

*primero
la gente*



Plan Nacional de Salud Mental 2023 – 2027



Ministerio de Salud
Argentina

Plan Nacional de Salud Mental 2023 – 2027

Autoridades Nacionales

Presidente de la Nación
Dr. Alberto Fernández

Vicepresidenta de la Nación
Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Ministra de Salud
Dra. Carla Vizzotti

Secretario de Calidad en Salud
Dr. Alejandro Collia

Subsecretaria de Gestión de Servicios e Institutos
Lic. Edith Benedetti

Directora Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos
Dra. Mariana Moreno

Prólogo

“No hay salud sin Salud Mental y no hay Salud Mental sin inclusión social”

El Plan Nacional de Salud Mental y Consumos Problemáticos 2023 - 2027 establece las políticas públicas en la materia para un período sin dudas de grandes desafíos. La pandemia de SARS-Cov-2, declarada por la OMS el 11 de marzo de 2020, ha trastocado la vida de las comunidades, las familias y las personas en forma global, tanto por la pérdida de vidas, como por las consecuencias sobre las condiciones socioeconómicas, los cambios en las pautas de vida cotidiana, la inserción en los espacios de pertenencia y los vínculos en general. Esta crisis se suma a una deuda histórica que nuestro país tuvo con el campo de la salud mental en general, y con las personas con padecimiento mental en particular. El presente Plan Nacional es una herramienta que, al igual que la Estrategia Federal de Abordaje Integral de la Salud Mental y Consumos Problemáticos¹, tiene como propósito abonar al camino de saldar esa deuda en el marco de un proyecto socio-sanitario centrado en las personas en sus comunidades, vínculos y contextos, entendiendo a la territorialidad en el marco del abordaje comunitario y las políticas de proximidad para garantizar la continuidad de cuidados desde una perspectiva de salud integral. Ello implica también incorporar un enfoque de cursos de vida, especialmente para incluir a niñeces y adolescencias como sujetos protagónicos de la transformación en salud mental.

Todo ello sólo es posible en el seno de un proyecto de país que tiene como base la ampliación y protección de los derechos de la ciudadanía y como horizonte la inclusión social, no como una mera respuesta adaptativa sino en el respeto a la diferencia y la diversidad con perspectiva de género y mirada Federal. En este sentido, nuestro país cuenta con una amplia serie de normativas fundamentadas en Derechos Humanos, entre las que se encuentra la Ley Nacional de la Salud Mental N° 26.657 –sancionada y promulgada en el año 2010, y reglamentada en el año 2013–, que establece a través de sus 46 artículos el derecho a la protección de la Salud Mental de toda la población y el pleno goce de los Derechos Humanos de las personas con padecimiento mental.

En el actual escenario marcado por los efectos de la pandemia, diversos conflictos mundiales y la alerta frente a la crisis climática, es más necesario que nunca reafirmar el compromiso de avanzar conjuntamente con las autoridades jurisdiccionales hacia el desarrollo de la red de servicios de Salud Mental Comunