4 y 5 de mayo del 2004-, e implementada el 1º de enero de 2005, se acordó reestablecer el procesamiento y envío anual de esta información, desde el nivel jurisdiccional al nivel nacional del SES.

Es importante realizar algunas aclaraciones con respecto a los problemas de cobertura de algunos archivos jurisdiccionales en los diferentes años para la elaboración, publicación y difusión de datos a nivel nacional:

2005: no se contó con la información de las Provincias de Salta y Tucumán.

2006: no se contó con la información de las Provincias de Entre Ríos y Tucumán.

2007: Provincia de Buenos Aires (alrededor del 90 % de cobertura), Provincia de Santiago del Estero (alrededor del 85 % de cobertura), Provincia de Tierra del Fuego (sólo cubre la información de uno de los dos establecimientos oficiales con internación) y Provincia de San Juan (no incluye el establecimiento Dr. Guillermo Rawson).

2008: Provincia de Buenos Aires (alrededor del 80% de cobertura), Provincia de Misiones (alrededor del 90% de cobertura) y Provincia de Tierra del Fuego (cubre la información de uno de los dos establecimientos oficiales con internación y del otro, sólo los egresos ocurridos hasta el 31 de agosto).

2009: Provincia de Buenos Aires (alrededor del 80% de cobertura), Provincia de Misiones (alrededor del 90% de cobertura), Provincia de Córdoba (alrededor del 80% de cobertura), y Provincia de Río Negro (alrededor del 85% de cobertura).

2010: Provincia de Buenos Aires (alrededor del 75% de cobertura), Provincia de Córdoba (con un subregistro de aproximadamente el 50% de los establecimientos oficiales), y Provincia de Jujuy, cuya información no incluye los egresos producidos en 8 meses del año 2010 en el Hospital Oscar Orias y, en consecuencia, su cobertura se estima en el 93% aproximadamente.





Egreso: es la salida del establecimiento de un paciente internado. El egreso puede darse por alta médica, traslado a otro establecimiento, defunción, retiro voluntario del paciente u otro.

Diagnóstico principal al egreso: afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente. Si hay más de una afección así caracterizada debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hizo ningún diagnóstico debe seleccionarse como afección principal, el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante .

Promedio de días de estada: es el número promedio de días de hospitalización por cada paciente en un periodo de tiempo dado. Mide cuantos días en promedio está hospitalizado un paciente desde su ingreso hasta su egreso.

Este indicador es el más consistente y de mayor poder discriminatorio pues permite conocer la duración de la hospitalización y evaluar en qué medida la estadía de un paciente se prolonga más allá de lo habitual o resulta muy corta como para asegurar una eficaz atención.

**BIBLIOGRAFÍA**

Organización Mundial de la Salud. Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP). Disponible en [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/es/index.html](http://www.who.int/mental_health/mhgap/es/index.html). Último acceso: 3 de septiembre de 2013.

Institute for Health Metrics and Evaluation. Disponible en <http://viz.healthmetricsandevaluation.org/gbd-compare/>. Último acceso: 2 de septiembre de 2013.

Ley Nacional de salud Mental N° 26.657. Disponible en <http://200.58.113.95/ni000019/legislación/leyes/general/26657.php>. Último acceso: 25 de agosto de 2013.

Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Egresos de establecimientos Oficiales por Diagnóstico. Bases de datos Años 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 y 2010.

## **Ministerio de Salud de la Nación**

**Secretaría de Determinantes de la Salud  
y Relaciones Sanitarias**

**Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones**

## **Instituto Nacional de Estadística y Censos**

**Dirección Nacional de Estadísticas de Condiciones de Vida**

**Dirección de Estudios de Ingresos  
y Gastos de los Hogares y Otras Encuestas Especiales**

**ENCUESTA NACIONAL SOBRE PREVALENCIAS  
DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

**ENPreCoSP – AÑO 2011**

**- Principales Resultados -**



## PRESENTACIÓN

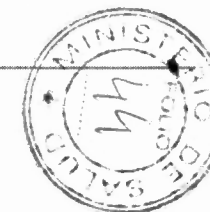
El Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, en conjunto con el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y con la colaboración de las Direcciones Provinciales de Estadística, llevaron a cabo la Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de **Sustancias Psicoactivas** 2011 (ENPreCoSP-2011)

Las temáticas relevadas fueron:

- **Salud general:** autopercepción del estado de salud, accidentes, entre otros.
- **Consumo de sustancias psicoactivas:** **sustancias legales o sociales** (tabaco y bebidas alcohólicas), **sustancias ilegales** (marihuana, cocaína, pasta base, éxtasis, opiáceos y anestésicos, crack, alucinógenos, inhalables y otras drogas) y **fármacos** (estimulantes, tranquilizantes, anorexígenos).



La siguiente información fue procesada por el equipo de Epidemiología de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones con base en los datos de la Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2011 (ENPreCoSP 2011). La misma fue revisada por el INDEC.





**ANTECEDENTES**

**ENCoSP. Año 2004**

INDEC  
SEDRONAR

**ENPreCoSP. Año 2008**

INDEC  
Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación  
Ministerio de Salud de la Nación  
Ministerio de Seguridad de la Provincia de Buenos Aires

**ENCUESTA ACTUAL**

**ENPreCoSP. Año 2011**

INDEC  
Ministerio de Salud de la Nación

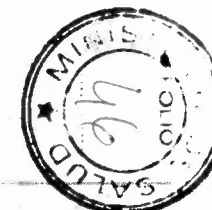


### **OBJETIVO GENERAL**

Analizar la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas a nivel nacional y caracterizar la población consumidora.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Estimar la cantidad de personas que declararon haber consumido sustancias psicoactivas en diferentes períodos de referencia y su relación con la población total.
- Determinar las características sociodemográficas, socioeconómicas, educativas y del entorno familiar social de la población de 16 a 65 años de edad que consume sustancias psicoactivas.





## DISEÑO METODOLÓGICO

### POBLACIÓN OBJETIVO

Personas entre **16 y 65 años** que habitan en **viviendas particulares** ubicadas en **localidades urbanas** de 5.000 y más habitantes.

### MUESTRA

- El diseño muestral fue **probabilístico multietápico**.
- Se seleccionaron **51.043 viviendas**. Resultaron encuestables 45.828 viviendas. Se obtuvo respuesta en **38.912**.

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

**1 Cuestionario** para 3 unidades de análisis: Viviendas particulares, hogares particulares, personas de entre 16 y 65 años.

### PERIODO DE RELEVAMIENTO

Entre agosto y octubre de 2011.







## ESCALAS

Se utilizaron dos criterios para las escalas:

1. Escala aritmética con valor máximo 100 para valores superiores a 10%.
2. Escala logarítmica para valores inferiores al 10%.





**PREVALENCIAS COMPARADAS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

	Bebida alcohólica	Tabaco	Marihuana	Tranquilizantes	Cocaína	Estimulantes	Éxtasis	Inhalables	Pasta Base
<b>Prevalencia de vida</b>	75,7 17.509.770	52,1 11.910.749	10,7 2.400.616	3,3 732.584	3,1 694.171	0,9 205.326	0,9 124.937	4,4 130.923	0,3 65.706
<b>Prevalencia último año</b>	61,2 14.904.442	32,5 7.316.388	3,2 717.449	1,3 289.606	0,7 153.717	0,1 26.572	0,1 19.014	0,1 27.561	0,0 9.141
<b>Prevalencia último mes</b>	50,6 11.389.101	28,9 6.510.280	1,7 373.544	0,5 120.641	0,3 72.850	0,1 13.281	0,0 4.411	0,0 7.475	0,0 2.789
<b>Edad de inicio (Promedio)</b>	17,6	16,8	19,3	27,6	19,2	20,8	22,6	16,2	22,6
<b>Edad de inicio Desvío estándar</b>	4,3	4,2	5,2	9,9	4,4	5,9	5,9	3,5	8,0
<b>Edad de inicio (Mediana)</b>	17	16	18	26	18	18	22	16	20

**Prevalencia de vida**

Proporción de personas que consumieron la sustancia alguna vez en la vida sobre el total de las personas estudiadas.

**Prevalencia del último año**

Proporción de personas que consumieron la sustancia en los últimos 12 meses sobre el total de las personas estudiadas.

**Prevalencia del último mes**

Proporción de personas que consumieron la sustancia en los últimos 30 días sobre el total de las personas estudiadas.





## DEFINICIÓN DE NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS (NBI)

Los hogares con NBI son aquellos que presentan al menos una de las siguientes condiciones de privación:

### Hacinamiento

Hogares con más de tres personas por cuarto.

### Vivienda

Hogares que habitan una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo, lo que excluye casa, departamento y rancho).

### Condiciones sanitarias

Hogares que no tienen retrete.

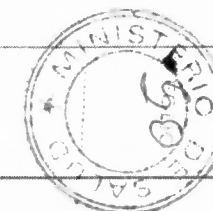
### Asistencia escolar

Hogares que tienen al menos un niño en edad escolar que no asiste a la escuela.

### Capacidad de subsistencia

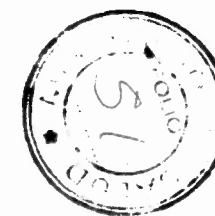
Hogares que tienen cuatro o más personas por miembro ocupado, cuyo jefe no hubiese completado el tercer grado de escolaridad primaria. No fue construida porque no se relevó la información necesaria.

A modo de indicador resumen, se tomó el **NBI total**, que da cuenta de la cantidad de indicadores de NBI que tiene cada hogar.

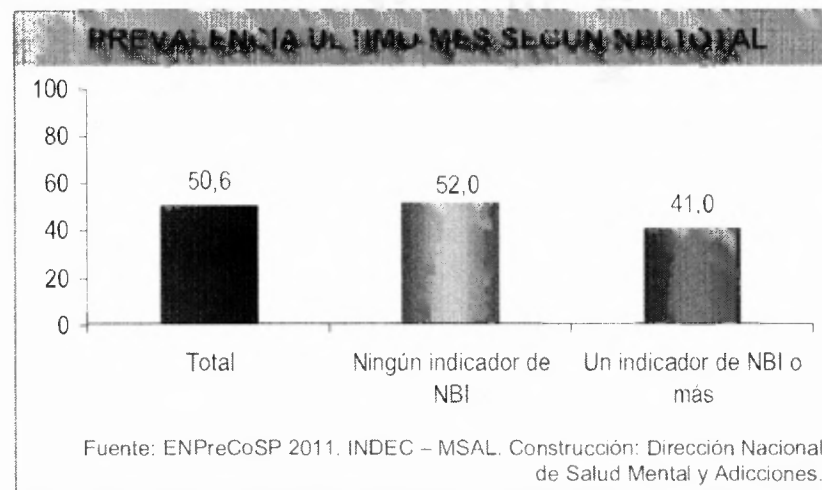
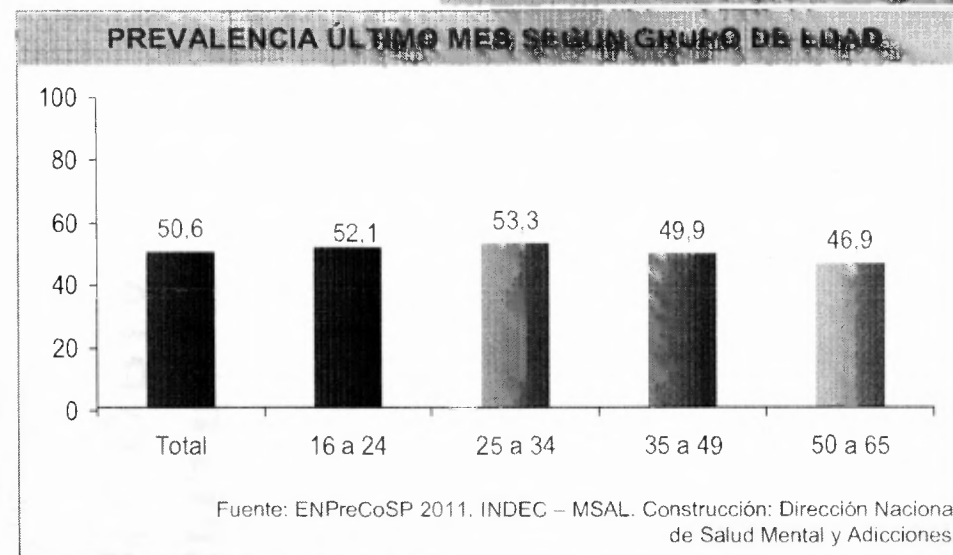
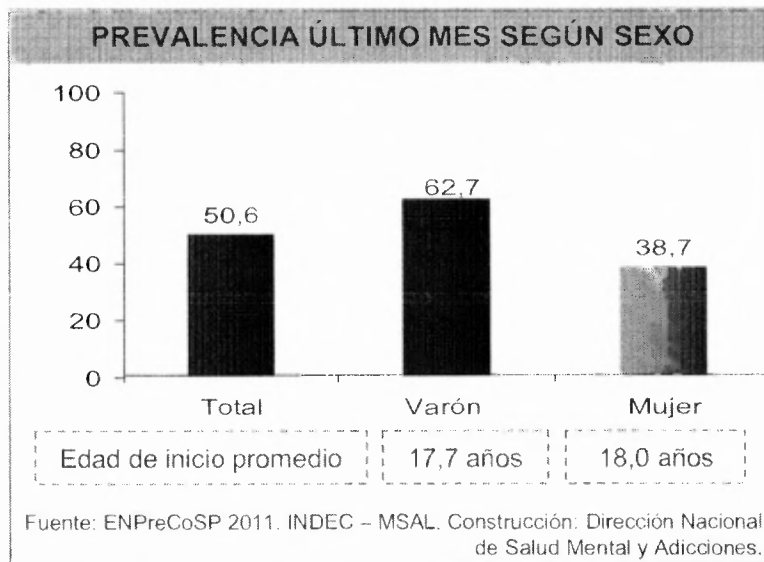




# CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS



**BEBIDAS ALCOHÓLICAS**



**Del total de personas estudiadas**

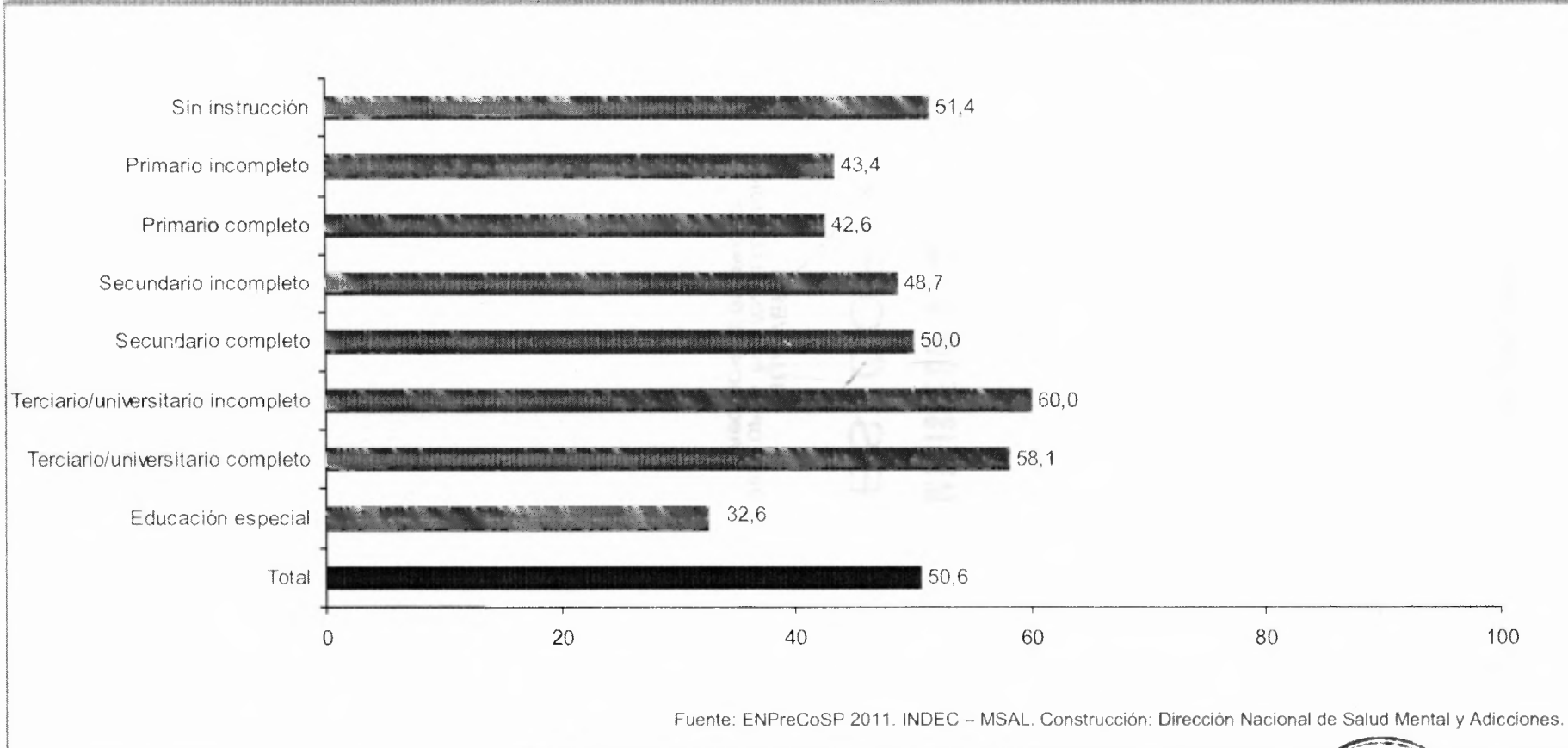


Dirección Nacional de SALUD MENTAL Y ADICCIONES



BEBIDAS ALCOHÓLICAS

PREVALENCIA ÚLTIMO MES SEGUN NIVEL DE INSTRUCCIÓN

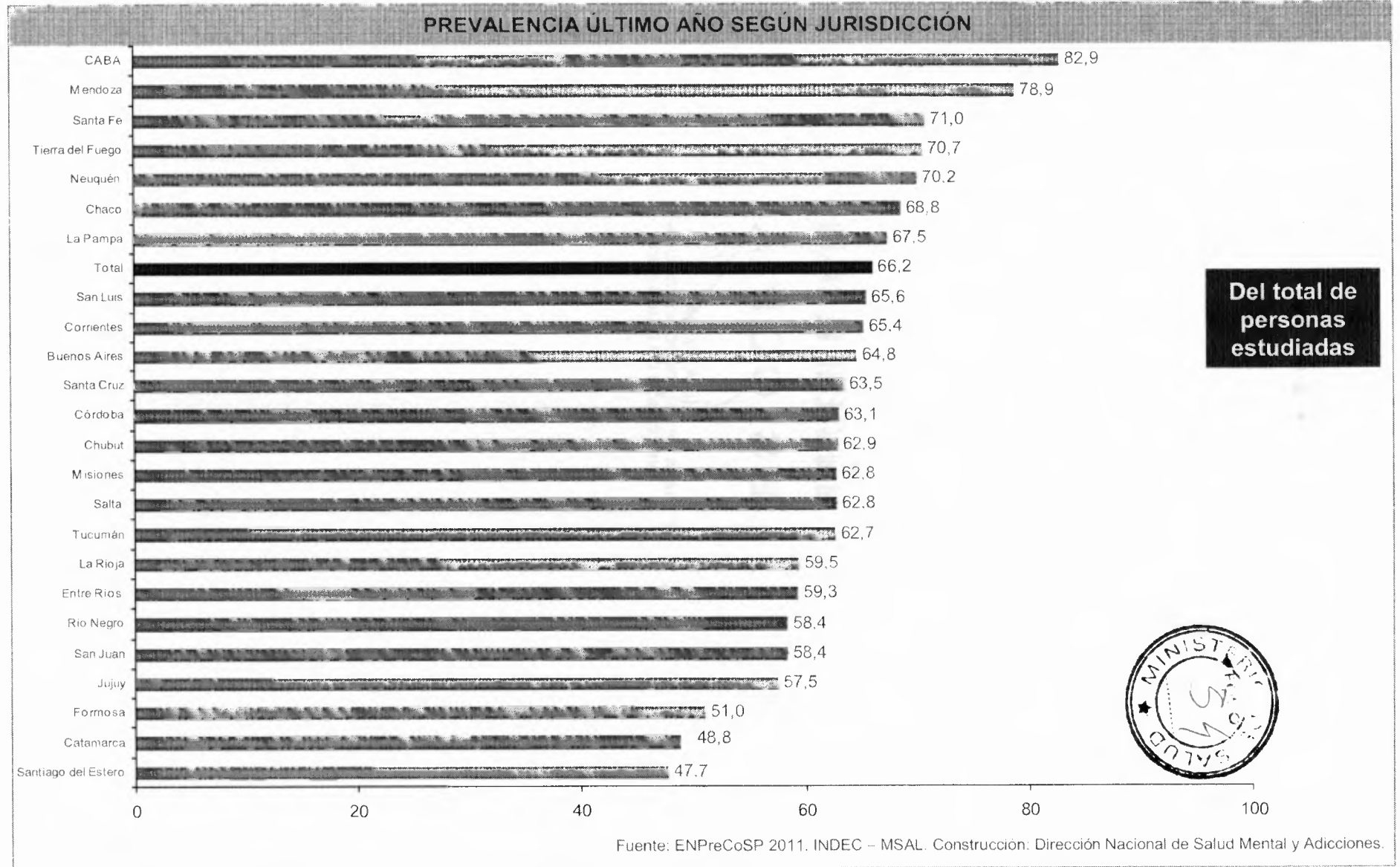


Del total de personas  
estudiadas





**BEBIDAS ALCOHÓLICAS**

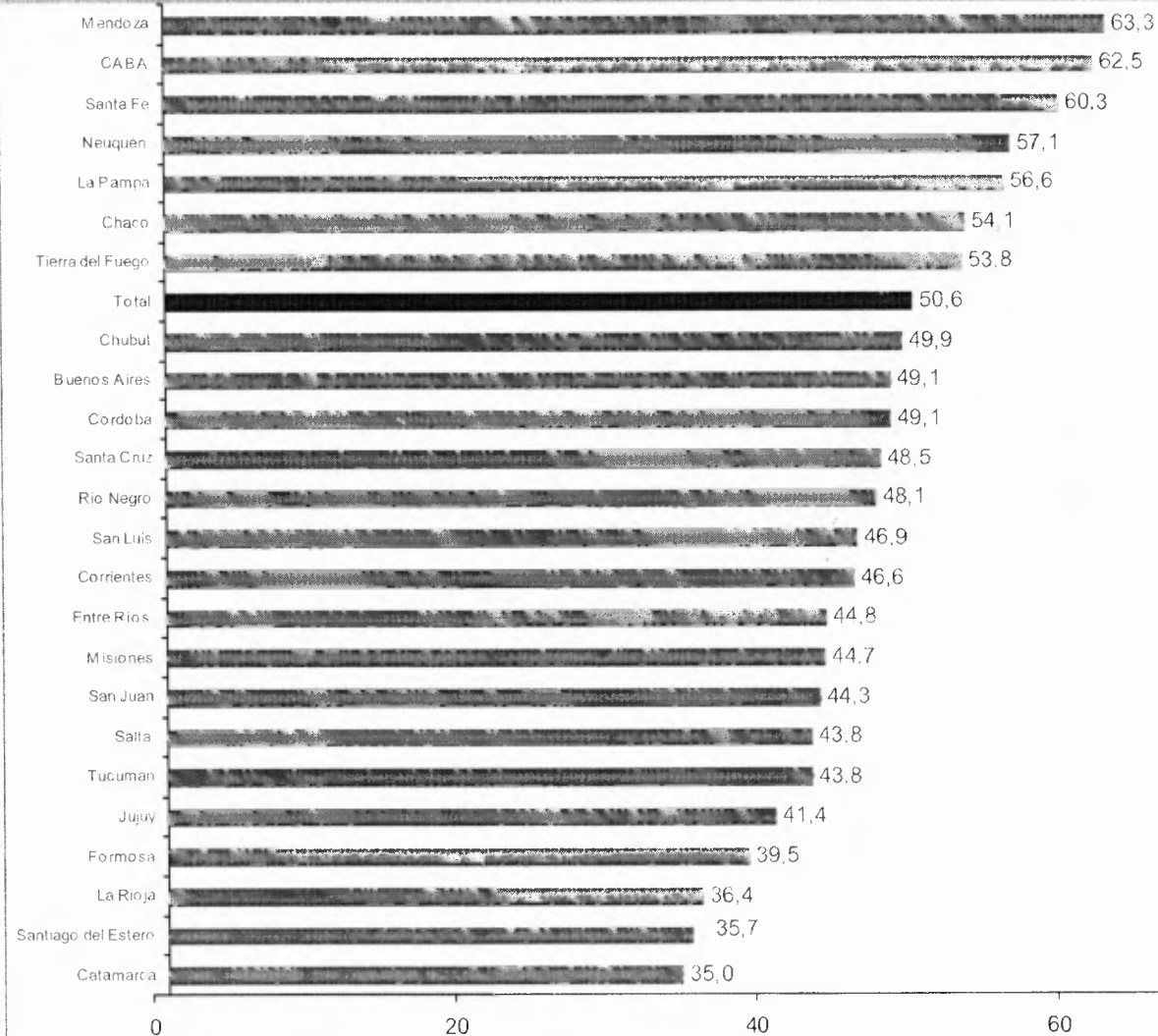




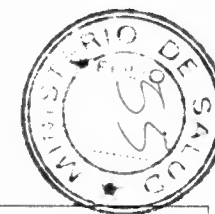


**BEBIDAS ALCOHÓLICAS**

**PREVALENCIA ÚLTIMO MES SEGÚN JURISDICCIÓN**



**Del total de  
personas  
estudiadas**

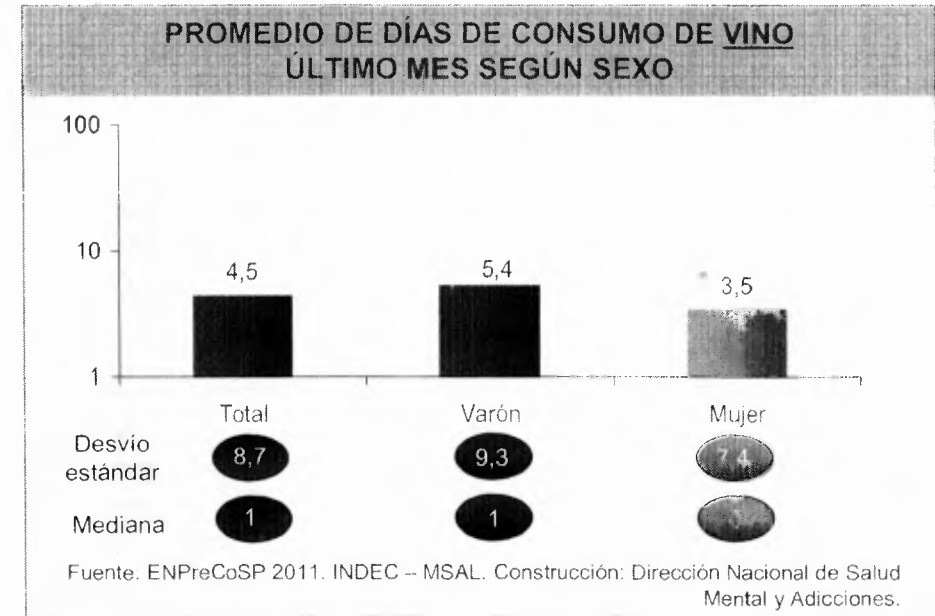
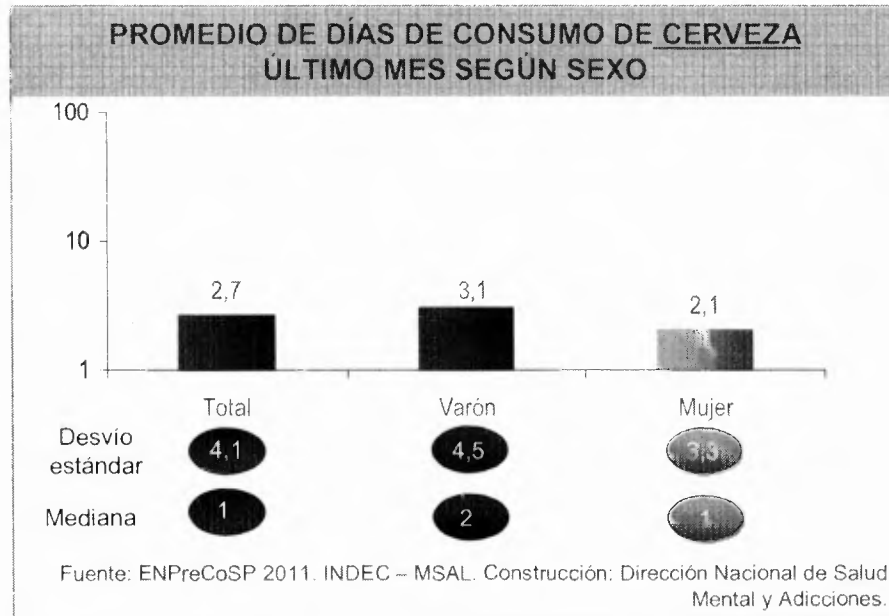






## FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

Del total de personas que consumieron bebidas alcohólicas durante el último mes



**Bebidas fuertes:**  
Licorosos, whisky, vodka, gin o similares

### PROMEDIO DE DÍAS DE CONSUMO DE BEBIDAS FUERTES ÚLTIMO MES SEGÚN SEXO

	Total	Varón	Mujer
Promedio	0,5	0,5	0,4
Desvío estándar	1,7	1,8	1,7
Mediana	0	0	0

Fuente: ENPreCoSP 2011. INDEC – MSAL. Construcción: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

### DEMANDA DE SERVICIOS

De las personas que afirmaron consumir bebidas alcohólicas en el último mes, el 7,1% buscó asistencia en Alcohólicos Anónimos y el 2,5% en Centros de Alcoholismo.

Fuente: ENPreCoSP 2011. INDEC – MSAL. Construcción: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.



## ABUSO Y CONSUMO EPISÓDICO EXCESIVO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

TIPO DE CONSUMO	Cantidad	Porcentaje
Abuso de bebidas alcohólicas entre semana	289.973	2,5
Abuso de bebidas alcohólicas en fin de semana	2.122.111	18,6
Abuso total combinado de bebidas alcohólicas	2.171.355	19,1
Consumo episódico excesivo de bebidas alcohólicas entre semana	409.590	3,6
Consumo episódico excesivo de bebidas alcohólicas en fin de semana	2.951.368	25,9
Consumo episódico excesivo de total combinado de bebidas alcohólicas	3.005.317	26,4

Fuente: ENPreCoSP 2011. INDEC – MSAL. Construcción: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

Ambos indicadores apuntan a caracterizar el consumo excesivo de alcohol y están definidos por diferentes cantidades de tragos de bebida alcohólica; el consumo excesivo está definido por el consumo de una cantidad de tragos única (cinco), mientras que el abuso considera pesos diferenciales según el tipo de bebida: 8 tragos para cerveza, 5 tragos para vino y 3 tragos para bebida fuerte.

### Abuso de bebidas alcohólicas total combinado

Consumo de 8 o más tragos de cerveza y/o 5 tragos de vino y/o 3 tragos bebidas fuertes al menos una vez en los últimos 30 días, ya sea entre semana o en el fin de semana.

### Consumo episódico excesivo de bebidas alcohólicas

Consumo de 5 o más tragos de cerveza, vino o bebidas fuertes, al menos una vez en los últimos 30 días, pudiendo este consumo haberse producido entre semana o en el fin de semana.



## ABUSO Y CONSUMO EPISÓDICO EXCESIVO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

		Total	Entre semana	Fin de semana
<b>ABUSO TOTAL COMBINADO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS</b>	Total	19,1	2,5	18,6
	Varón	25,2	3,6	24,7
	Mujer	9,9	0,8	9,1
<b>CONSUMO EPISÓDICO EXCESIVO DE TOTAL COMBINADO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS</b>	Total	26,4	3,6	25,9
	Varón	34,5	4,9	33,9
	Mujer	13,5	1,5	13,2

Fuente: ENPreCoSP 2011. INDEC – MSAL. Construcción: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

**Del total de personas que consumieron bebidas alcohólicas en los últimos 30 días.**

### IMPACTO POR CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

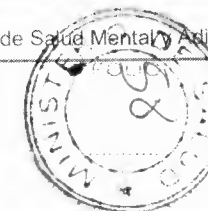
#### Accidentes relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas

Accidente laboral: 0,1%

Accidente de tránsito: 0,6%

Del total de personas que consumieron bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses

Fuente: ENPreCoSP 2011. INDEC – MSAL. Construcción: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.





**ABUSO Y CONSUMO EPISÓDICO EXCESIVO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS**

		Cerveza	Vino	Bebidas fuertes
<b>ABUSO TOTAL COMBINADO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS</b>	Total	6,2	9,1	2,8
	Varón	8,7	12,3	3,2
	Mujer	2,1	4,0	2,1
<b>CONSUMO EPISÓDICO EXCESIVO DE TOTAL COMBINADO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS</b>	Total	13,8	9,1	2,0
	Varón	18,7	12,3	2,3
	Mujer	6,0	4,0	1,6

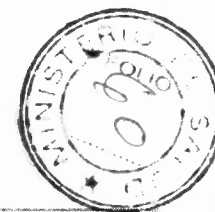
Fuente: ENPreCoSP 2011. INDEC – MSAL. Construcción: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

**Del total de personas que consumieron bebidas alcohólicas en los últimos 30 días.**



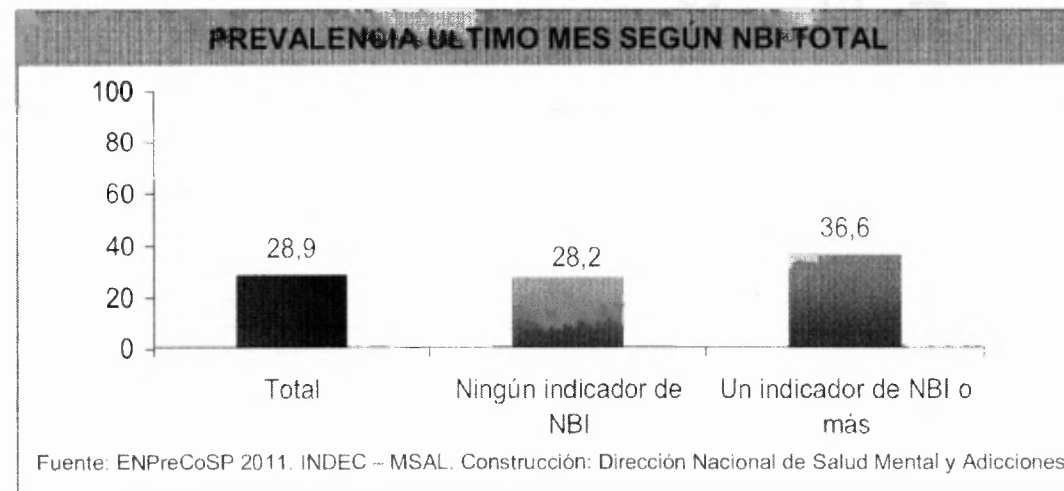
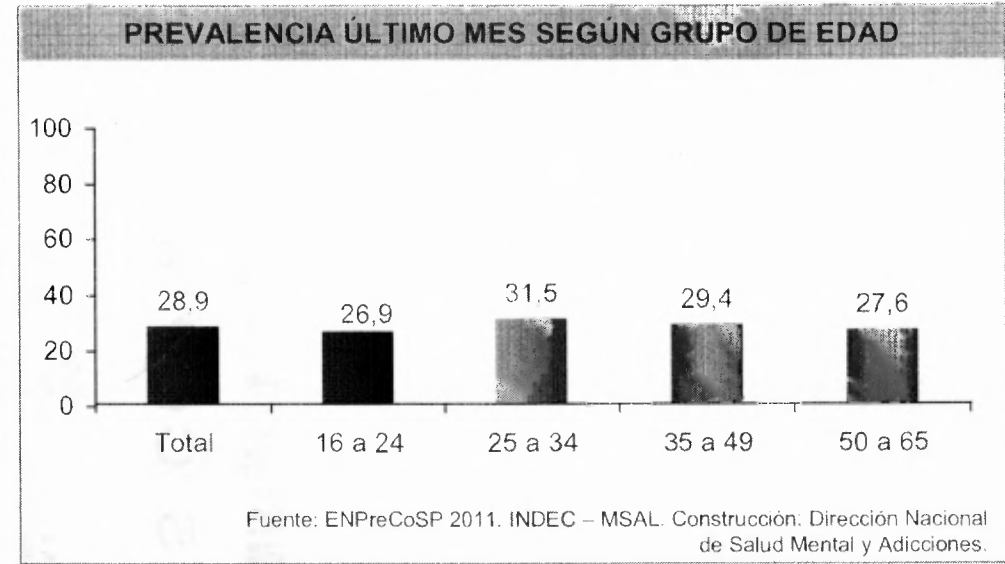
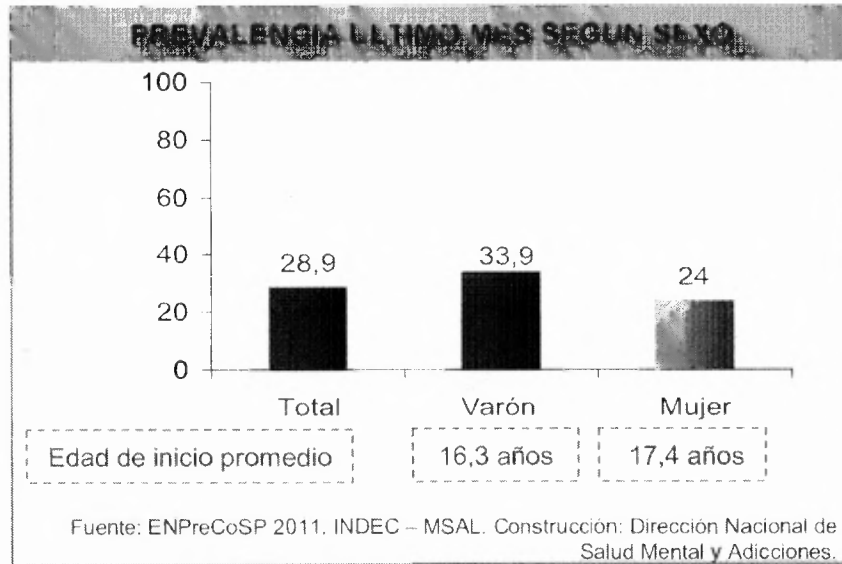


# CONSUMO DE TABACO

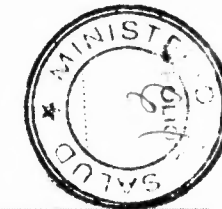




**TABACO**

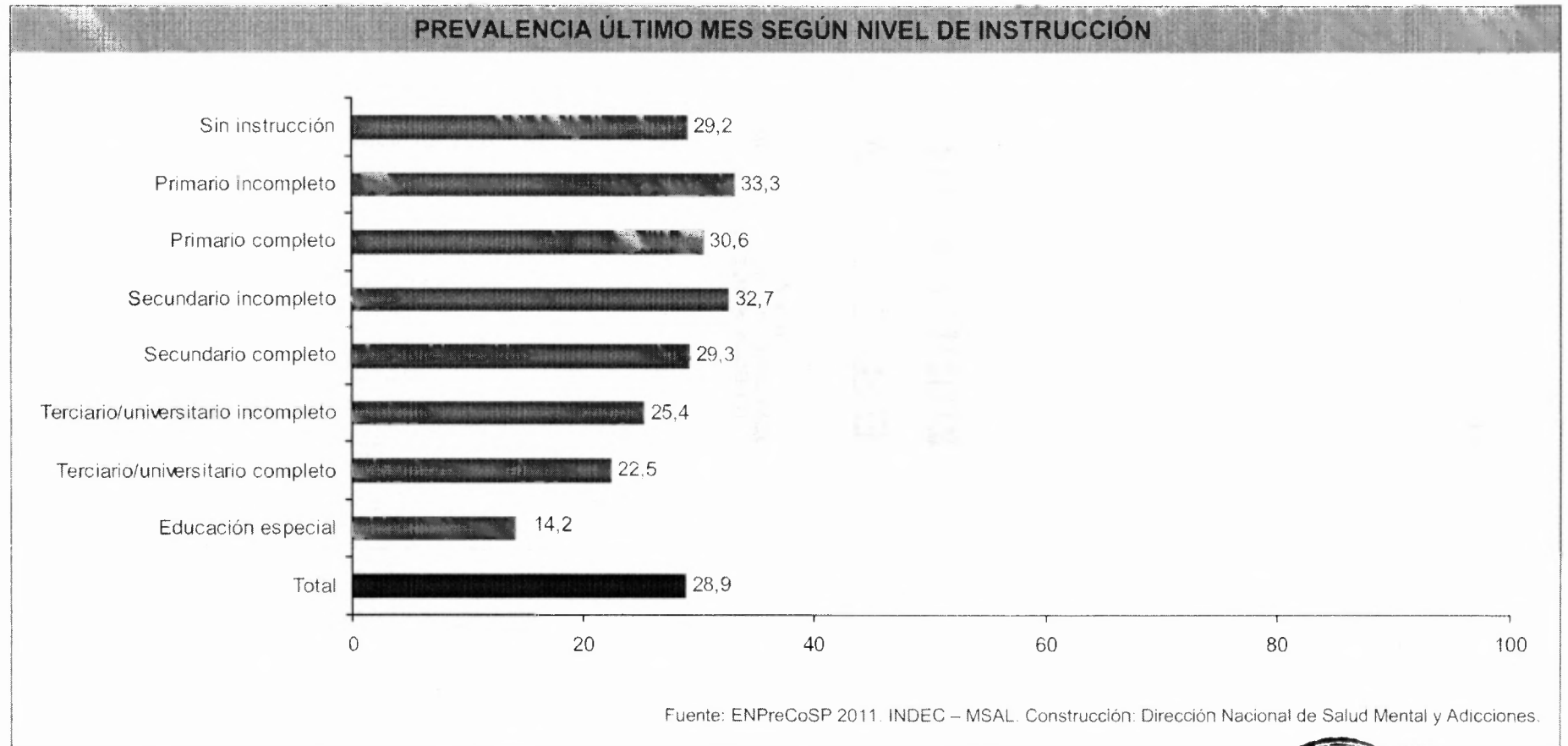


**Del total de personas estudiadas**





**TABACO**

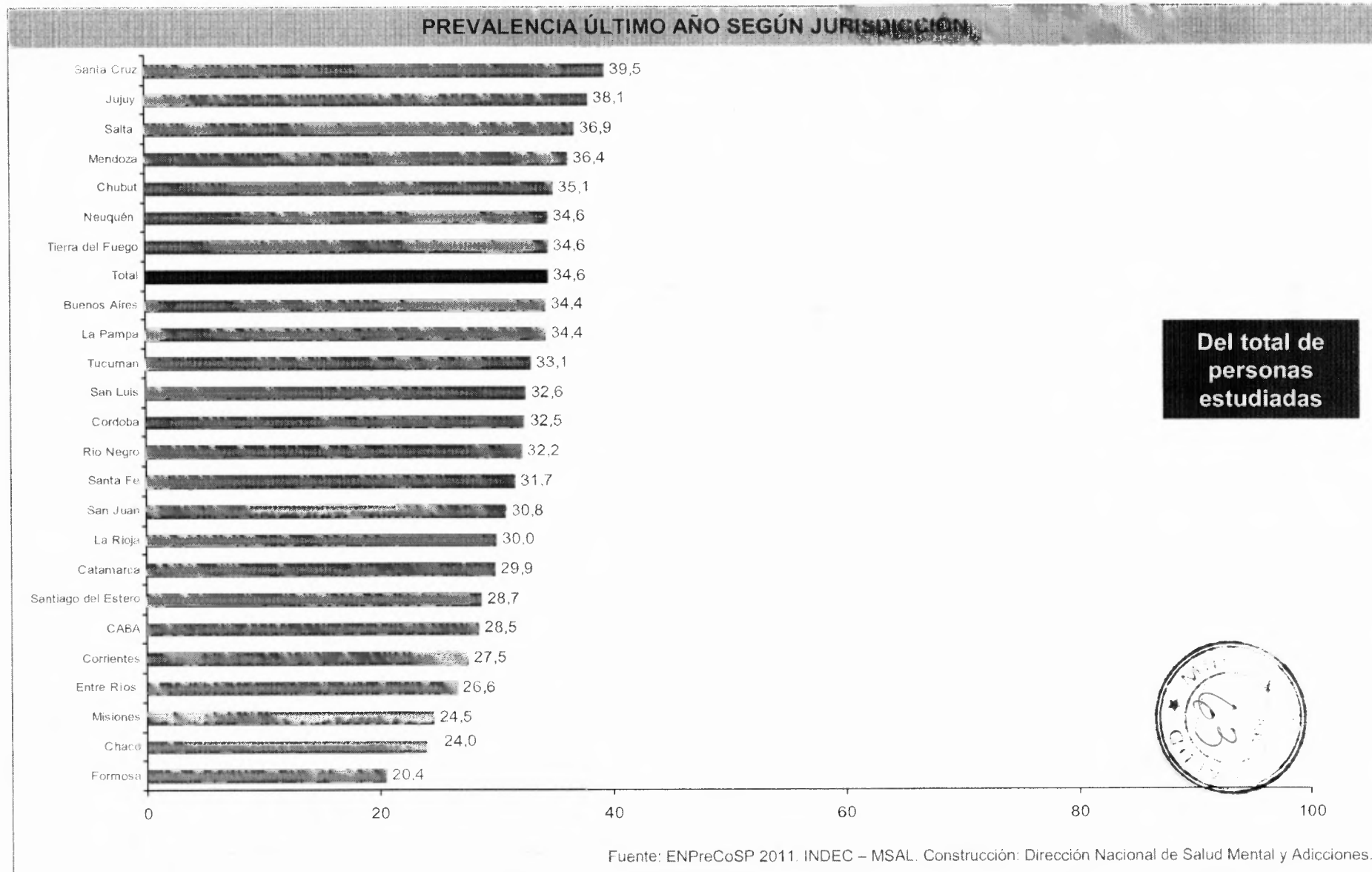


**Del total de personas estudiadas**





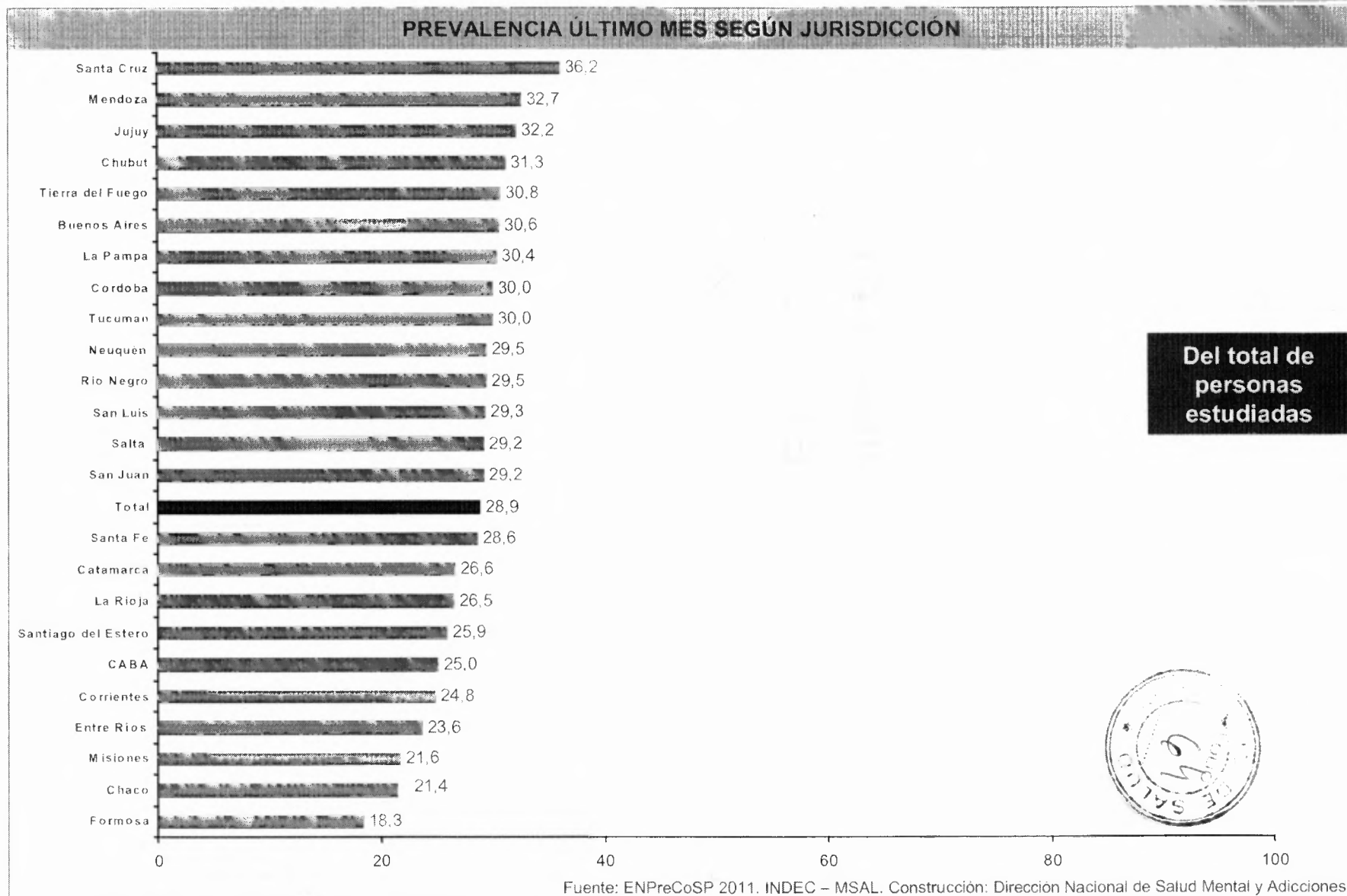
TABACO





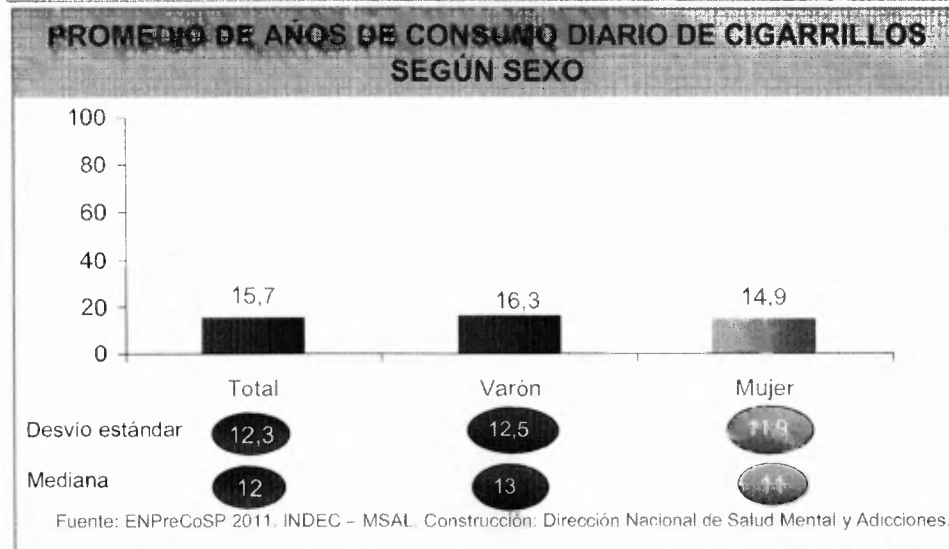
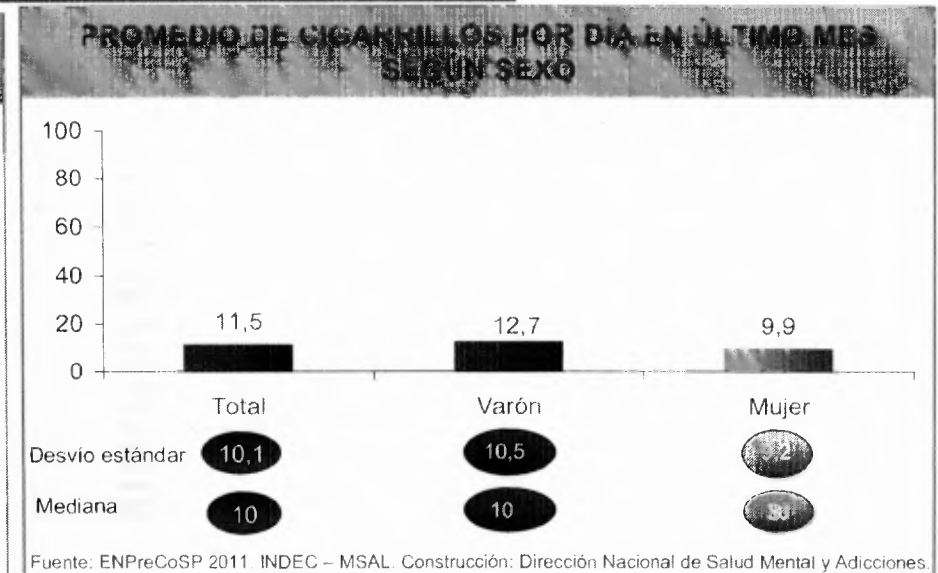
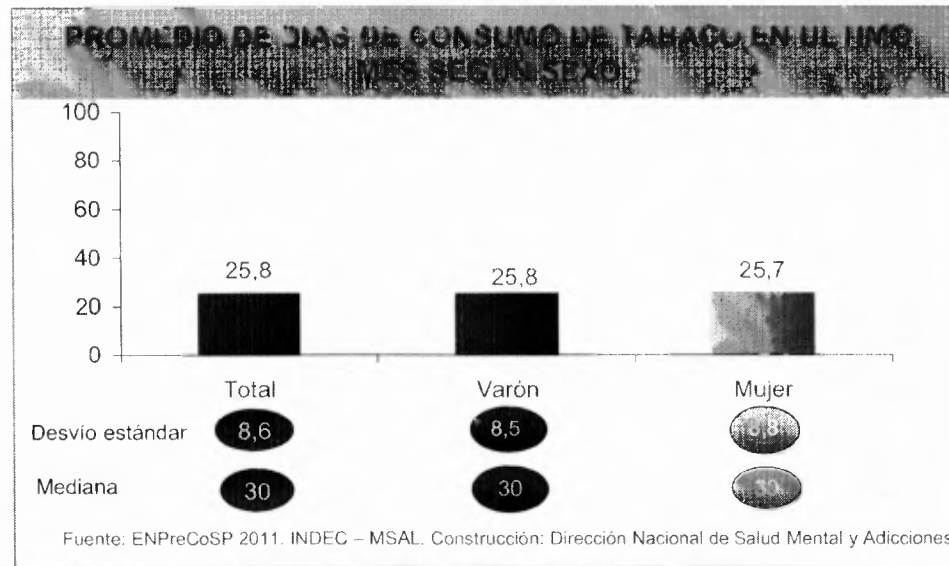


TABACO



FRECUENCIA DE CONSUMO DE TABACO

Del total de personas que consumieron tabaco durante el último mes

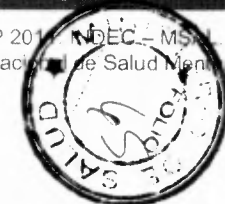


Del total de personas que consumieron tabaco alguna vez en la vida

DEMANDA DE SERVICIOS

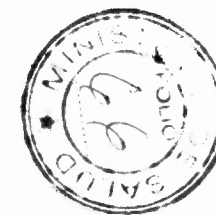
Del total de personas que consumieron tabaco alguna vez en la vida, el 16,7% buscó asistencia en grupos de autoayuda para problemas de tabaquismo.

Fuente: ENPreCoSP 2011. INDEC - MSAL. Construcción: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.



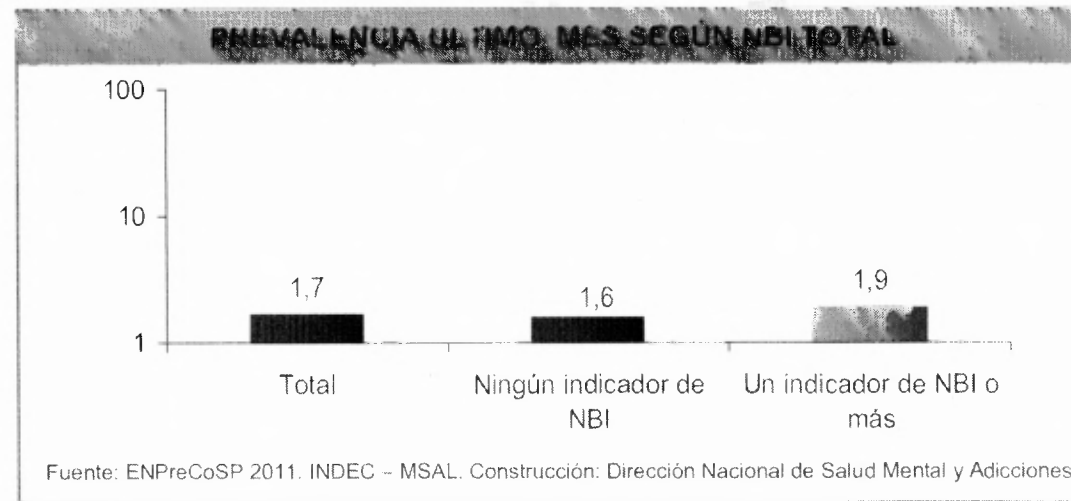
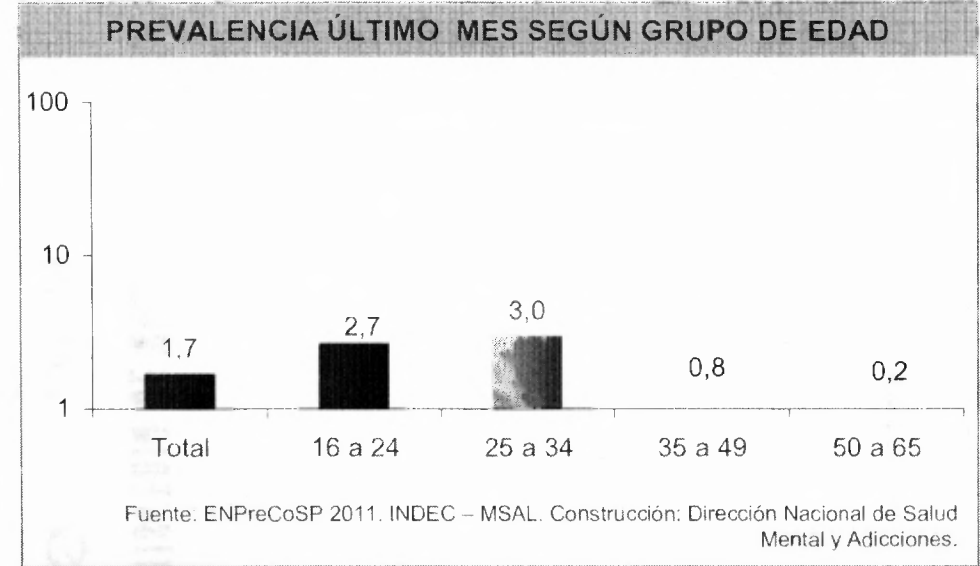
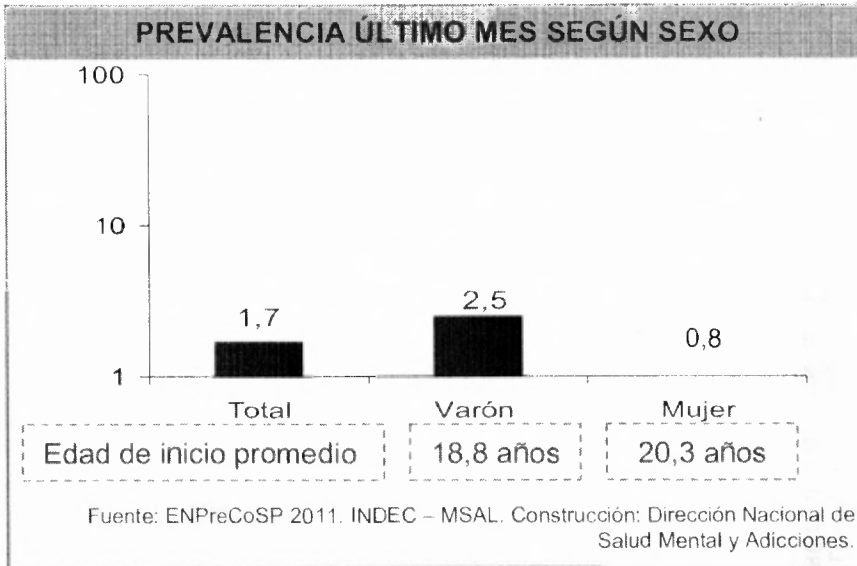


# CONSUMO DE MARIHUANA

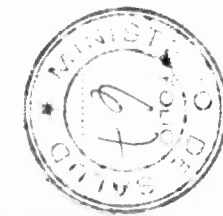




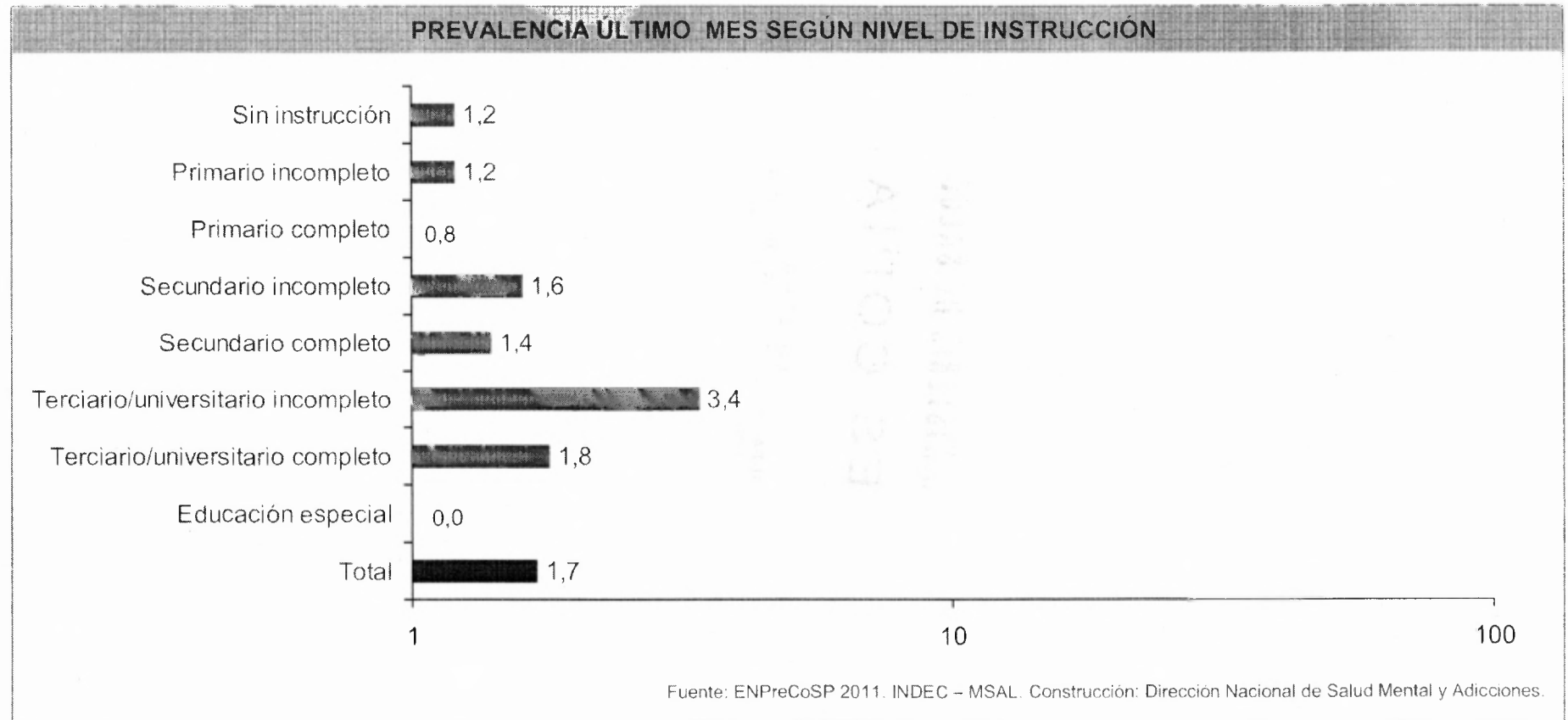
**MARIHUANA**



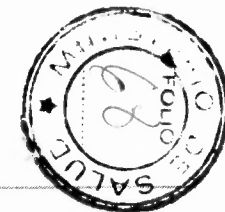
**Del total de  
personas  
estudiadas**



MARIHUANA



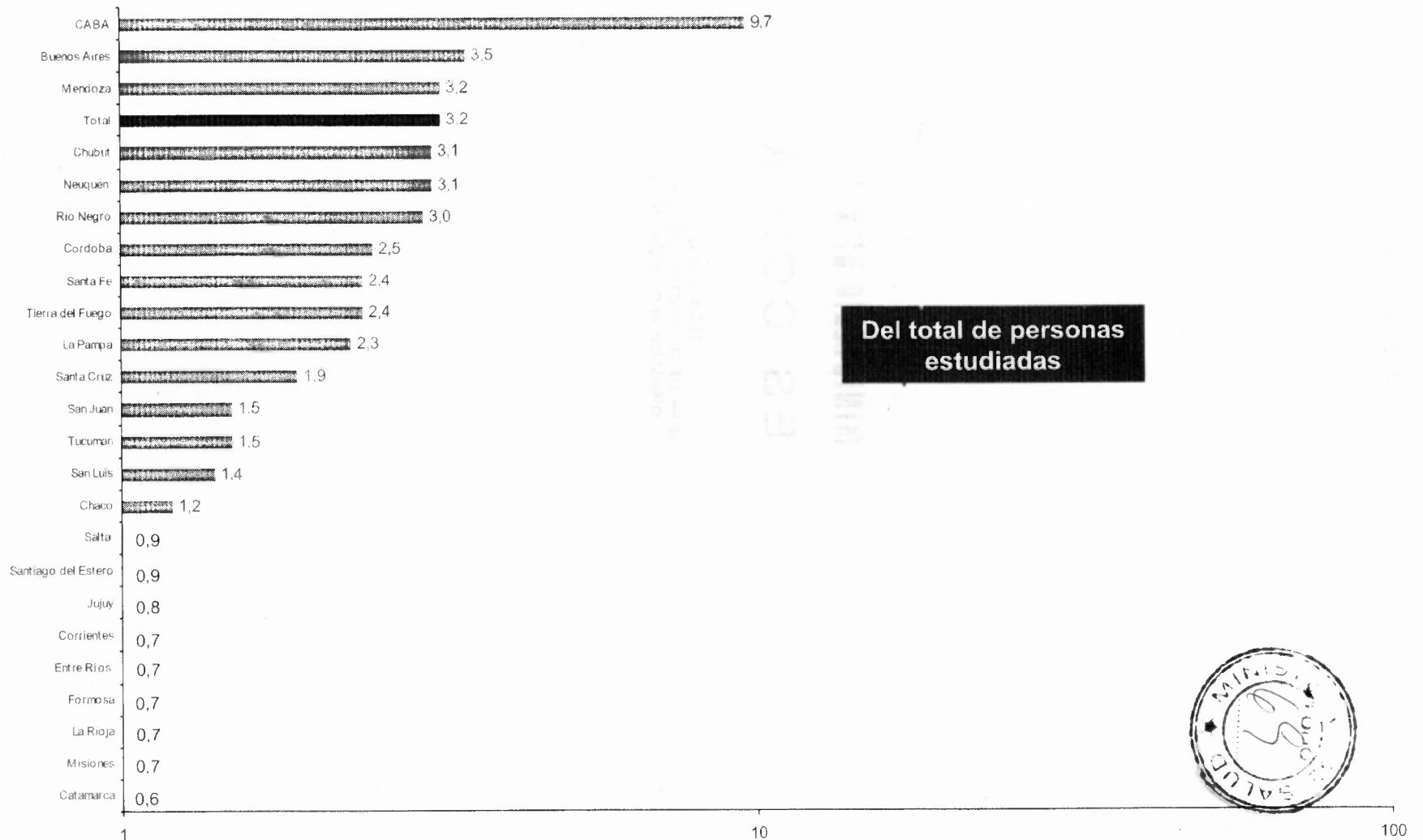
Del total de personas  
estudiadas



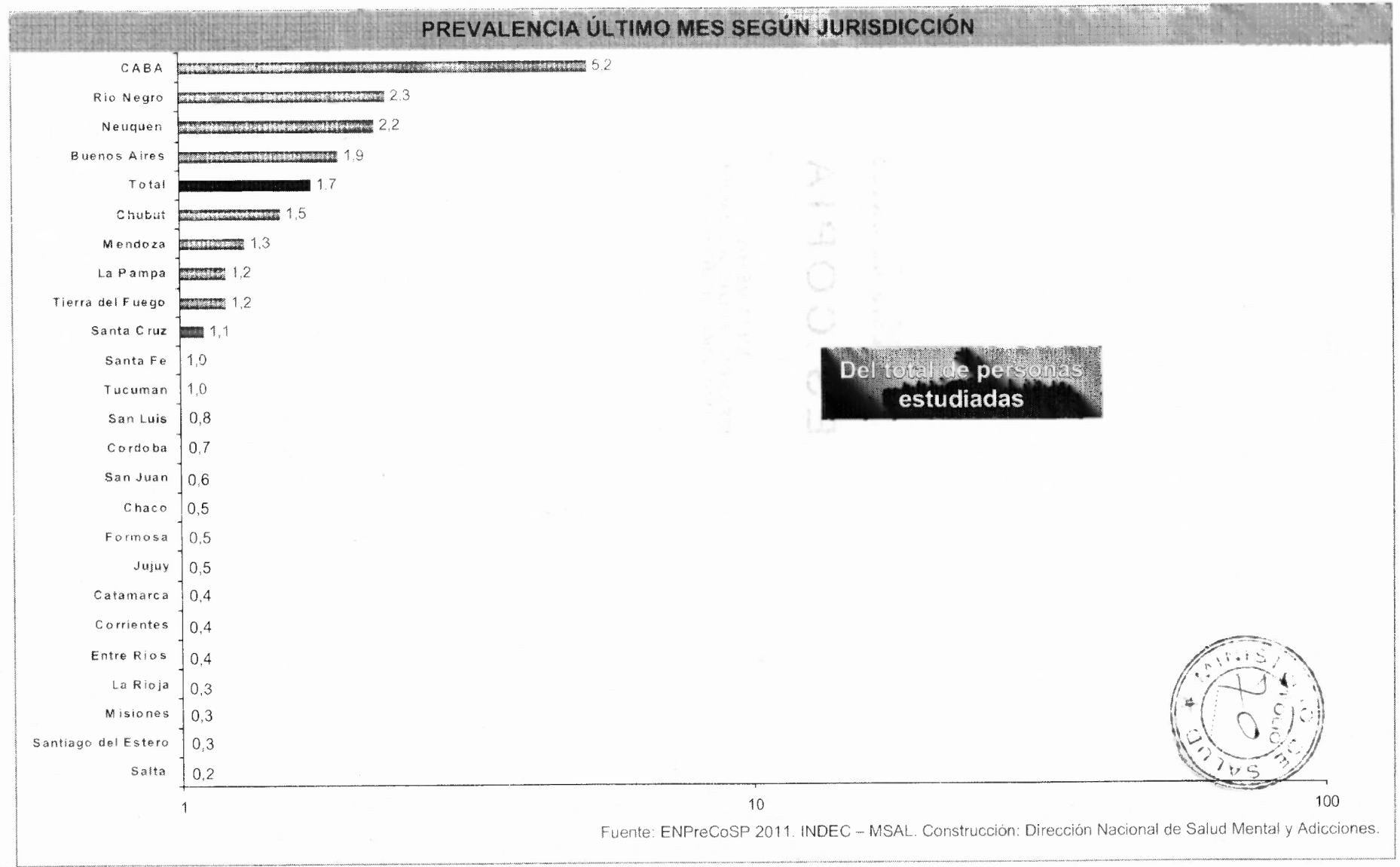


MARIJUANA

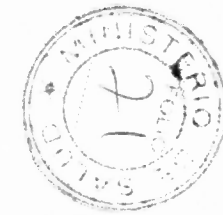
PREVALENCIA ÚLTIMO AÑO SEGÚN JURISDICCIÓN



**MARIJUANA**



# CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS







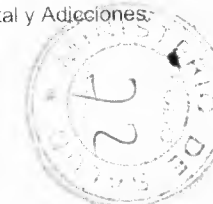
**CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS**

**PREVALENCIA DE VIDA, ÚLTIMO AÑO Y ÚLTIMO MES DE LAS OTRAS SUSTANCIAS**

Sustancia	Prevalencia de vida	Prevalencia último año	Prevalencia de último mes
Tranquilizantes	3,25%	1,29%	0,54%
Cocaína	3,08%	0,68%	0,32%
Medicamentos para adelgazar	1,88%	0,38%	0,17%
Alucinógenos	0,85%	0,14%	0,04%
Inhalables	0,58%	0,12%	0,03%
Estimulantes	0,91%	0,12%	0,06%
Éxtasis	0,87%	0,08%	0,02%
Opiáceos y anestésicos	0,47%	0,06%	0,03%
Pasta base	0,29%	0,04%	0,01%
Crack	0,08%	0,91%	0,01%

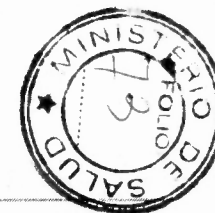
Fuente: ENPreCoSP 2011. INDEC – MSAL. Construcción: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

**Del total de personas  
estudiadas**



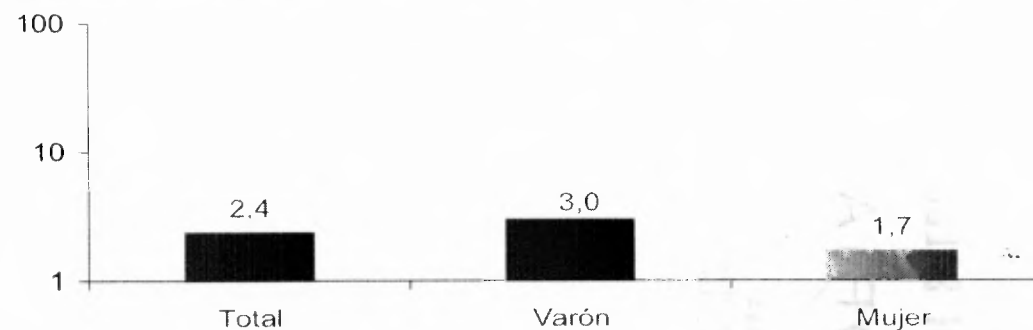


# DEMANDA DE TRATAMIENTO



## DEMANDA DE TRATAMIENTO

### BUSCÓ AYUDA PROFESIONAL PARA DISMINUIR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS SEGÚN SEXO

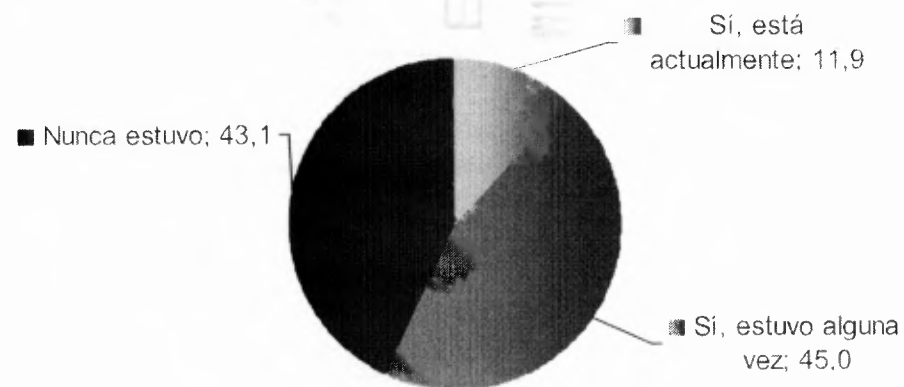


Fuente: ENPreCoSP 2011. INDEC - MSAL. Construcción: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

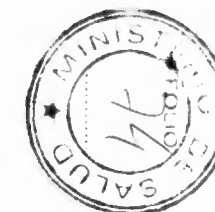
Del total de personas estudiadas

Del total de personas que buscaron ayuda profesional para disminuir el consumo de sustancias psicoactivas

### ESTA O ESTUVO EN TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

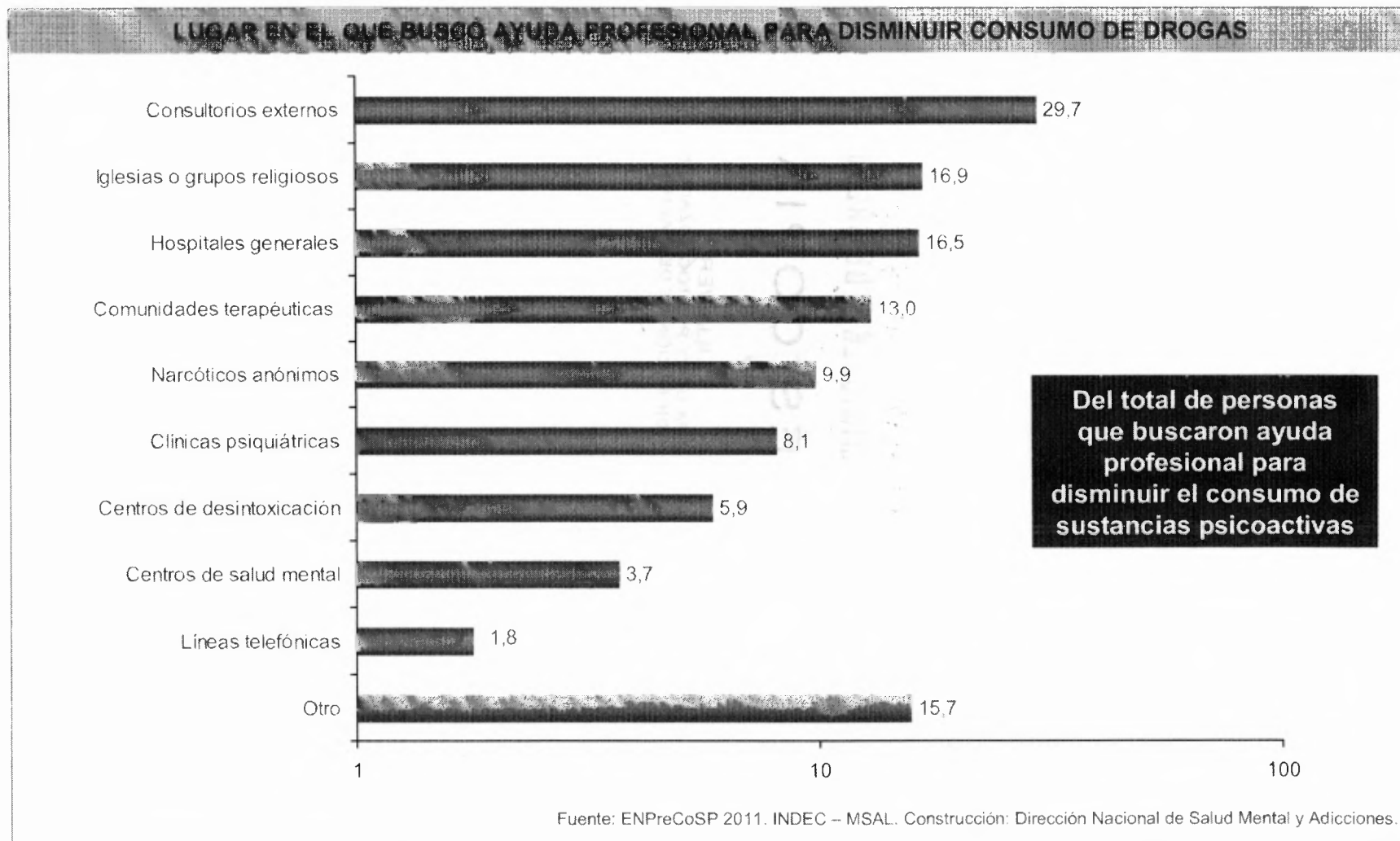


Fuente: ENPreCoSP 2011. INDEC - MSAL. Construcción: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.





DEMANDA DE TRATAMIENTO





## Contacto

**Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones**

**E-mail: [saludmental@msal.gov.ar](mailto:saludmental@msal.gov.ar)**

**Equipo de Epidemiología en Salud Mental y Adicciones**

**E-mail: [vigepimental@msal.gov.ar](mailto:vigepimental@msal.gov.ar)**

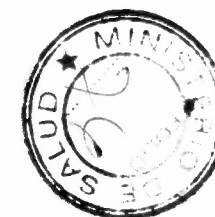
**Teléfono: (011) 4379-9162 int. 4780/1**

**Instituto Nacional de Estadística y Censos**

**<http://www.indec.gov.ar/>**

**E-mail: [ces@indec.mecon.gov.ar](mailto:ces@indec.mecon.gov.ar)**

**Teléfono: (011) 4349-9654**



Dirección Nacional de  
SALUD MENTAL  
Y ADICCIONES

Ministerio de Salud de la Nación  
Secretaría de Determinantes de la Salud  
y Relaciones Sanitarias  
Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones  
Sistema de Vigilancia Epidemiológica  
en Salud Mental y Adicciones

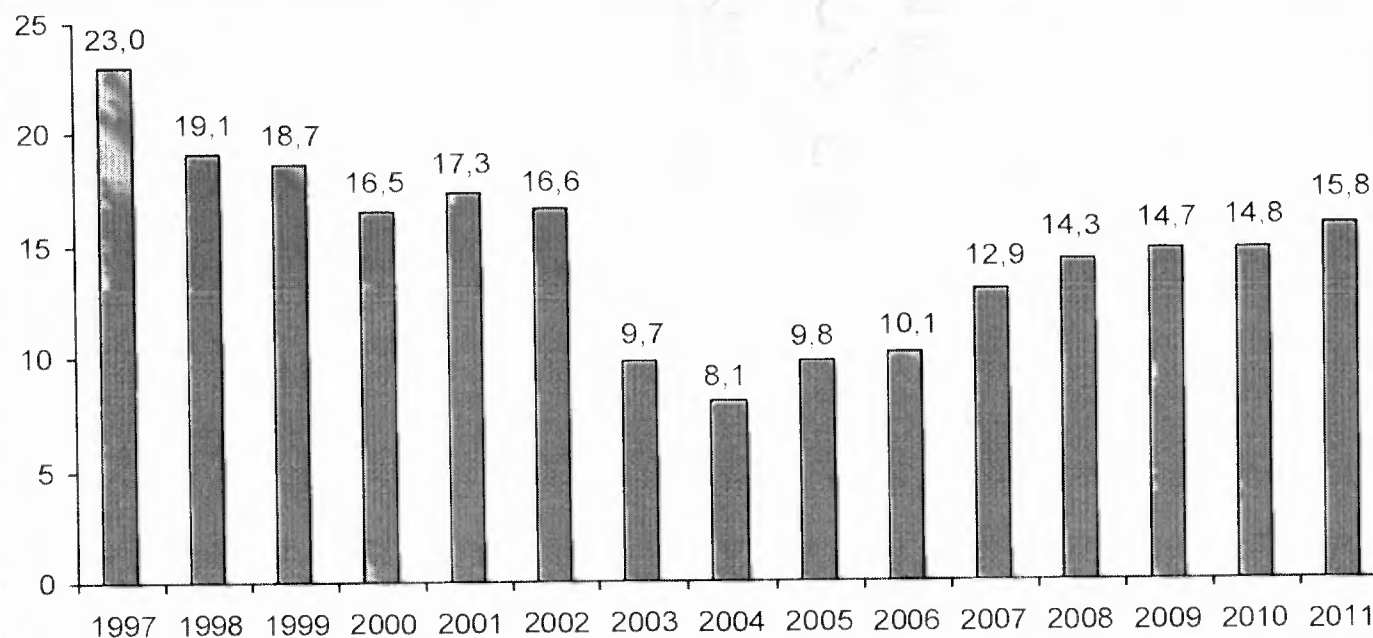
**Mortalidad por suicidio en Argentina (1997 -2011)**





Los datos presentados se construyeron con base en los registros de defunciones por causas externas consolidados por la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación. Es importante señalar que hay muertes por causas externas cuya intencionalidad no está consignada en dichos registros.

**PORCENTAJE DE MUERTES POR CAUSAS EXTERNAS CUYA INTENCIONALIDAD NO ESTÁ DETERMINADA. ARGENTINA. PERÍODO 1997 - 2011**



Fuente: DEIS. Construcción: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación





Información  
Año 2011

2127



## TASA DE SUICIDIO (TMB x 100.000 habitantes) SEGÚN JURISDICCIÓN. ARGENTINA. AÑO 2011

TOTAL PAÍS			7,3		
JURISDICCIÓN	REGIÓN	TASA DE SUICIDIO (x 100.000 habitantes)	JURISDICCIÓN	REGIÓN	TASA DE SUICIDIO (x 100.000 habitantes)
Chubut	PATAGONIA	14,9	Misiones	NEA	7,6
Entre Ríos	CENTRO	13,4	Mendoza	CUYO	7,2
Formosa	NEA	12,8	San Juan	CUYO	7,2
Salta	NOA	12,6	Santa Fe	CENTRO	7,1
Santa Cruz	PATAGONIA	11,8	Chaco	NEA	7,0
Jujuy	NOA	11,6	Buenos Aires	CENTRO	7,0
La Pampa	PATAGONIA	11,6	Tierra del Fuego	PATAGONIA	6,5
Catamarca	NOA	10,9	Santiago del Estero	NOA	6,4
Rio Negro	PATAGONIA	10,2	La Rioja	NOA	6,3
Neuquén	PATAGONIA	10,1	Corrientes	NEA	5,9
Tucumán	NOA	9,0	Córdoba	CENTRO	4,4
San Luis	CUYO	8,1	CABA	CENTRO	0,8

Fuente: DEIS - INECC. Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Construcción: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación



**TASA DE MORTALIDAD GENERAL POR CAUSAS EXTERNAS y SUICIDIO (TMB x 100.000 habitantes). ARGENTINA. AÑO 2011**

<b>MORTALIDAD GENERAL</b>	780,1
<b>CAUSAS EXTERNAS</b>	48,5
<b>SUICIDIO</b>	7,3

Fuente: DEIS – INDEC: Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Construcción: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación.

Fuente: DEIS – INDEC: Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Construcción: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación.

**TASA DE SUICIDIO (x 100.000 habitantes) SEGÚN GRUPO ETÁREO Y SEXO. ARGENTINA. AÑO 2011**

	Total	Varones	Mujeres
<b>TOTAL PAÍS</b>	7,3	11,9	2,9
<b>0 a 4</b>	0,0	0,0	0,0
<b>5 a 9</b>	0,0	0,1	0,0
<b>10 a 14</b>	1,8	1,7	1,9
<b>15 a 19</b>	12,3	17,4	6,9
<b>20 a 24</b>	13,7	23,4	3,5
<b>25 a 29</b>	11,3	19,2	3,3
<b>30 a 34</b>	7,8	12,6	3,1
<b>35 a 39</b>	7,4	11,6	3,2
<b>40 a 44</b>	6,7	10,6	2,8
<b>45 a 49</b>	6,7	9,4	4,1
<b>50 a 54</b>	7,1	11,6	3,0
<b>55 a 59</b>	8,4	13,3	3,9
<b>60 a 64</b>	7,6	13,4	2,6
<b>65 a 69</b>	9,6	18,0	2,6
<b>70 a 74</b>	8,7	17,9	1,9
<b>75 a 79</b>	11,2	25,1	2,1
<b>80 Y MAS</b>	12,2	31,5	2,9





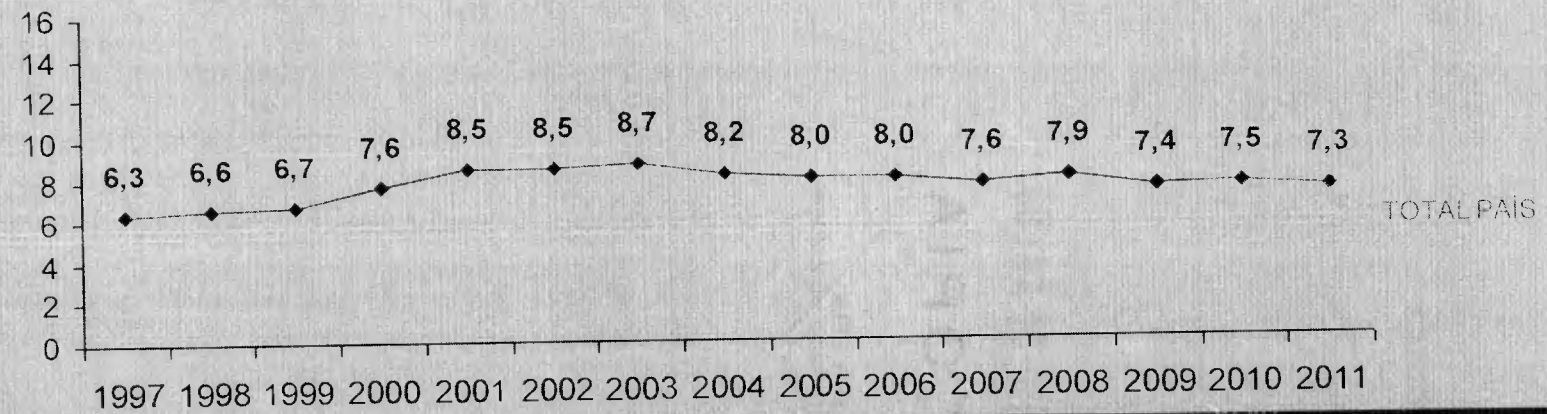
Período 1997 - 2011

Información

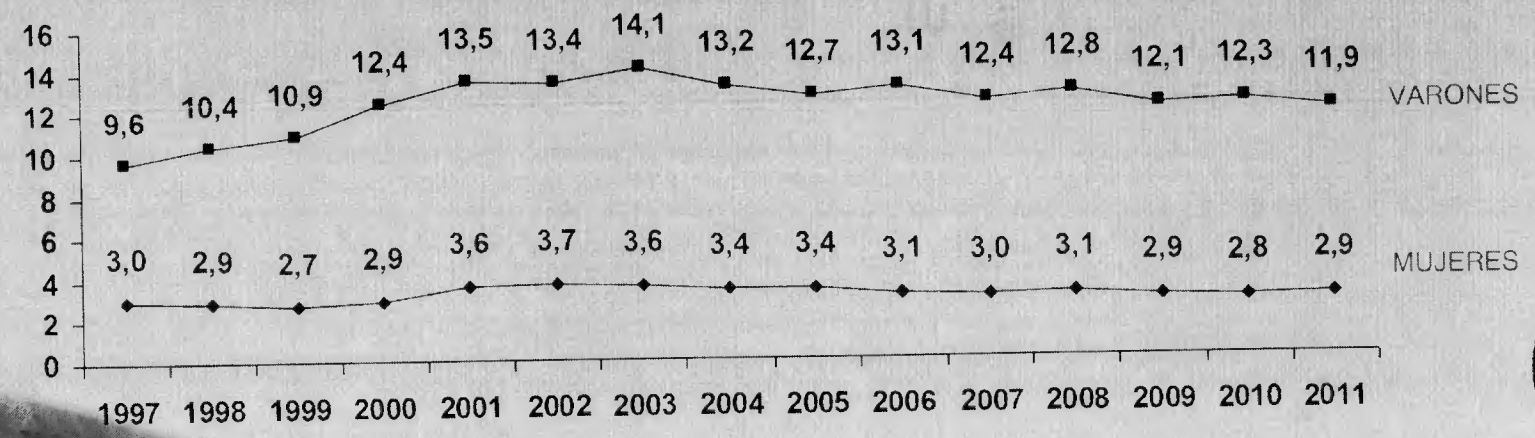
2122



**TASA DE SUICIDIO (TMB x 100.000 habitantes). ARGENTINA. PERÍODO 1997 - 2011**



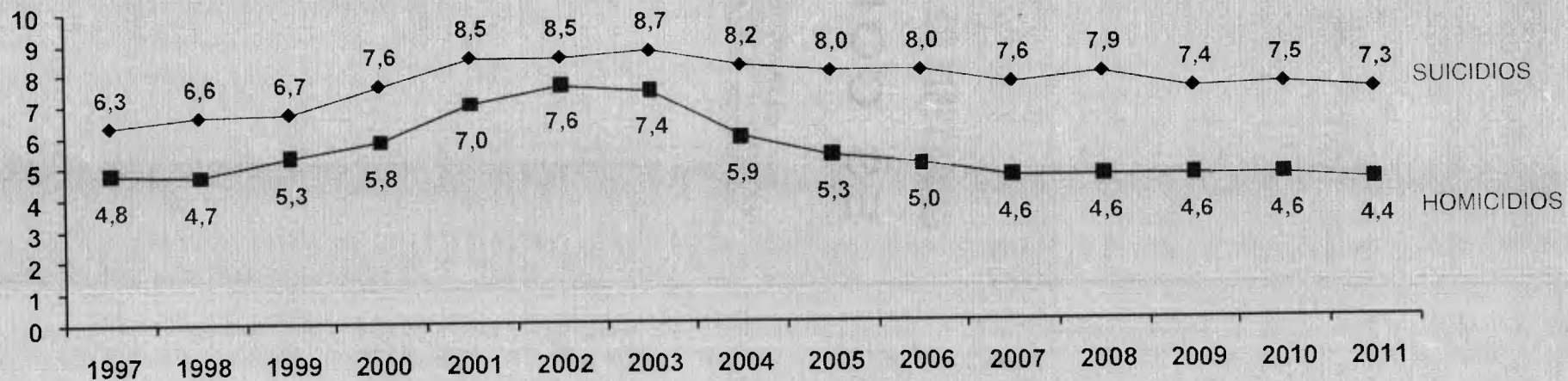
**TASA DE SUICIDIO (x 100.000 habitantes) SEGÚN SEXO. ARGENTINA. PERÍODO 1997 - 2011**



Fuente: Encuestas de Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Construcción: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación



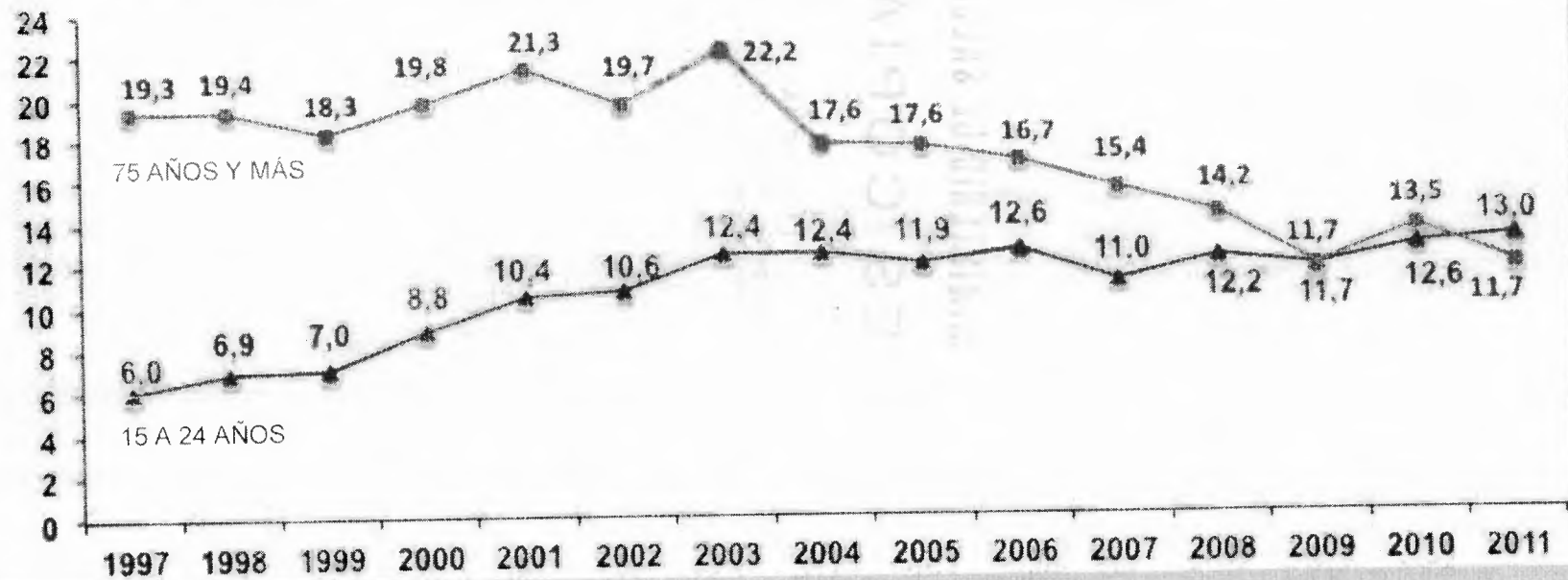
TASAS DE MORTALIDAD POR SUICIDIO Y HOMICIDIO (TMB x 100.000 habitantes).  
ARGENTINA. PERÍODO 1997 - 2011



Fuente: DEIS – INDEC: Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Construcción: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación



TASAS DE MORTALIDAD DE SUICIDIO POR GRUPOS DE EDAD (TMB x 100.000 Habitantes).  
ARGENTINA, 1997 - 2011

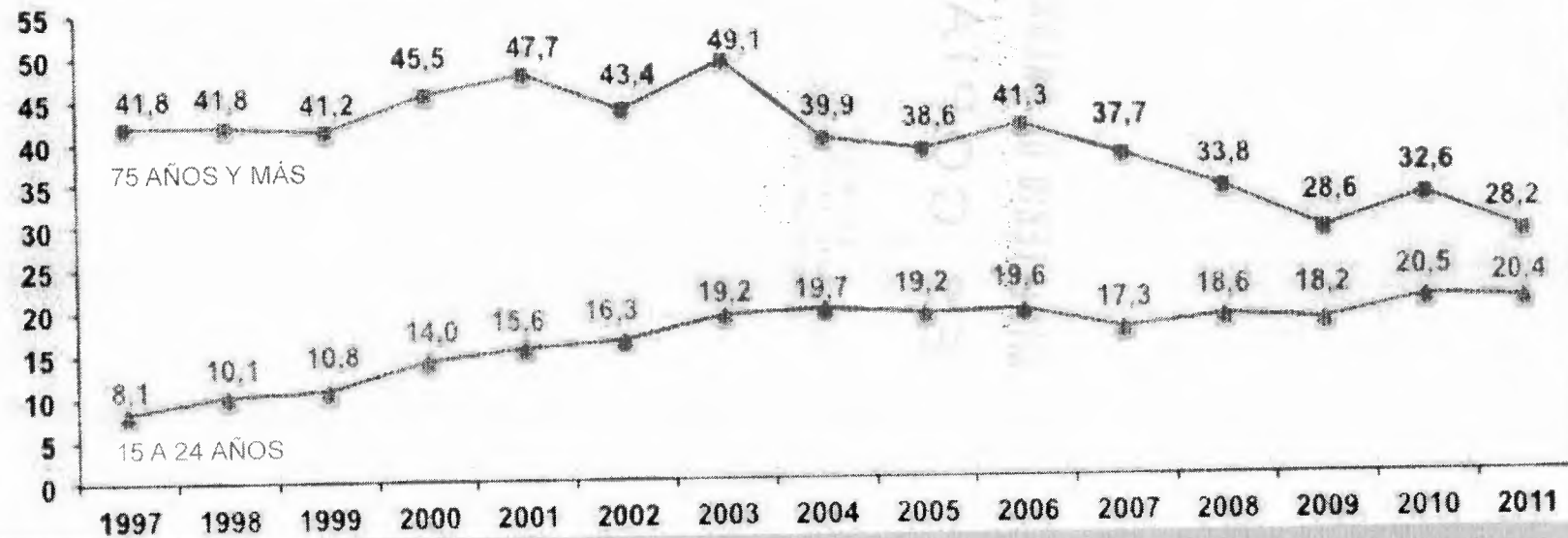


Fuente: DEIS - INDEC: Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Construcción: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación





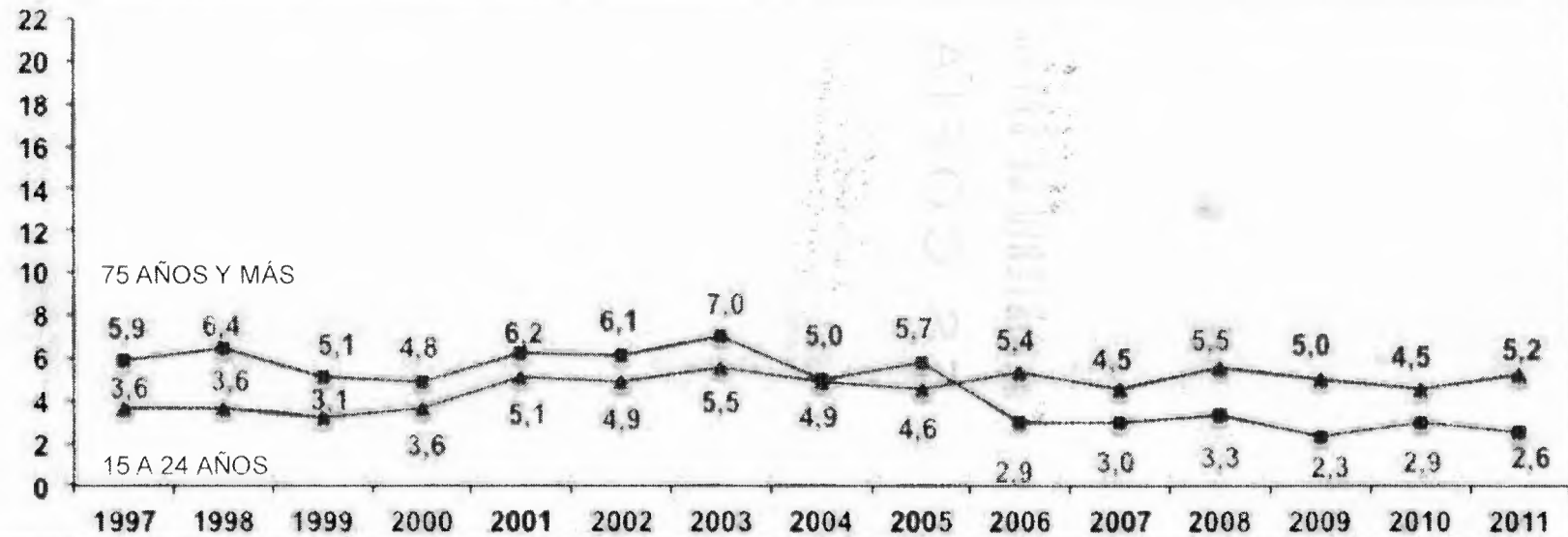
**TASAS DE MORTALIDAD DE SUICIDIO POR GRUPOS DE EDAD EN VARONES (TMB x 100.000 Habitantes).  
ARGENTINA. 1997 - 2011**



Fuente: DEIS – INDEC: Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Construcción: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación



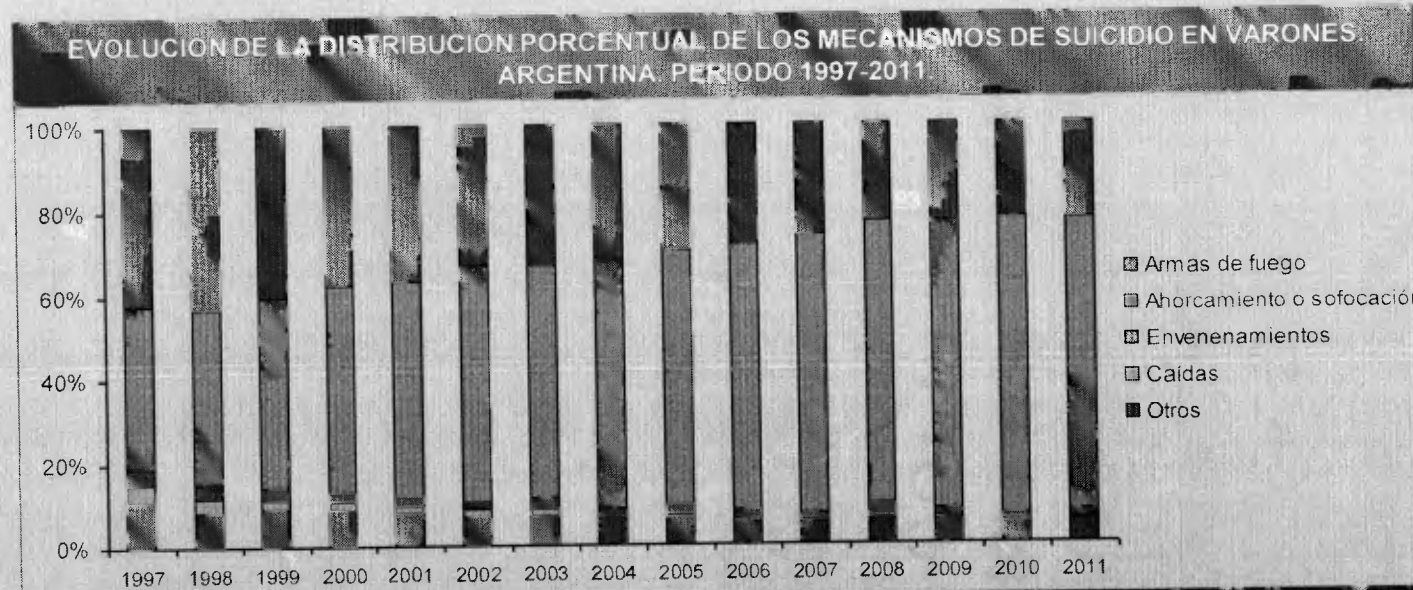
**TASAS DE MORTALIDAD DE SUICIDIO POR GRUPOS DE EDAD EN MUJERES (TMB x 100.000 Habitantes).  
ARGENTINA. 1997 - 2011**



Fuente: DEIS – INDEC: Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Construcción: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación



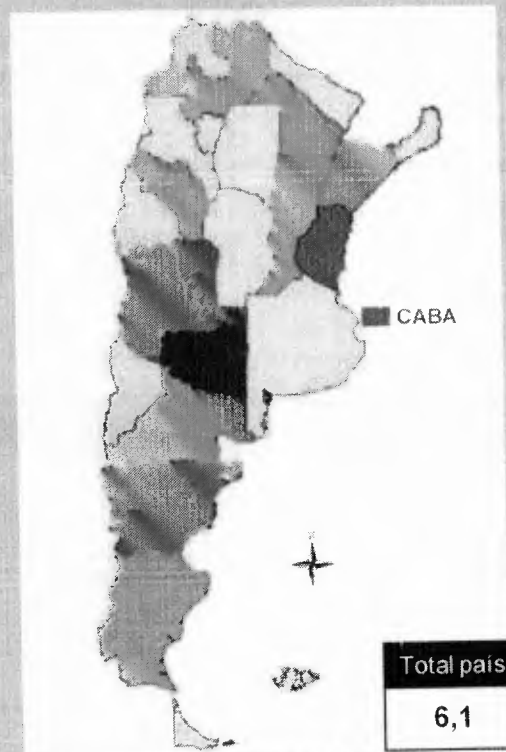




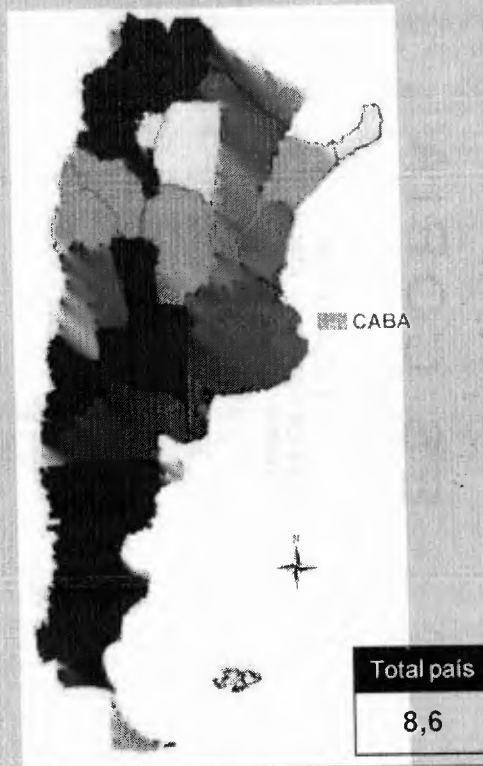
Fuente: DEIS – INDEC. Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Construcción: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación



TASA DE MORTALIDAD POR SUICIDIO AJUSTADA POR EDAD (X 100.000 HABITANTES) SEGÚN JURISDICCIÓN. AÑO 1997



TASA DE MORTALIDAD POR SUICIDIO AJUSTADA POR EDAD (X 100.000 HABITANTES) SEGÚN JURISDICCIÓN. AÑO 2003



TASA DE MORTALIDAD POR SUICIDIO AJUSTADA POR EDAD (X 100.000 HABITANTES) SEGÚN JURISDICCIÓN. AÑO 2010



TMAPE suicidio (x 100.000 habitantes)

- Hasta 6.5
- 6.6 - 8.1
- 8.2 - 10.6
- Mayor a 10.6

Fuente: DEIS – INDEC: Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Construcción: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación



TASA DE MORTALIDAD POR SUICIDIO AJUSTADA POR EDAD EN VARONES (X 100.000 HABITANTES). POR JURISDICCIÓN. AÑO 1997







TASA DE MORTALIDAD POR SUICIDIO AJUSTADA POR EDAD EN VARONES (X 100.000 HABITANTES). POR JURISDICCIÓN. AÑO 2003



TASA DE MORTALIDAD POR SUICIDIO AJUSTADA POR EDAD EN VARONES (X 100.000 HABITANTES). POR JURISDICCIÓN. AÑO 2010



**TMAPE suicidio en varones  
(x 100.000 habitantes)**

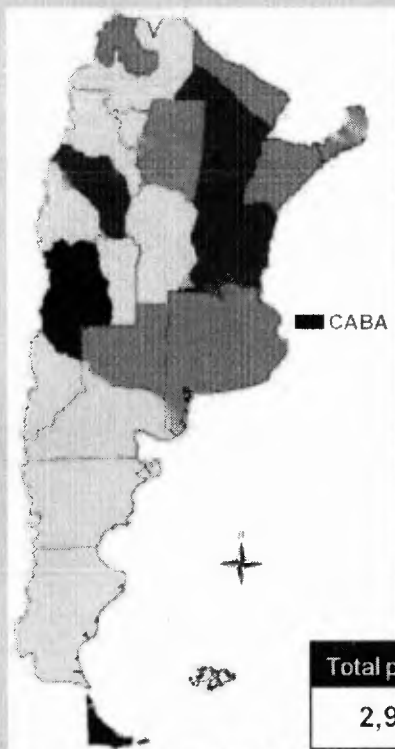
-  Hasta 11.4
-  11.5 - 12.9
-  13.0 - 18.6
-  Mayor a 18.6

Fuente: DEIS – INDEC: Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Construcción: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación

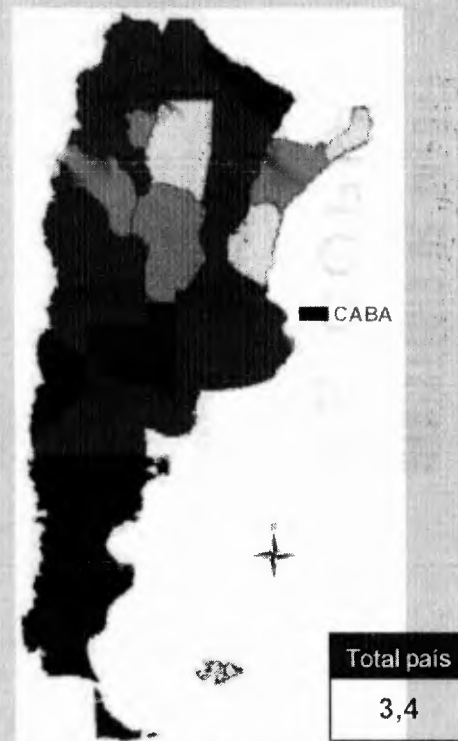




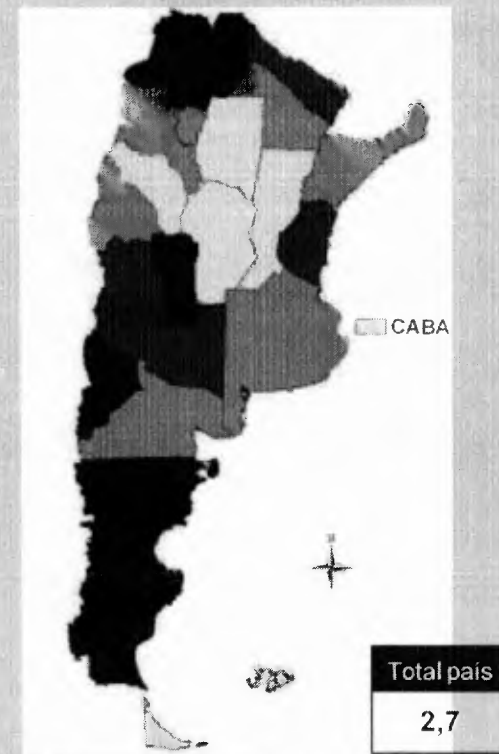
TASA DE MORTALIDAD POR SUICIDIO AJUSTADA POR EDAD EN MUJERES (X 100.000 HABITANTES). POR JURISDICCIÓN. AÑO 1997



TASA DE MORTALIDAD POR SUICIDIO AJUSTADA POR EDAD EN MUJERES (X 100.000 HABITANTES). POR JURISDICCIÓN. AÑO 2003



TASA DE MORTALIDAD POR SUICIDIO AJUSTADA POR EDAD EN MUJERES (X 100.000 HABITANTES). POR JURISDICCIÓN. AÑO 2010



**TMAPE suicidio en mujeres (x 100.000 habitantes)**

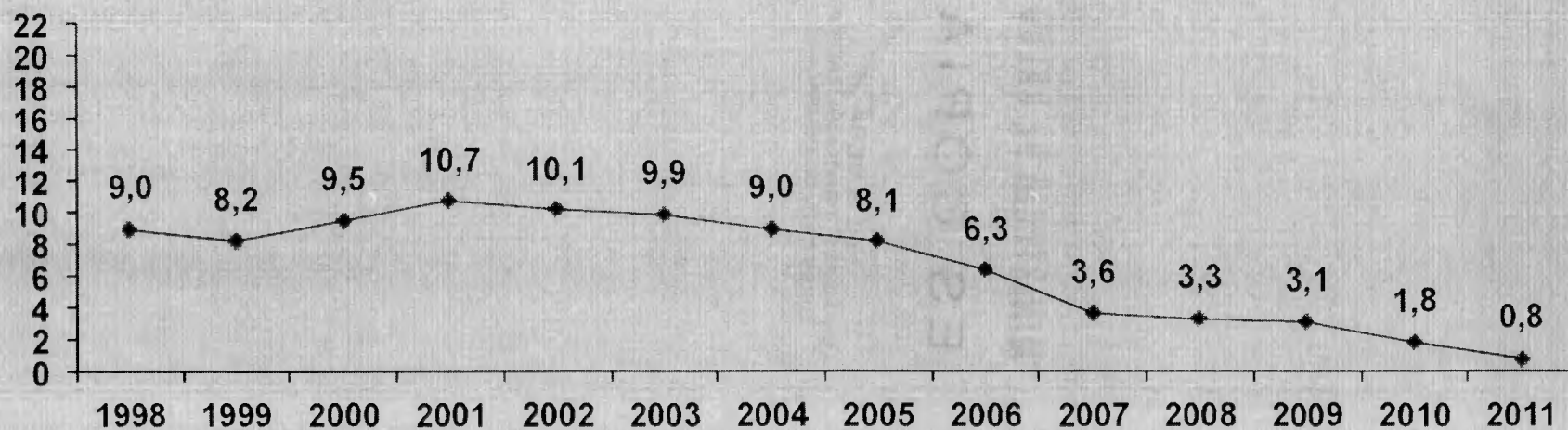
- Hasta 2,0
- 2,1 - 3,1
- 3,2 - 3,9
- Mayor a 3,9

Fuente: DEIS – INDEC: Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Construcción: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación



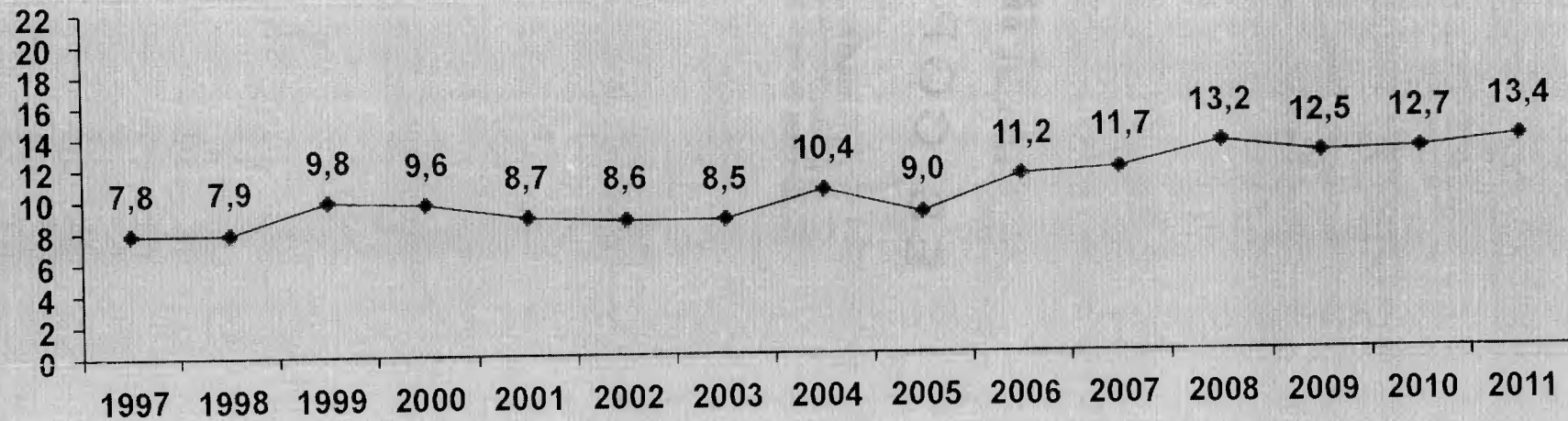
## TASA DE SUICIDIO (TMB x 100.000 habitantes) CABA

PERÍODO 1997 - 2011



Fuente: DEIS – INDEC: Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Construcción: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación



**TASA DE SUICIDIO (TMB x 100.000 habitantes) ENTRE RÍOS**  
PERÍODO 1997 - 2011

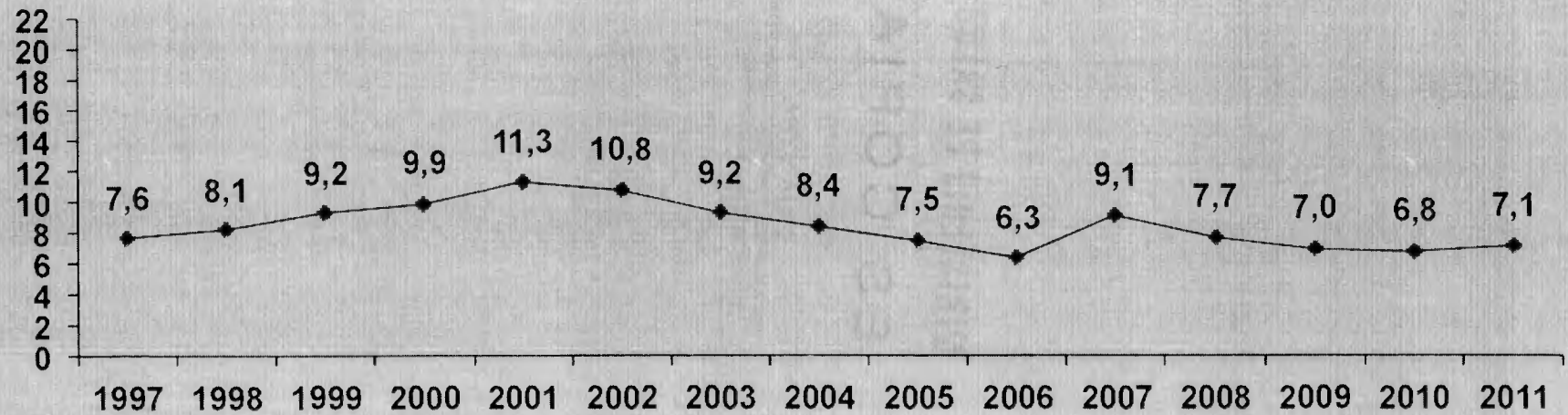
Fuente: DEIS - INDEC: Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Construcción: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación





## TASA DE SUICIDIO (TMB x 100.000 habitantes) SANTA FE

PERÍODO 1997 - 2011

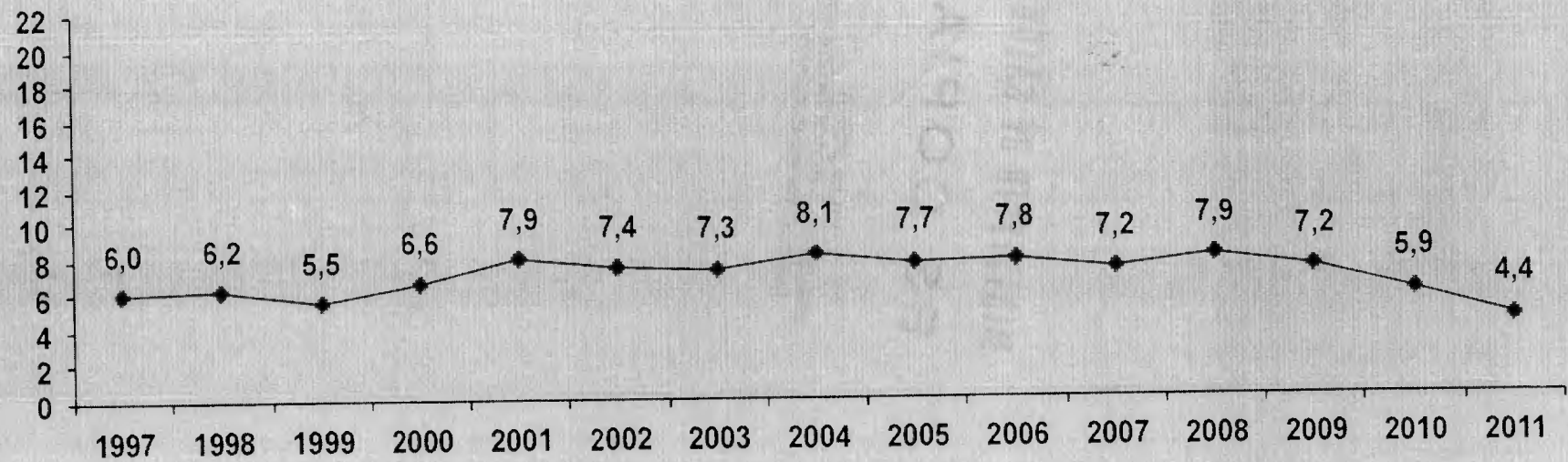


Fuente: DEIS - INDEC: Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Construcción: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación



## TASA DE SUICIDIO (TME x 100.000 habitantes) CORDOBA

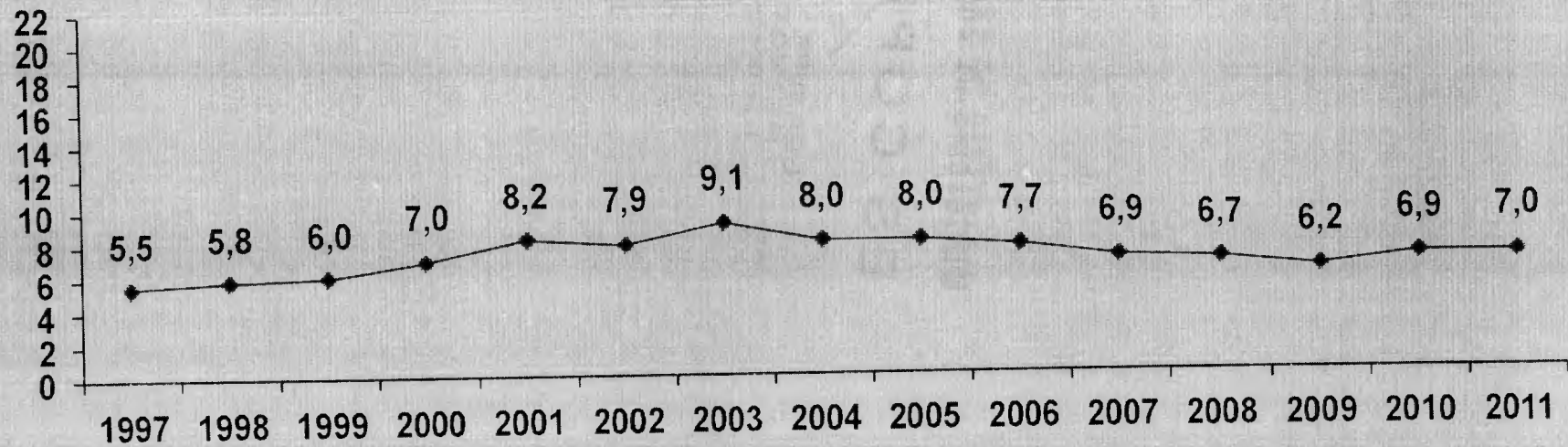
PERIODO 1997 - 2011



Fuente: DEIS - INDEC: Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Construcción: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación

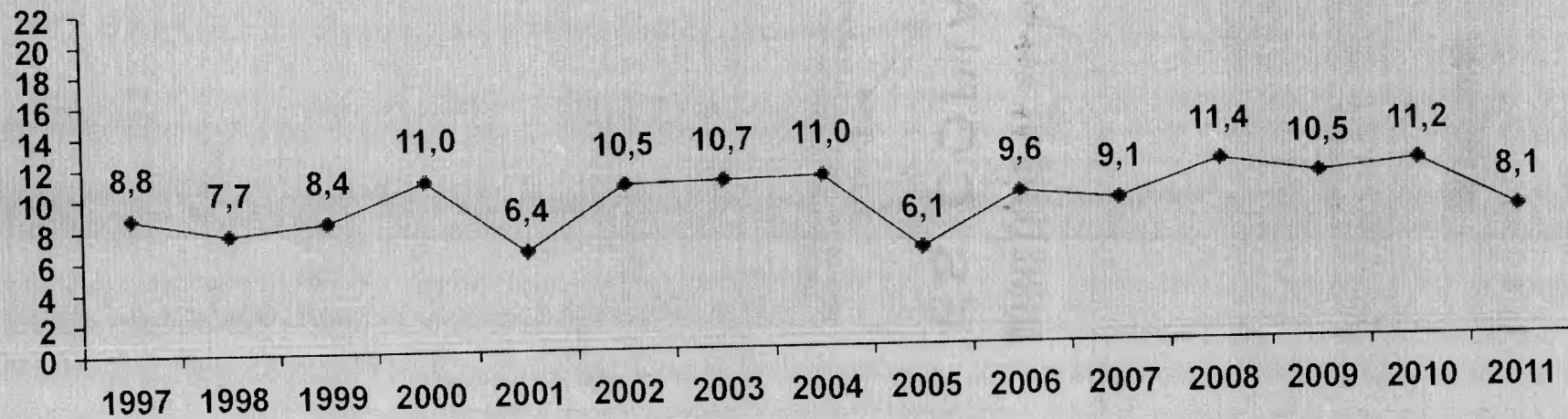




**TASA DE SUICIDIO (TMB x 100.000 habitantes) BUENOS AIRES**  
PERIODO 1997 - 2011

Fuente: DEIS – INDEC: Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Construcción: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación



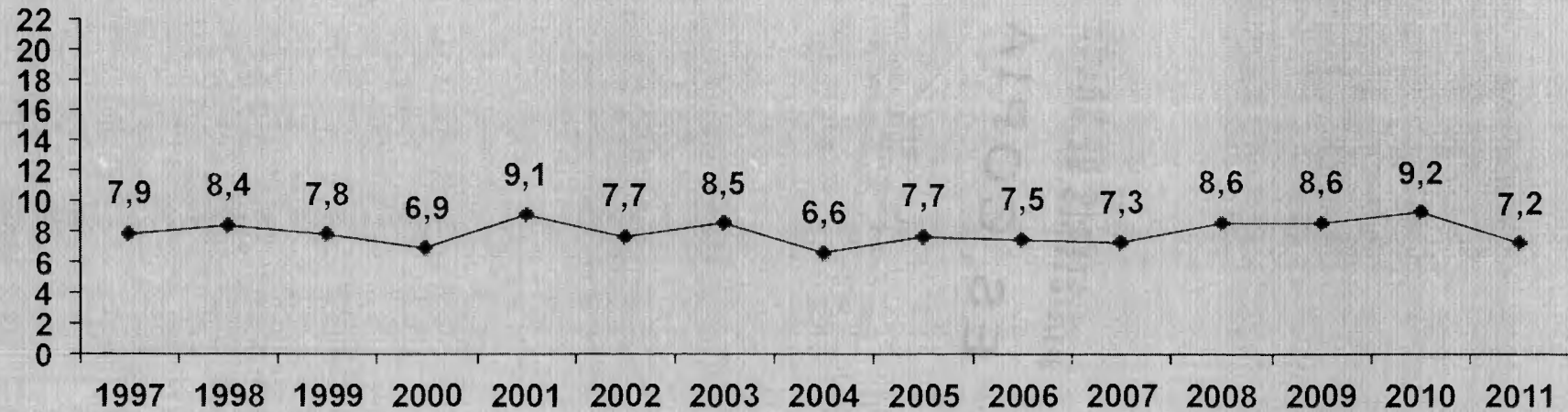
TASA DE SUICIDIO (TMB x 100.000 habitantes) SAN LUIS  
PERÍODO 1997 - 2011

Fuente: DEIS - INDEC: Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Construcción: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación



## TASA DE SUICIDIO (TMB x 100.000 habitantes) MENDOZA

PERÍODO 1997 - 2011



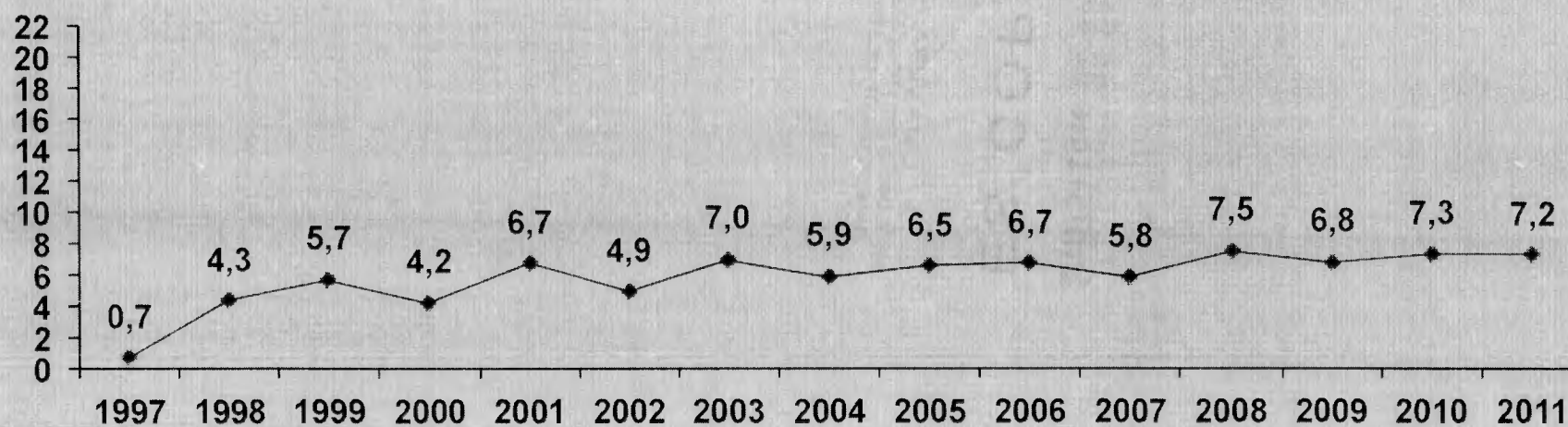
Fuente: DEIS – INDEC: Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Construcción: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación





## TASA DE SUICIDIO (TMB x 100.000 habitantes) SAN JUAN

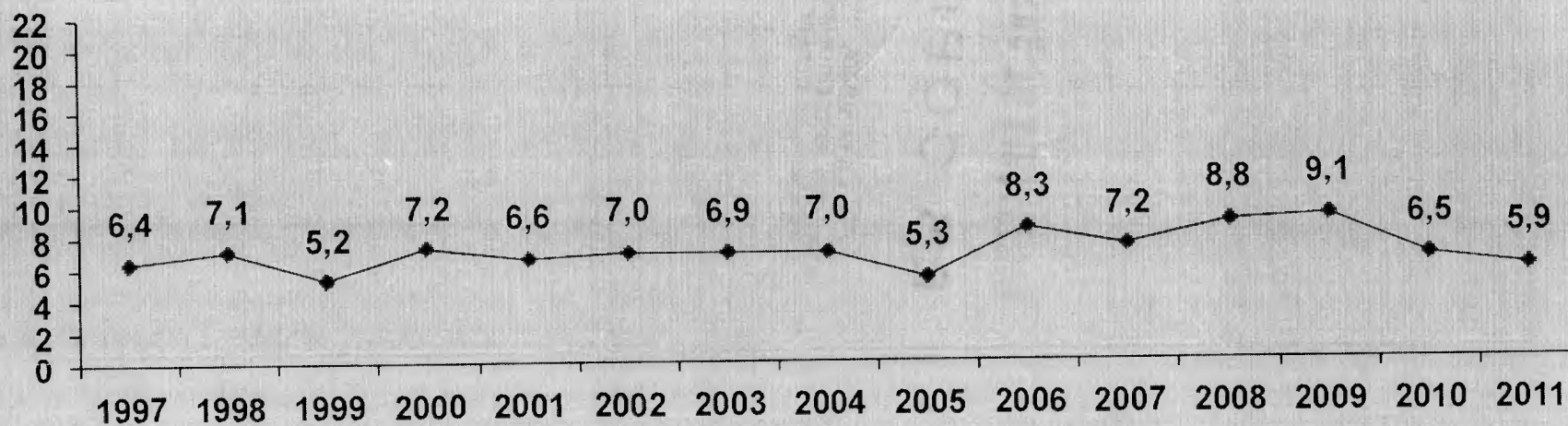
PERÍODO 1997 - 2011



Fuente: DEIS – INDEC: Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Construcción: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación

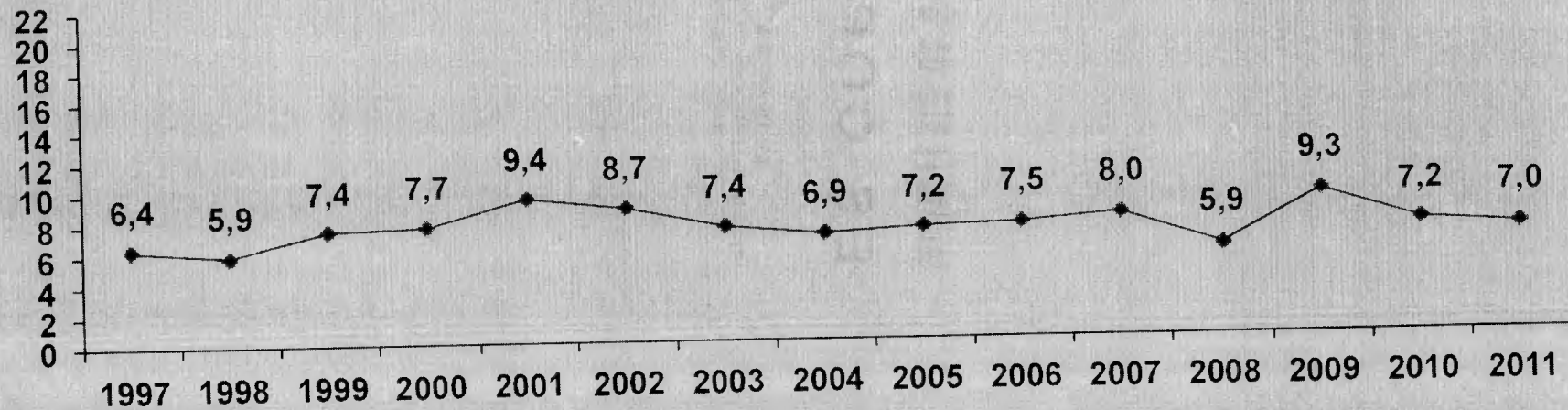


TASA DE SUICIDIO (TMB x 100.000 habitantes) CORRIENTES  
PERIODO 1997 - 2011



Fuente: DEIS - INDEC: Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Construcción: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación

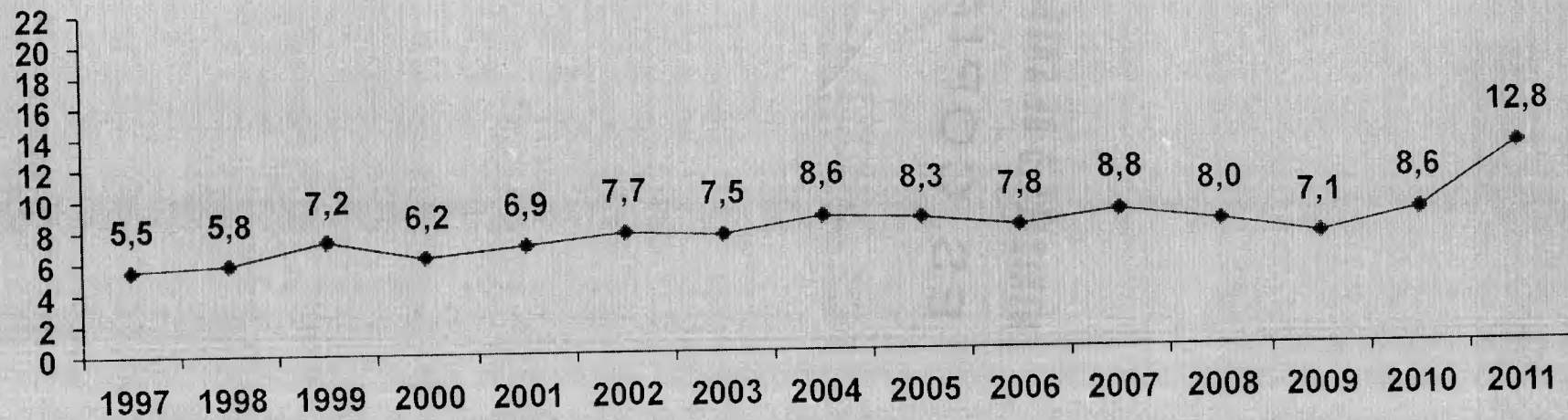


**TASA DE SUICIDIO (TMB x 100.000 habitantes) CHACO**  
**PERÍODO 1997 - 2011**

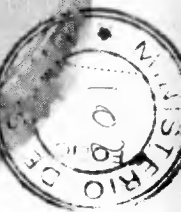
Fuente: DEIS - INDEC: Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Construcción: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación



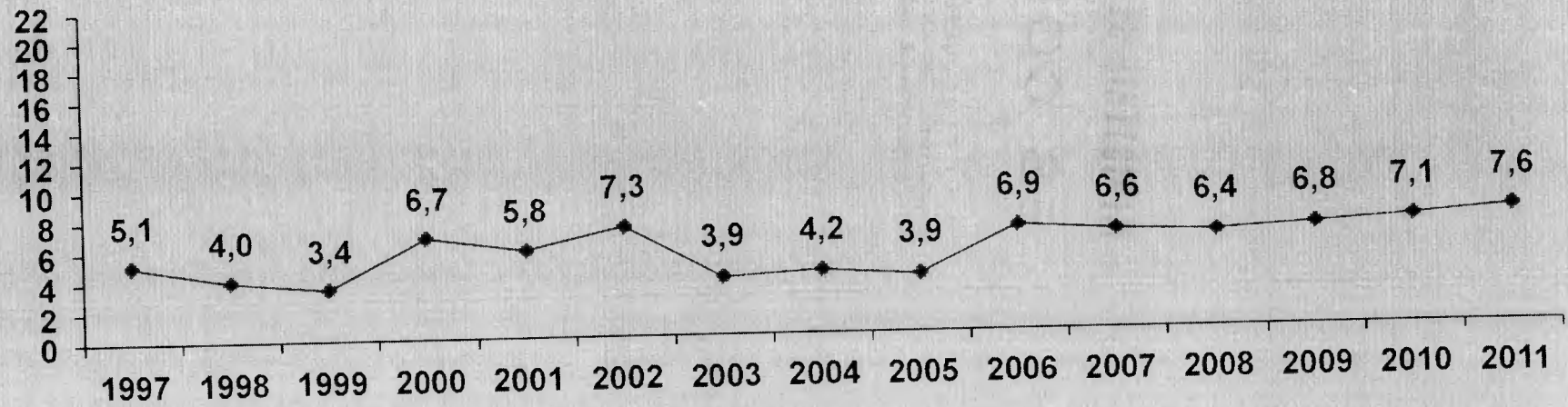


**TASA DE SUICIDIO (TMB x 100.000 habitantes) FORMOSA**  
PERÍODO 1997 - 2011

Fuente: DEIS - INDEC: Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Construcción: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación



TASA DE SUICIDIO (TMB x 100.000 habitantes) MISIONES  
PERÍODO 1997 - 2011

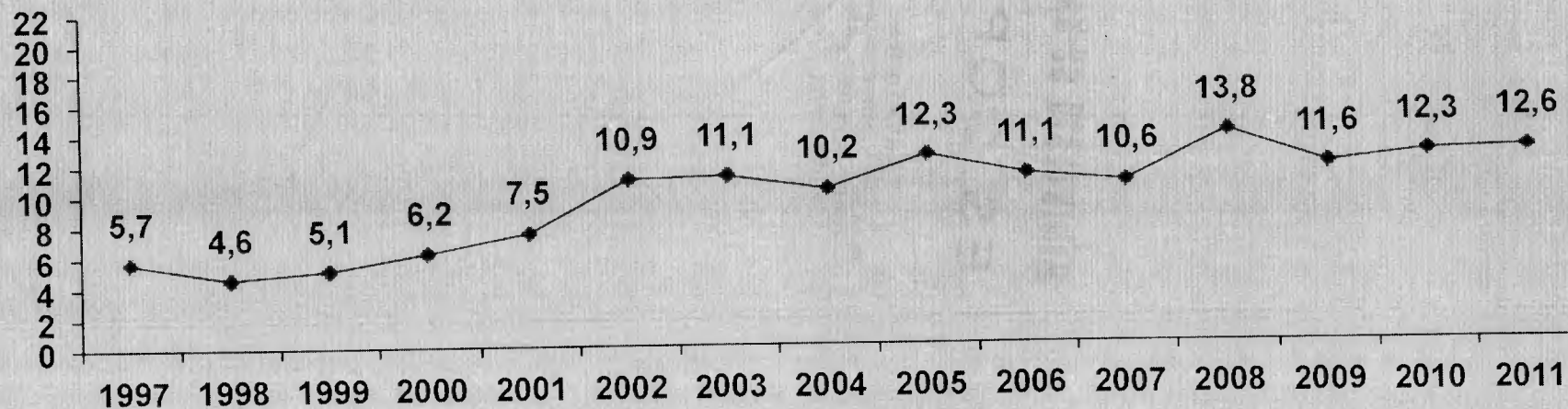


Fuente: DEIS - INDEC: Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Construcción: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación

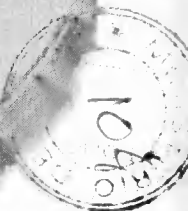




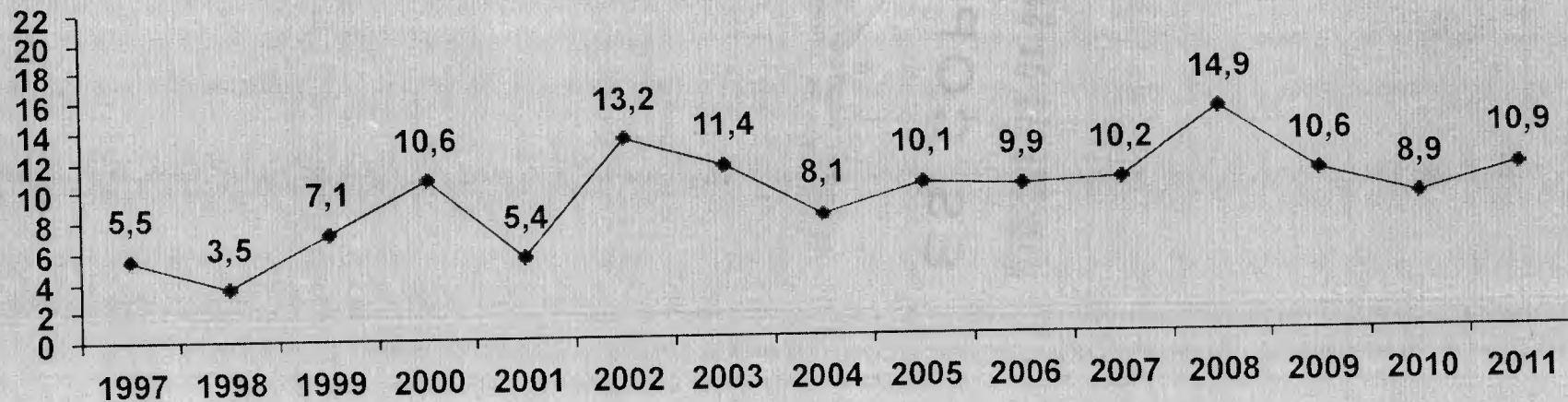
TASA DE SUICIDIO (TMB x 100.000 habitantes) SALTA  
PERÍODO 1997 - 2011



Fuente: DEIS - INDEC: Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Construcción: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación



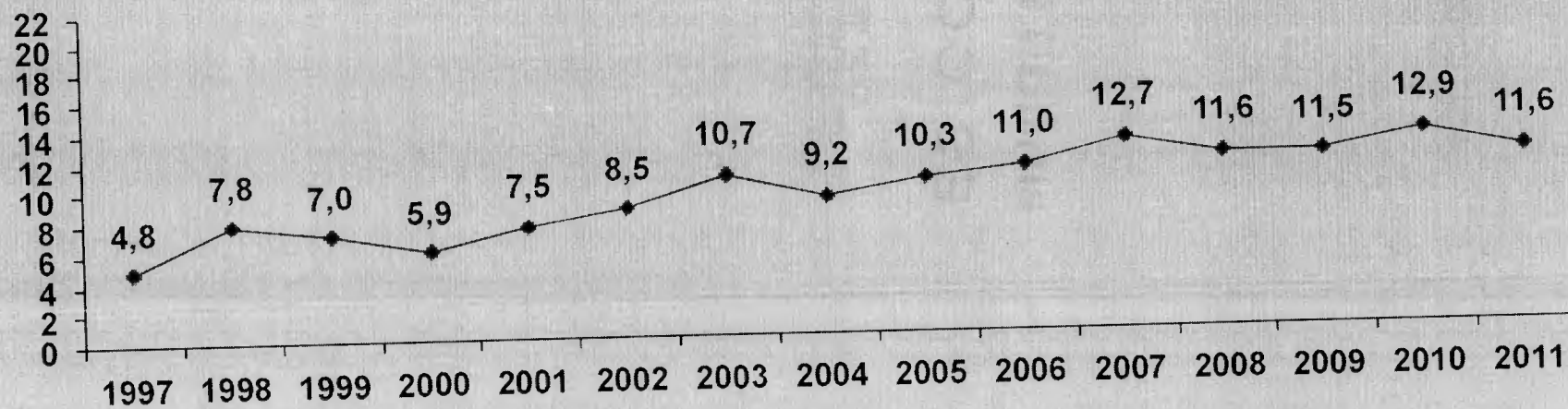
TASA DE SUICIDIO (TMB x 100.000 habitantes) CATAMARCA  
PERÍODO 1997 - 2011



Fuente: DEIS - INDEC: Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Construcción: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación



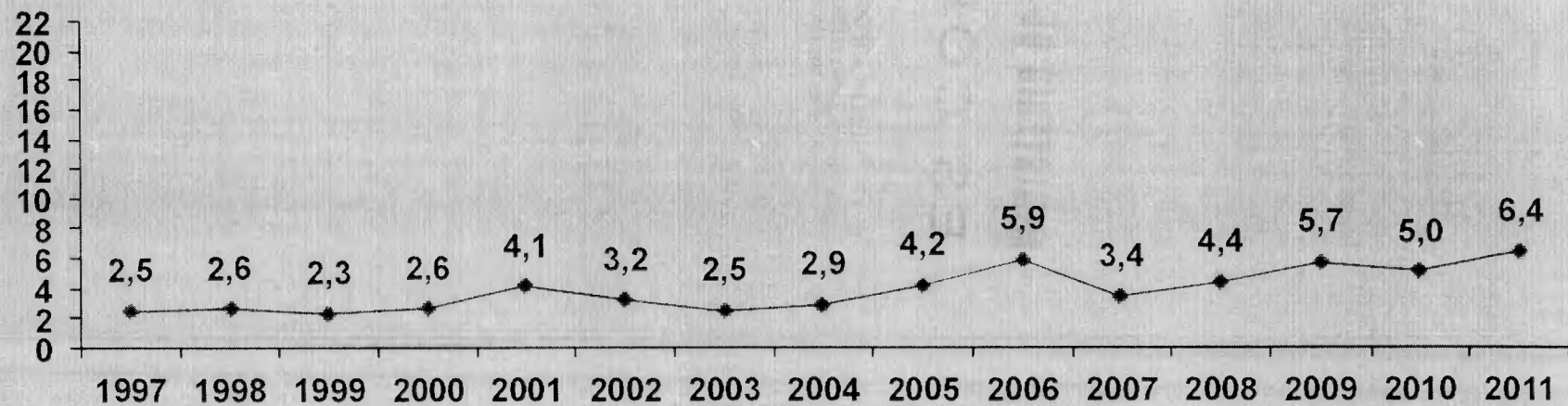
TASA DE SUICIDIO (TMB x 100 000 habitantes) JUJUY  
PERÍODO 1997 - 2011



Fuente: DEIS - INDEC: Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Construcción: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación

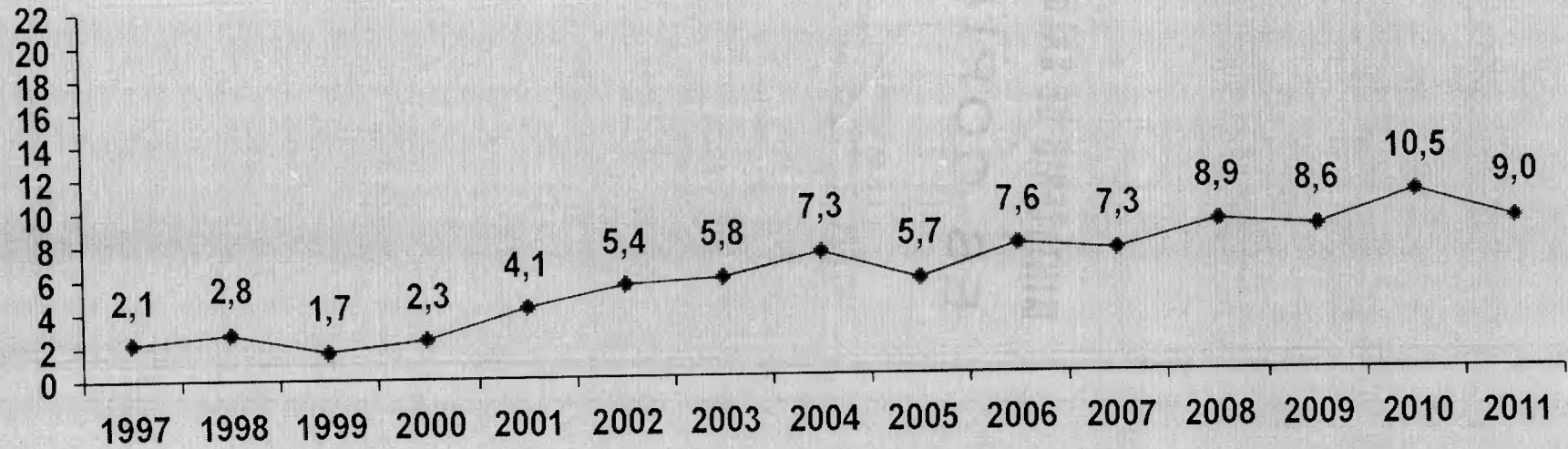




**TASA DE SUICIDIO (TMB x 100.000 habitantes) SANTIAGO DEL ESTEREO  
PERÍODO 1997 - 2011**

Fuente: DEIS – INDEC: Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Construcción: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación



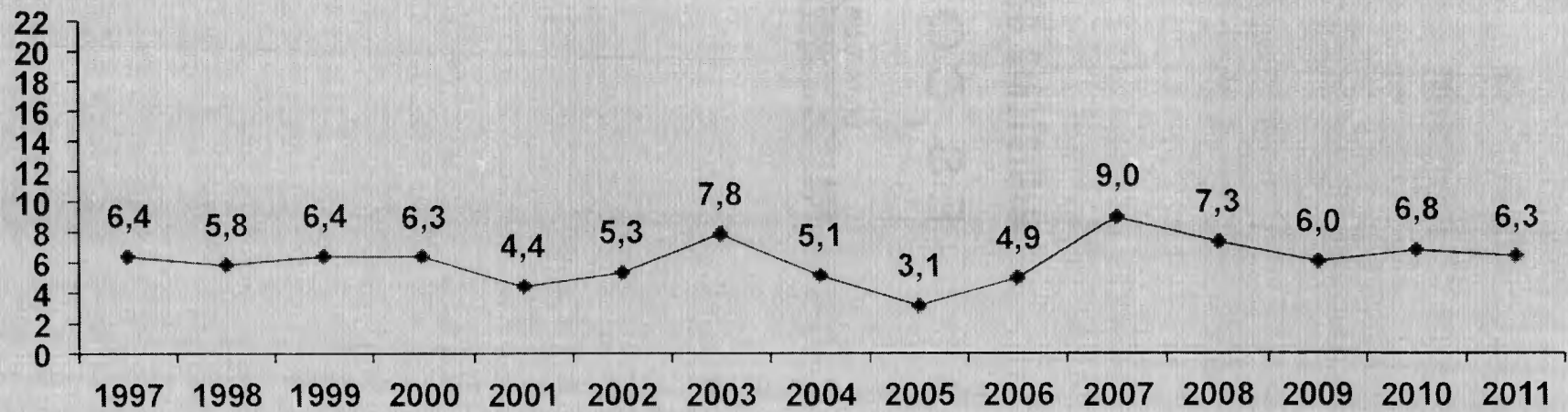
TASA DE SUICIDIO (TMB x 100 000 habitantes) TUCUMAN  
PERIODO 1997 - 2011

Fuente: DEIS – INDEC: Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Construcción: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación



## TASA DE SUICIDIO (TMB x 100.000 habitantes) LA RIOJA

PERÍODO 1997 - 2011

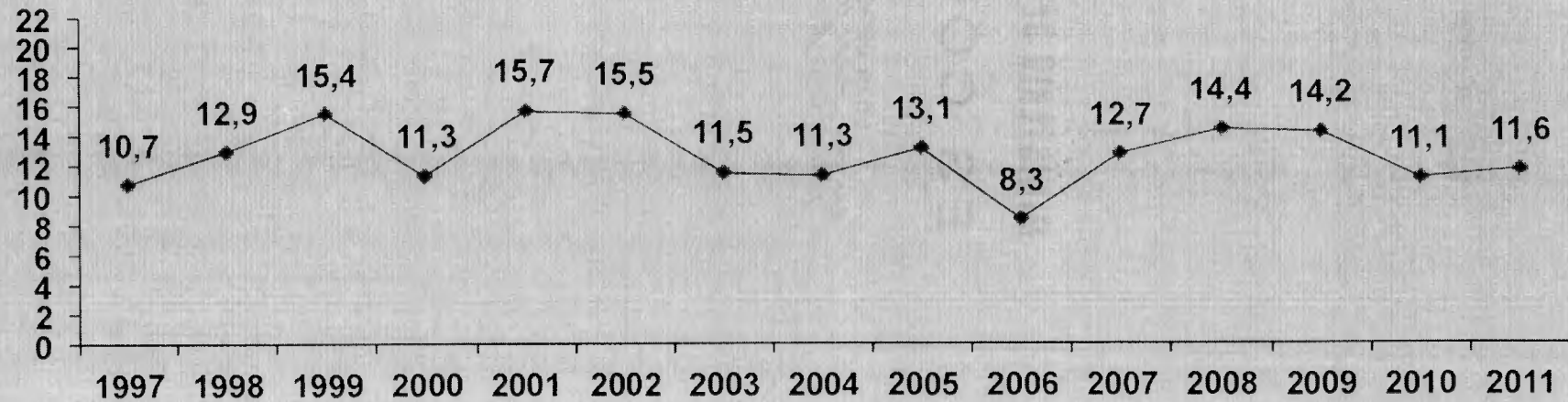


Fuente: DEIS – INDEC: Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Construcción: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación

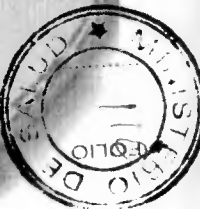


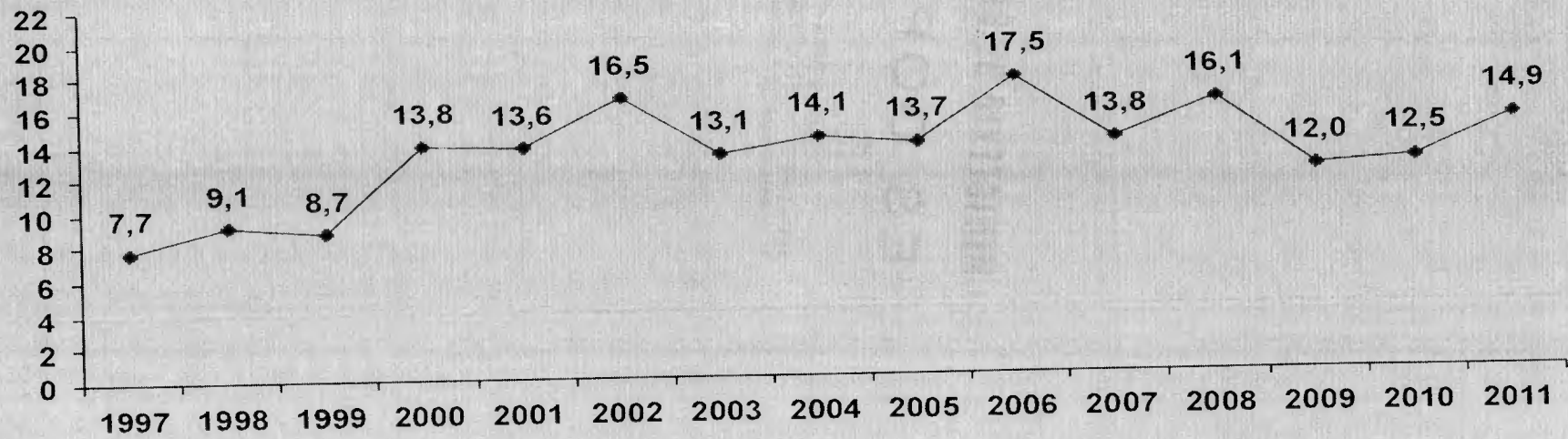


TASA DE SUICIDIO (TMB x 100.000 habitantes) LA PAMPA  
PERÍODO 1997 - 2011



Fuente: DEIS - INDEC: Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Construcción: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación

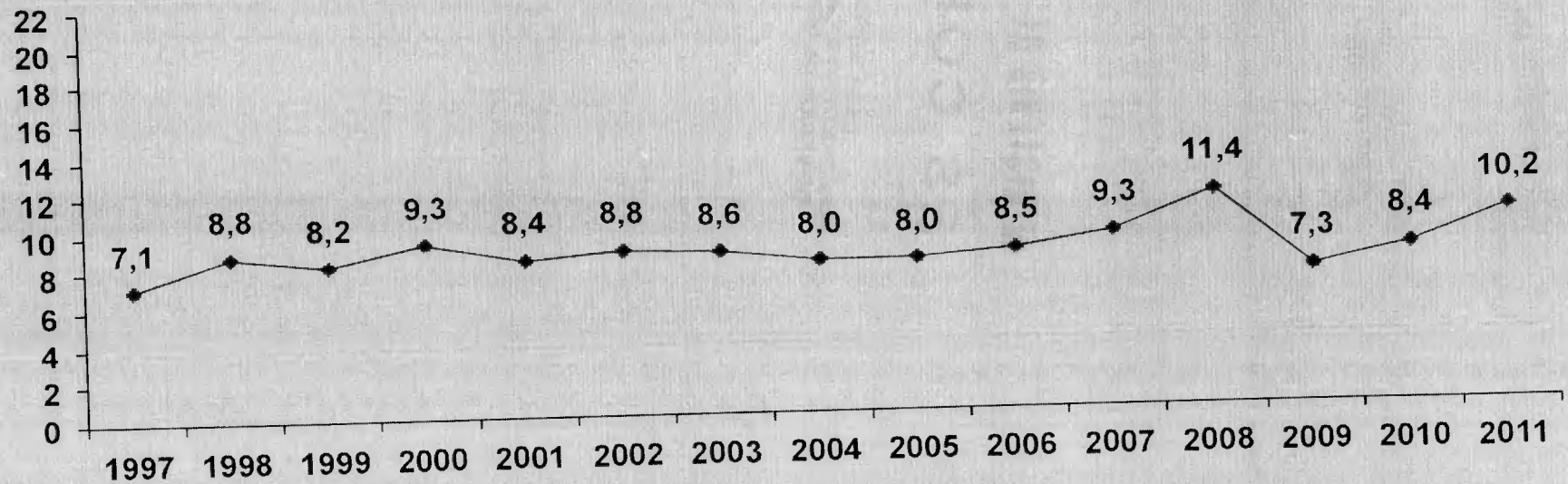


**TASA DE SUICIDIO (TMB x 100.000 habitantes) CHUBUT**  
**PERÍODO 1997 - 2011**

Fuente: DEIS – INDEC: Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Construcción: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación

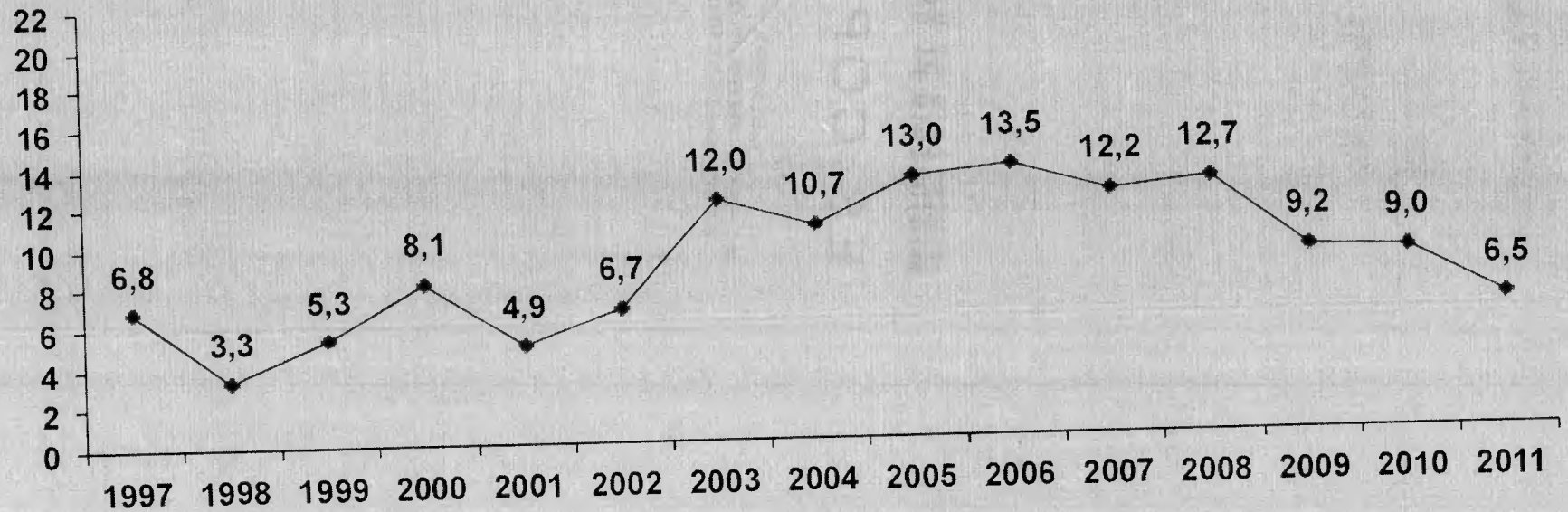




TASA DE SUICIDIO (TMB x 100.000 habitantes) RÍO NEGRO  
PERÍODO 1997 - 2011

Fuente: DEIS - INDEC: Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Construcción: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación

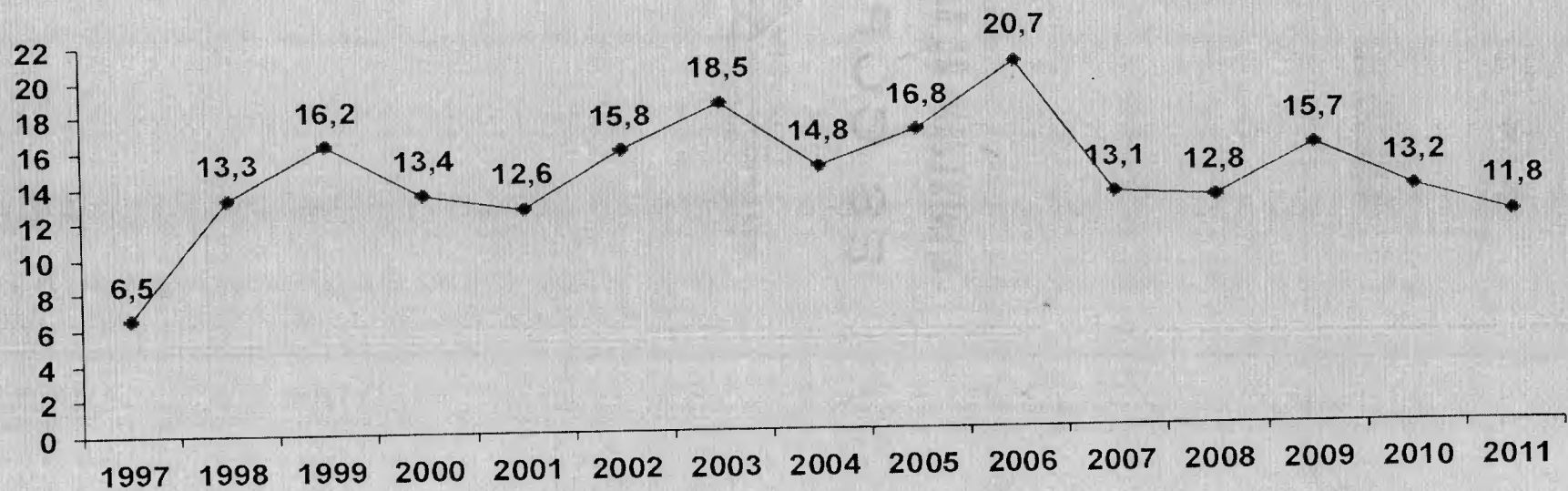


TASA DE SUICIDIO (TMB x 100.000 habitantes) TIERRA DEL FUEGO  
PERIODO 1997 - 2011

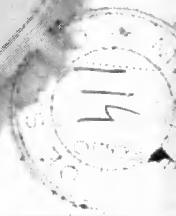
Fuente: DEIS - INDEC: Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Construcción: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación



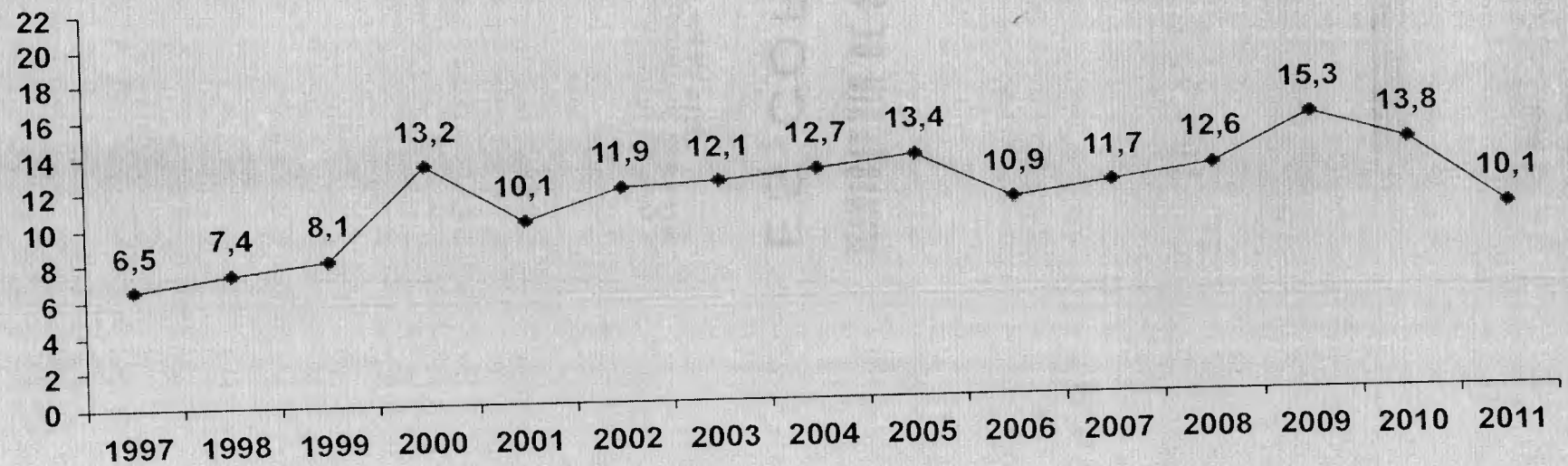
TASA DE SUICIDIO (TMB x 100.000 habitantes) SANTA CRUZ  
PERÍODO 1997 - 2011



Fuente: DEIS - INDEC: Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Construcción. Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación

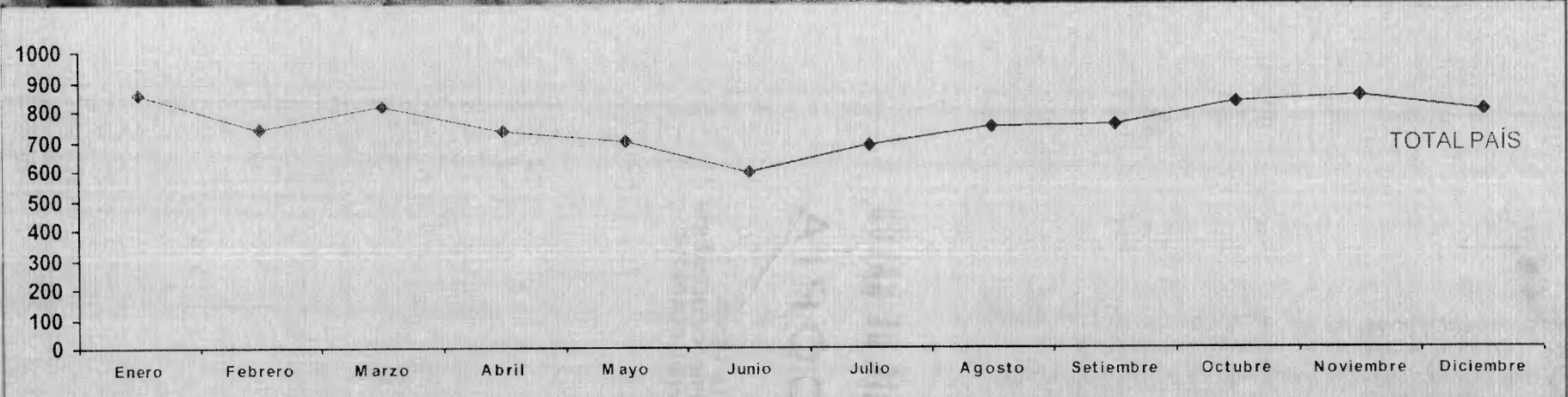




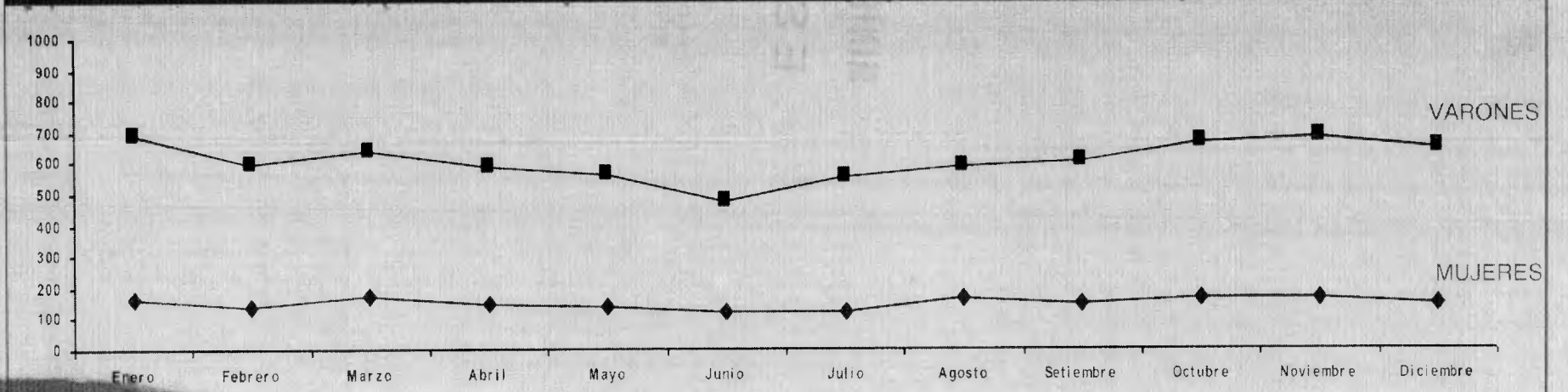
TASA DE SUICIDIO (TMB x 100.000 habitantes) NEUQUEN  
PERÍODO 1997 - 2011

Fuente: DEIS - INDEC. Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Construcción: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación

CANTIDAD DE SUICIDIOS POR MES ARGENTINA TRIENIO 2008 - 2010



CANTIDAD DE SUICIDIOS POR MES SEGÚN SEXO ARGENTINA TRIENIO 2008 - 2010

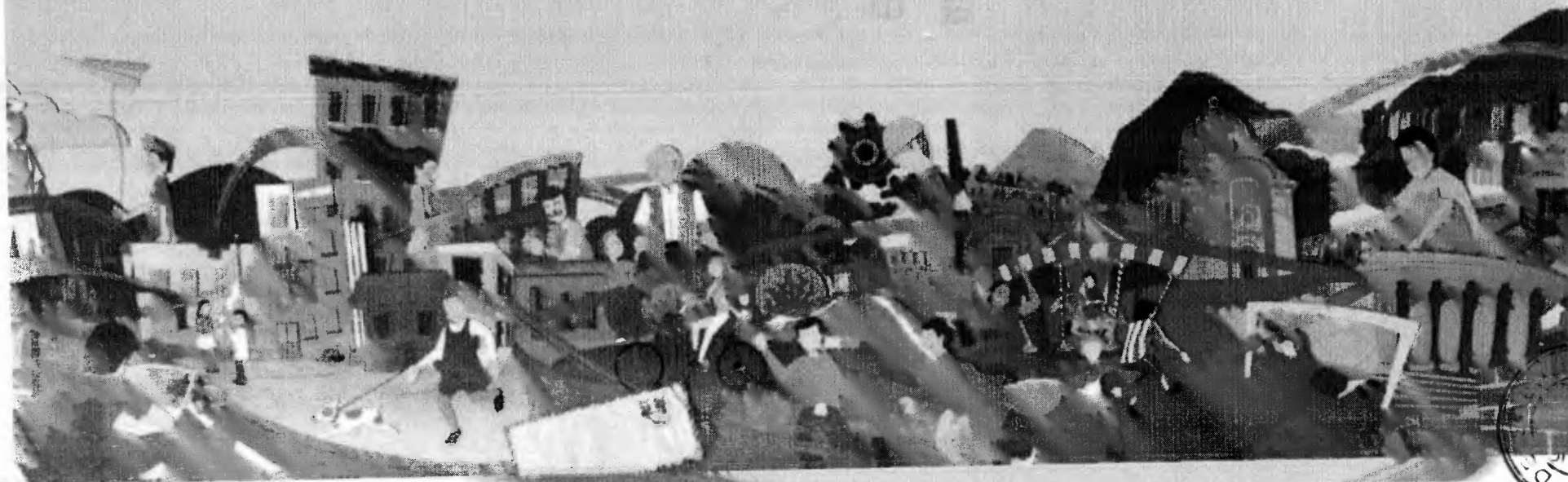


Fuente: DEIS. Construido en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación.



2177

Para seguir en contacto  
[www.msal.gov.ar/saludmental](http://www.msal.gov.ar/saludmental)  
[saludmental@msal.gov.ar](mailto:saludmental@msal.gov.ar)  
[vigepimental@msal.gov.ar](mailto:vigepimental@msal.gov.ar)  
(011) 4379-9162





2177

# Relevamiento Red de Servicios de Salud Mental y Adicciones en Hospitales Generales

NOVIEMBRE 2012



Ministerio de  
Salud  
Presidencia de la Nación



Se presenta a continuación información de la **Red de Servicios de Salud Mental y Adicciones en Hospitales Generales**. Dicha información fue brindada por los referentes jurisdiccionales de salud mental y adicciones a través de un cuestionario diseñado por el equipo de epidemiología de la Dirección Nacional .

El propósito del presente informe es suministrar la información disponible desagregada por jurisdicción y hospital.





- El cuestionario fue diseñado por el equipo de epidemiología con el objetivo de identificar la situación actual de la Red de Servicios de Salud Mental y Adicciones a nivel jurisdiccional para trabajar la priorización de acciones del 2013 en el Encuentro Nacional de Referentes realizado los días 21, 22 y 23 de noviembre de 2012.
- Es importante resaltar que en función del objetivo planteado no se realizó nomenclador previo para las definiciones que posee el cuestionario.
- La información que se presenta sólo puede ser utilizada como insumo para la definición de prioridades y políticas públicas.
- El cuestionario fue respondido por los referentes jurisdiccionales de salud mental y adicciones.
- Se elaboraron 2 tipos de cuestionarios. El cuestionario A para jurisdicciones de menos de 2.500.000 de habitantes y el cuestionario B para jurisdicciones de 2.500.000 de habitantes o más. En el cuestionario B no se solicita a las provincias información detallada de cada institución y/o servicio.
- Se presentaron un total de 20 cuestionarios. No completaron el mismo las siguientes jurisdicciones: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Córdoba y Formosa, las que serán presentadas en color blanco.



- Provincias que aún no han respondido el cuestionario
- Provincias que han respondido el cuestionario

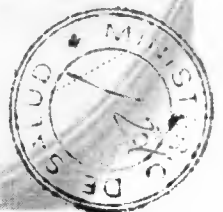


Los cuestionarios A permitieron caracterizar los Servicios de Salud Mental (SSM) de los Hospitales Generales a partir de 4 indicadores:

1. ATIENDE ADICCIONES
2. REALIZA INTERNACIONES EN EL MISMO HOSPITAL
3. CUENTA CON ATENCIÓN AMBULATORIA
4. CUENTA CON GUARDIA (24 HS) DE SALUD MENTAL

En función de estas variables simples se elaboró un índice que permitiría reflejar el grado de completitud de los servicios. El grado 4 refiere a los servicios que reúnen todos los indicadores.

Se presentan a continuación 4 mapas que brindan información sobre los Servicios de Salud Mental en Hospitales Generales: cantidad de SSM, razón de SSM por 100.000 habitantes, porcentaje de SSM con grado 4, porcentaje de SSM con internación. La información de los mapas debe ser leída de manera conjunta.



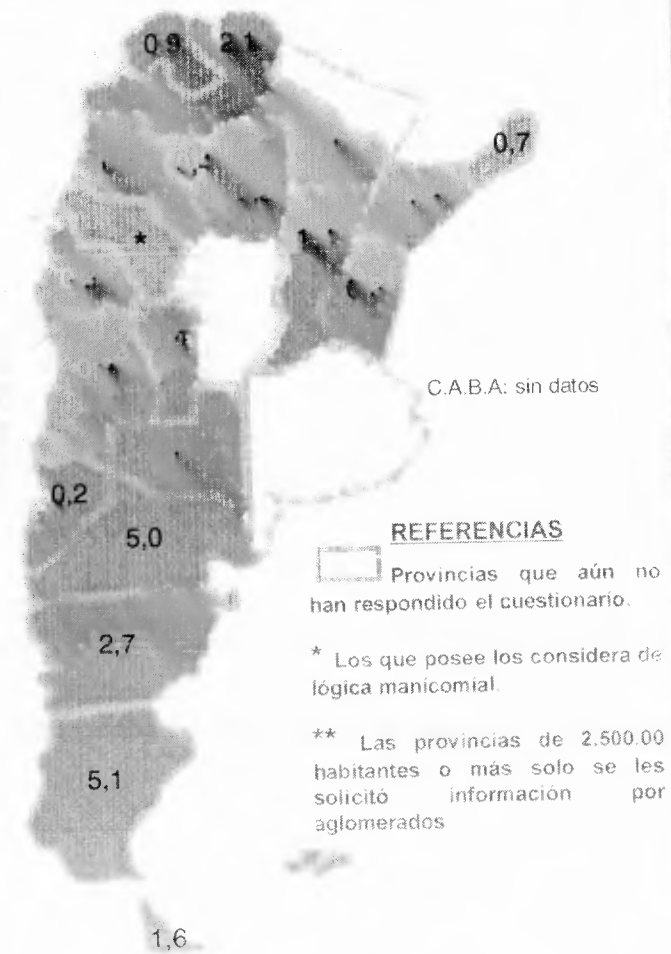
# Hospitales Generales con Servicio de Salud Mental

**CANTIDAD DE HOSPITALES GENERALES CON SERVICIOS DE SALUD MENTAL SEGÚN JURISDICCIÓN, SECTOR PÚBLICO. NOVIEMBRE 2012**

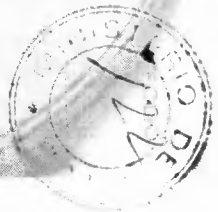


Fuente: Elaboración SVESMyA - DNSMyA en base a información suministrada por los referentes provinciales de SM y A

**RAZÓN DE HOSPITALES GENERALES CON SERVICIOS DE SALUD MENTAL POR 100.000 HABITANTES, SECTOR PÚBLICO. NOVIEMBRE 2012**

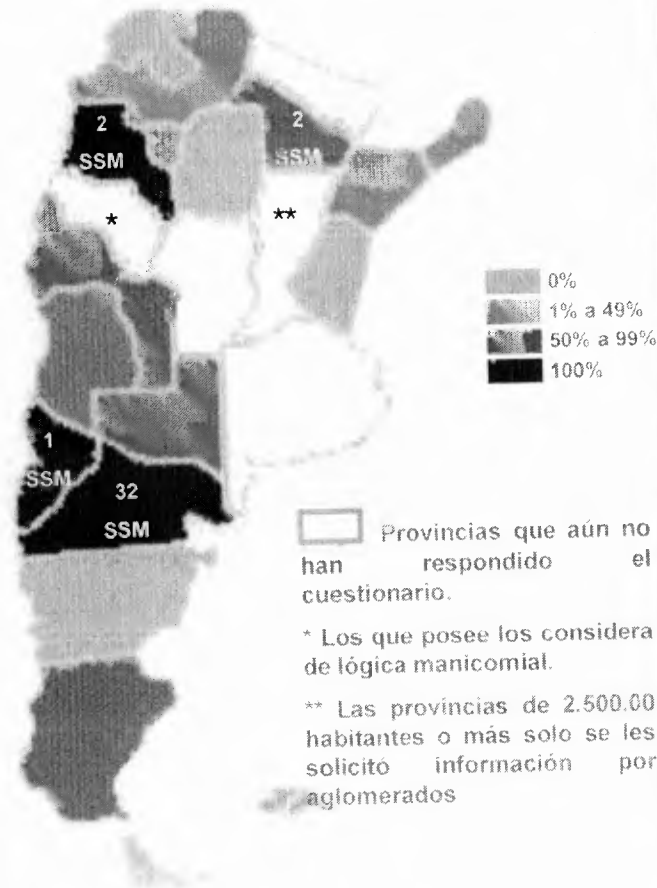


Fuente: Elaboración SVESMyA - DNSMyA en base a información suministrada por los referentes provinciales de SM y A



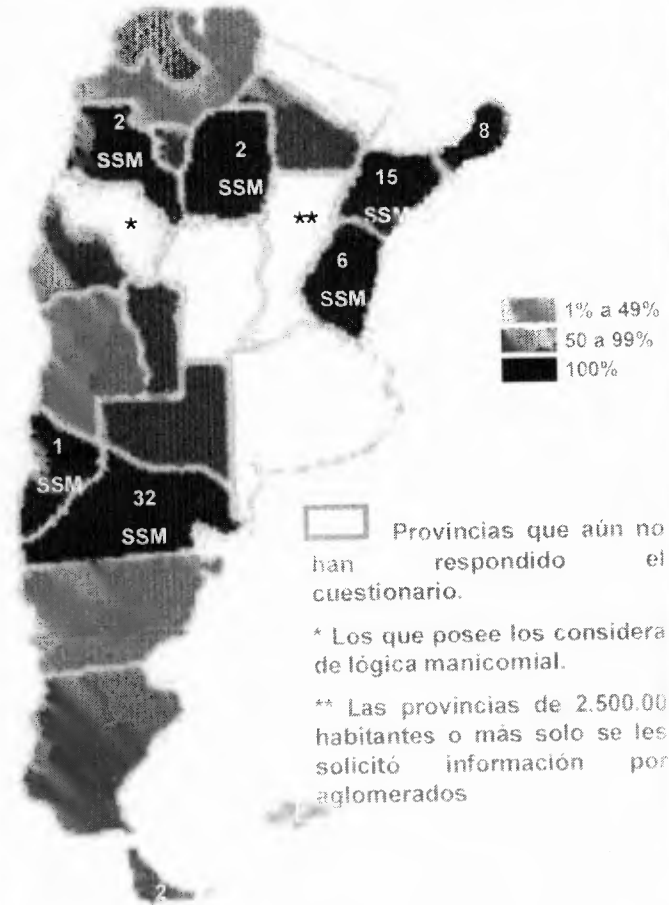
# Hospitales Generales con Servicio de Salud Mental

**PORCENTAJE DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL GRADO 4 SEGÚN JURISDICCIÓN. SECTOR PÚBLICO. NOVIEMBRE 2012**

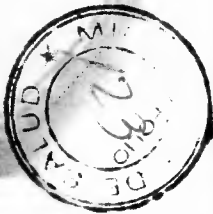


Fuente: Elaboración SVESMyA - DNSMyA en base a información suministrada por los referentes provinciales de SM y A

**PORCENTAJE DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL CON INTERNACIÓN SEGÚN JURISDICCIÓN. SECTOR PÚBLICO. NOVIEMBRE 2012**



Fuente: Elaboración SVESMyA - DNSMyA en base a información suministrada por los referentes provinciales de SM y A





Jujuy presenta 6 Servicios de Salud Mental en Hospitales Generales de dependencia provincial. Lo que indicaría menos de 1 SSM público cada 100.000 habitantes (0,9). Ninguno presenta grado de completitud 4.

Dependencia (nacional, provincial, municipal, privado)	Nombre del Hospital	Dirección	Teléfono	P6. ¿El servicio de salud mental atiende adicciones?	P7. ¿El servicio de salud mental realiza internaciones en el mismo hospital?	P8. ¿El servicio de salud mental cuenta con atención ambulatoria?	P9. ¿El servicio de salud mental cuenta con guardia (24 hs) de salud mental?	GRADO DE COMPLETITUD DEL SERVICIO	P10. ¿El servicios de salud mental cuenta con móvil para internación domiciliaria?
PROVINCIAL	Hosp. Snopek	SIN DATO	SIN DATO	SI	NO	SI	NO	2	NO
PROVINCIAL	Hosp. P. Soria	Güemes 1350	SIN DATO	SI	SI	SI	NO	3	NO
PROVINCIAL	Hosp. Niños	SIN DATO	SIN DATO	SI	SI	SI	NO	3	NO
PROVINCIAL	Hosp. San Roque	SIN DATO	SIN DATO	SI	SI	SI	NO	3	NO
PROVINCIAL	Hosp. Paterson	SIN DATO	SIN DATO	SI	SI	SI	NO	3	NO
PROVINCIAL	Hosp.O. Orias	SIN DATO	SIN DATO	SI	SI	SI	NO	3	NO



Salta presenta 26 Servicios de Salud Mental en Hospital General de dependencia provincial. Lo que indicaría 2,1 SSM públicos cada 100.000 habitantes. Sólo 3 SSM presentan grado de completitud 4 y sólo 9 internan.

Dependencia (nacional, provincial, municipal, privado)	Nombre del Hospital	Dirección	Teléfono	P6. ¿El servicio de salud mental atiende adicciones?	P7. ¿El servicio de salud mental realiza internaciones en el mismo hospital?	P8. ¿El servicio de salud mental cuenta con atención ambulatoria?	P9. ¿El servicio de salud mental cuenta con guardia (24 hs) de salud mental?	GRADO DE COMPLETITUD DEL SERVICIO	P10. ¿El servicios de salud mental cuenta con móvil para internación domiciliaria?
PROVINCIAL	GRAL. MOSCONI	JUAN XXIII S/N	03875 481111	NO	NO	SI	NO	1	NO
PROVINCIAL	RAFAEL VILLAGRAN CHICOANA	EL CARMEN 360	0387 4907012	NO	NO	SI	NO	1	NO
PROVINCIAL	LA CALDERA	Bº EL JARDIN	0387 4900028	NO	NO	SI	NO	1	NO
PROVINCIAL	DR ELIAS ANNA COL STA ROSA	INDEPENDENCIA 524	03878 494118	NO	NO	SI	NO	1	NO
PROVINCIAL	DR VICENTE ARROYABE PICHANAL	RIVADAVIA 747	03878 493012	SIN DATO	NO	SI	NO	1	NO
PROVINCIAL	SAN ROQUE EMBARCACION	ENTRE RIOS 349	03878 471015	NO	NO	SI	NO	1	NO
PROVINCIAL	OSCAR COSTAS JV GONZALEZ	GRAL GUEMES S/N	03877 421683	SI	NO	NO	NO	1	NO
PROVINCIAL	DR FRANCISCO HERRERA CAMPO QUIJANO	ANTARTIDA ARGENTINA S/N	0387 4904810	NO	NO	SI	NO	1	NO
PROVINCIAL	DR LUIS ANZOATEGUI CNEL MOLDES	JCE URQUIZA S/N	0387 4905043	NO	NO	SI	NO	1	NO



Dependencia (nacional, provincial, municipal, privado)	Nombre del Hospital	Dirección	Teléfono	P6. ¿El servicio de salud mental atiende adicciones?	P7. ¿El servicio de salud mental realiza internaciones en el mismo hospital?	P8. ¿El servicio de salud mental cuenta con atención ambulatoria?	P9. ¿El servicio de salud mental cuenta con guardia (24 hs) de salud mental?	GRADO DE COMPLETITUD DEL SERVICIO	P10. ¿El servicios de salud mental cuenta con móvil para internación domiciliaria?
PROVINCIAL	STA TERE1TA CERRILLOS	LIBERTAD S/N	0387 4902014	SI	NO	SI	NO	2	NO
PROVINCIAL	DR JOAQUIN CORBALAN ROS. LERMA	MARIANO MORENO 19	0387 4931143	SI	NO	SI	NO	2	NO
PROVINCIAL	SAN RAFAEL EL CARRIL	SAN RAFAEL 445	0387 4908036	SI	NO	SI	NO	2	NO
PROVINCIAL	ARTURO OÑATIVIA	MONTEAGUD O 36	0387 4315042	SI	NO	SI	NO	2	NO
PROVINCIAL	MELCHORA CORNEJO ROS DE LA FRONTERA	AVELLANEDA S/N	03876 481537	SI	NO	SI	NO	2	NO
PROVINCIAL	DR NICOLAS PAGANOLA MERCED	HIPOLITO IRIGOYEN S/N	0387 4906006	SI	NO	SI	NO	2	NO
PROVINCIAL	LA POMA	LA POMA	03868 491003	SI	NO	SI	NO	2	NO
PROVINCIAL	NTRA SRA DEL VALLETA VINA	BLEGRANO S/N	0387 4992031	SI	NO	SI	NO	2	NO





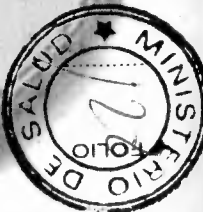
Dependencia (nacional, provincial, municipal, privado)	Nombre del Hospital	Dirección	Teléfono	P6. ¿El servicio de salud mental atiende adiciones?	P7. ¿El servicio de salud mental realiza internaciones en el mismo hospital?	P8. ¿El servicio de salud mental cuenta con atención ambulatoria?	P9. ¿El servicio de salud mental cuenta con guardia (24 hs) de salud mental?	GRADO DE COMPLETITUD DEL SERVICIO	P10. ¿El servicios de salud mental cuenta con móvil para internación domiciliaria?
PROVINCIAL	NTRA SRA DEL ROSARIO CAFAYATE	GRAL PAZ Y 12 DE OCTUBRE	03868 421024	SI	SI	SI	NO	3	NO
PROVINCIAL	EL CARMEN METAN	JOSE 1ERRA 610	03876 420288	SI	SI	SI	NO	3	NO
PROVINCIAL	JOAQUIN CASTELLANOS GRAL GUEMES	CARRET S/N	0387 4911117	SI	SI	SI	NO	3	NO
PROVINCIAL	SAN VICENTE DE PAUL ORAN	PUEYRREDO N 701	03878 421107	SI	SI	SI	NO	3	NO
PROVINCIAL	PRESIDENTE J PERON TARTAGAL	AV. ALBERDI 855	03875 422486	SI	SI	SI	NO	3	NO
PROVINCIAL	HOSP SAN BERNARDO	J. W. TOBAS 69	0387 4225136	SI	SI	SI	NO	3	SI
PROVINCIAL	HOSP SALUD MENTAL DR MIGUEL RAGONE	AV. RICHIERI S/N	0387 4280433	SI	SI	SI	SI	4	SI
PROVINCIAL	SEÑOR DEL MILAGRO	AV SARMIENTO 557	0387 4317400	SI	SI	SI	SI	4	NO
PROVINCIAL	MATERO INFANTIL	AVENIDA SARMIENTO 1301	0387 4325000	SI	SI	SI	SI	4	SI





Tucumán presenta 6 Servicios de Salud Mental en Hospitales Generales de dependencia provincial y 1 municipal. Lo que indicaría menos de 1 SSM público cada 100.000 habitantes (0,4). 2 SSM no internan en el mismo hospital y sólo 2 SSM presentan grado de completitud 4.

Dependencia (nacional, provincial, municipal, privado)	Nombre del Hospital	Dirección	Teléfono	P6. ¿El servicio de salud mental atiende adicciones?	P7. ¿El servicio de salud mental realiza internaciones en el mismo hospital?	P8. ¿El servicio de salud mental cuenta con atención ambulatoria?	P9. ¿El servicio de salud mental cuenta con guardia (24 hs) de salud mental?	GRADO DE COMPLETITUD DEL SERVICIO	P10. ¿El servicios de salud mental cuenta con móvil para internación domiciliaria?
PROVINCIAL	Instituto Maternidad Nstra Sra de las Mercedes	Av. Mate de Luna	SIN DATO	SI	NO	SI	NO	2	NO
MUNICIPAL	A1stencia Pública	Chacabuco 239	0381-4216307	SI	NO	SI	NO	2	NO
PROVINCIAL	Centro de Salud	Av. Nicolas Avellaneda 750	0381-4311208	SI	SI	SI	NO	3	NO
PROVINCIAL	Del Niño Jesús	Psje. Hungria 700	0381-4247040	SI	SI	SI	NO (guardia 12 hs)	3	NO
PROVINCIAL	Belascuain	Gdor del Campos / N	03865-421784	SI	SI	SI	NO	3	NO
PROVINCIAL	Ángel C Padilla	Alberdi 550	0381-4248012	SI	SI	SI	SI	4	NO
PROVINCIAL	Nicolás Avellaneda	Psje Catamarca 2000	0381-4276008	SI	SI	SI	SI	4	NO



## REGION NOA – SANTIAGO DEL ESTERO

Santiago del Estero presenta 3 Servicios de Salud Mental en Hospitales Generales de dependencia provincial. Lo que indicaría menos de 1 SSM público cada 100.000 habitantes (0,2). Ninguno presenta grado de completitud 4.

Dependencia (nacional, provincial, municipal, privado)	Nombre del Hospital	Dirección	Teléfono	P6. ¿El servicio de salud mental atiende <u>adicciones</u> ?	P7. ¿El servicio de salud mental realiza <u>internaciones</u> en el mismo hospital?	P8. ¿El servicio de salud mental cuenta con <u>atención ambulatoria</u> ?	P9. ¿El servicio de salud mental cuenta con <u>guardia</u> (24 hs) de salud mental?	GRADO DE COMPLETITUD DEL SERVICIO	P10. ¿El servicios de salud mental cuenta con <u>móvil para internación domiciliaria</u> ?
PROVINCIAL	Hospital Independencia	Av. Belgrano Norte 600	0385-4212252	SI	SI	SI	NO	3	NO
PROVINCIAL	Hospital Regional Dr. Ramón Carrillo	Av. Belgrano Sur 273	0385-4212331	SI	SI	SI	NO	3	NO
PROVINCIAL	Centro Provincial de Salud Infantil (CEP1)	Mi1ones 1087	0385-4210812 / 4216890	SI	SI	SI	NO	3	NO



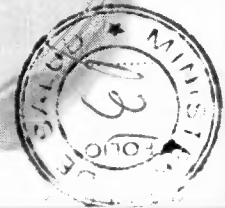
Catamarca presenta 2 Servicios de Salud Mental en Hospitales Generales de dependencia provincial. Lo que indicaría menos de 1 SSM público cada 100.000 habitantes (0,5). Los SSM presentan grado de completitud 4.

Dependencia (nacional, provincial, municipal, privado)	Nombre del Hospital	Dirección	Teléfono	P6. ¿El servicio de salud mental atiende <u>adicciones</u> ?	P7. ¿El servicio de salud mental realiza <u>internacione</u> <u>s</u> en el mismo hospital?	P8. ¿El servicio de salud mental cuenta con <u>atención</u> <u>ambulatoria</u> ?	P9. ¿El servicio de salud mental cuenta con <u>guardia</u> (24 hs) de salud mental?	GRADO DE COMPLETITUD DEL SERVICIO	P10. ¿El servicios de salud mental cuenta con <u>móvil para</u> <u>internación</u> <u>domiciliaria</u> ?
PROVINCIAL	Hosp. San Juan Bautista	Av. Iliá 200	3834-437660	SI	SI	SI	SI	4	NO
PROVINCIAL	Hosp. Eva Perón	Av. Virgen del Valle 1050	3834-437653	SI	SI	SI	SI	4	NO



2137

*No presenta servicios de SM en HG, los que tienen los considera de lógica manicomial.*





*No presenta servicios de SM en HG, los que tienen los considera de lógica manicomial.*



## REGION NEA - CHACO

Chaco presenta 3 Servicios de Salud Mental en Hospitales Generales de dependencia provincial. Lo que indicaría 1 SSM público cada 100.000 habitantes. 2 SSM presentan grado de completitud 4, el SSM del Hospital Pediátrico no interna en el mismo hospital ni posee guardia de 24 hs.

Dependencia (nacional, provincial, municipal, privado)	Nombre del Hospital	Dirección	Teléfono	P6. ¿El servicio de salud mental atiende adicciones?	P7. ¿El servicio de salud mental realiza internaciones en el mismo hospital?	P8. ¿El servicio de salud mental cuenta con atención ambulatoria?	P9. ¿El servicio de salud mental cuenta con guardia (24 hs) de salud mental?	GRADO DE COMPLETITUD DEL SERVICIO	P10. ¿El servicios de salud mental cuenta con móvil para internación domiciliaria?
PROVINCIAL	Avelino Castelán (Pediátrico)	Juan B Justo 1100- Re1stencia	0362-4441477	SI	NO	SI	NO	2	NO
PROVINCIAL	Julio C Perrando	Av 9 de Julio 1099- Re1stencia	0362-4425050	SI	SI	SI	SI	4	NO
PROVINCIAL	4 de Junio (Sáenz Peña)	Malvinas Argentinas 1350 Saenz Peña	0364-4420667	SI	SI	SI	SI	4	NO



134

REGION NEA - FORMOSA

2127

PROVINCIA QUE NO ENTREGÓ EL CUESTIONARIO

Corrientes presenta 17 Servicios de Salud Mental en Hospitales Generales de dependencia provincial. Lo que indicaría casi 2 SSM públicos cada 100.000 habitantes (1,7). Sólo 3 SSM presentan grado de completitud 4. Todos internan en el mismo hospital.

Dependencia (nacional, provincial, municipal, privado)	Nombre del Hospital	Dirección	Teléfono	P6. ¿El servicio de salud mental atiende adicciones?	P7. ¿El servicio de salud mental realiza internaciones en el mismo hospital?	P8. ¿El servicio de salud mental cuenta con atención ambulatoria?	P9. ¿El servicio de salud mental cuenta con guardia (24 hs) de salud mental?	GRADO DE COMPLETITUD DEL SERVICIO	P10. ¿El servicios de salud mental cuenta con <u>móvil para internación domiciliaria</u> ?
PROVINCIAL	Hospital "Angela Llano"	AV. AYACUCHO 3288	3794- 420274	NO	SI	SI	NO	2	NO
PROVINCIAL	Hospital Escuela "Jose Francisco de San Martin"	RIVADAVIA 1250	37974- 421361	NO	SI	SI	NO	2	NO
PROVINCIAL	Hospital "J.R.VIDAL"	NECOCHEA 1050	3794- 421266	NO	SI	SI	NO	2	NO
PROVINCIAL	Hospital Geriatrico "Juana Francisca Cabral"	BELGRANO 1353	3794-	NO	SI	SI	NO	2	NO
PROVINCIAL	BELLA VISTA "EL SALVADOR"	MONTEVIDEO Y SUCRE	3777- 45103	SI	SI	SI	NO	3	NO
PROVINCIAL	GOYA "CAMILO MUNIAGURRIA"	AV.TTE MAZANTI 550	3777- 422283	SI	SI	SI	NO	3	NO
PROVINCIAL	ESQUINA "SAN ROQUE"	MORENO S/N	3777- 460116	SI	SI	SI	NO	3	NO
PROVINCIAL	MONTECASEROS "SAMUEL V ROBINSON"	B MITRE Y SAN MARTIN	3775- 422230	SI	SI	SI	NO	3	NO
PROVINCIAL	MERCEDES "LAS MERCEDES"	J R LACUR 1050	3773- 420031	SI	SI	SI	NO	3	NO

135



Dependencia (nacional, provincial, municipal, privado)	Nombre del Hospital	Dirección	Teléfono	P6. ¿El servicio de salud mental atiende <u>adicciones</u> ?	P7. ¿El servicio de salud mental realiza <u>internaciones</u> en el mismo hospital?	P8. ¿El servicio de salud mental cuenta con <u>atención ambulatoria</u> ?	P9. ¿El servicio de salud mental cuenta con <u>guardia</u> (24 hs) de salud mental?	GRADO DE COMPLETITUD DEL SERVICIO	P10. ¿El servicios de salud mental cuenta con <u>móvil para internación domiciliaria</u> ?
PROVINCIAL	CURUZU CUATIA "DR. FERNANDO IRASTORZA"	BERON DE ASTRADA 1350	3774- 422507	SI	SI	SI	NO	3	NO
PROVINCIAL	SANTO TOME "SAN JUAN BAUTISTA"	PATRICIO BELTRAN 451	37756- 420281	SI	SI	SI	NO	3	NO
PROVINCIAL	ITUZINGO "Dr. Ricardo Billinghurst"	CORRIENTES Y APIPE	3786- 425510	SI	SI	SI	NO	3	NO
PROVINCIAL	SALADAS "MARIA AUXILIADORA"	ALVEAR 750	3782- 421082	SI	SI	SI	NO	3	NO
PROVINCIAL	PASO DE LOS LIBRES "SAN JOSE"	ESTEBAN ALICIA 451	37772- 422099	SI	SI	SI	NO	3	NO
PROVINCIAL	Hospital de Salud Mental San Francisco de A1s	VELZ SARFIELD 99	3794- 437080	SI	SI	SI	SI	4	SI
PROVINCIAL	Hospital P1quiátrico "Eugenio Ramirez"	MI10NES 1150 S LUIS DEL PALMAR	3794- 492026	SI	SI	SI	SI PASIVA	4	NO
PROVINCIAL	Hospital Pediátrico "JUAL PABLO II"	AV ARTIGAS 1435	3794- 475300	SI	SI	SI	SI	4	NO



Misiones presenta 8 Servicios de Salud Mental en Hospitales Generales de dependencia provincial. Lo que indicaría menos de 1 SSM público cada 100.000 habitantes (0,7). Sólo 1 SSM presenta grado de completitud 4. Todos internan en el mismo hospital.

Dependencia (nacional, provincial, municipal, privado)	Nombre del Hospital	Dirección	Teléfono	P6. ¿El servicio de salud mental atiende adicciones?	P7. ¿El servicio de salud mental realiza internaciones en el mismo hospital?	P8. ¿El servicio de salud mental cuenta con atención ambulatoria?	P9. ¿El servicio de salud mental cuenta con guardia (24 hs) de salud mental?	GRADO DE COMPLETITUD DEL SERVICIO	P10. ¿El servicio de salud mental cuenta con móvil para internación domiciliaria?
PROVINCIAL	Hospital de Pediatría	SIN DATO	0376-447784/7830	SI	SI	SI	NO	3	NO
PROVINCIAL	Hospital Dr. Rene Favalaro	SIN DATO	0376-4468014	SI	SI	SI	NO	3	NO
PROVINCIAL	Hospital Nuestra señora de Fátima	SIN DATO	0376-444342/3/4/1	SI	SI	SI	NO	3	NO
PROVINCIAL	Hospital de Oberá	SIN DATO	0375-424550/540	SI	SI	SI	NO	3	NO
PROVINCIAL	Hospital de Alem	SIN DATO	03754-4202290-422845-422016	SI	SI	SI	NO	3	NO
PROVINCIAL	Hospital Eldorado	SIN DATO	03751-421536/5-422535	SI	SI	SI	NO	3	NO
PROVINCIAL	Hospital Materno Neonatal	SIN DATO	0376-4443700	SI	SI	SI	NO	3	NO
PROVINCIAL	Hospital Escuela de Agudos	SIN DATO	0376-4443700	SI	SI	SI	SI	4	NO



Entre Ríos presenta 7 Servicios de Salud Mental en Hospitales Generales de dependencia provincial. Lo que indicaría menos de 1 SSM público cada 100.000 habitantes (0,6). Ningún SSM presenta grado de completitud 4. Todos internan en el mismo hospital.

Dependencia (nacional, provincial, municipal, privado)	Nombre del Hospital	Dirección	Teléfono	P6. ¿El servicio de salud mental atiende <u>adicciones</u> ?	P7. ¿El servicio de salud mental realiza <u>internaciones</u> en el mismo hospital?	P8. ¿El servicio de salud mental cuenta con <u>atención ambulatoria</u> ?	P9. ¿El servicio de salud mental cuenta con <u>guardia</u> (24 hs) de salud mental?	GRADO DE COMPLETITUD DEL SERVICIO	P10. ¿El servicios de salud mental cuenta con <u>móvil para internación domiciliaria</u> ?
PROVINCIAL	Hospital San Roque	La Paz 435. Paraná	0343-4230264	NO	SI	SI	NO	2	NO
PROVINCIAL	Hospital San Martin	Pte. Perón 450 Paraná	0343-4233705	NO	SI	SI	NO	2	NO
PROVINCIAL	Hosp. J. J. Urquiza	J.J. Urquiza S/N Concepción del Uruguay	03442-422464	NO	SI	SI	NO	2	NO
PROVINCIAL	Hosp. Centenario	Pasteur 50. Gualeguaychu	03446-433669	NO	SI	SI	NO	2	NO
PROVINCIAL	Hosp. Santa Rosa	Balcarce y San Martin. Villaguay	03455- 421311	NO	SI	SI	NO	2	NO
PROVINCIAL	Hosp. San Antonio	Soberania S/N Gualeguay	03444-427405	NO	SI	SI	NO	2	NO
PROVINCIAL	Hosp. Felipe Heras	M. Scattini 25. Concordia	0345-4212994	SI	SI	SI	NO	3	NO



2177

REGION CENTRO - SANTA FE

*POR SER UNA JURISDICCIÓN DE MÁS DE 2.500.000 HABITANTES  
SÓLO SE SOLICITÓ INFORMACIÓN AGREGADA.*

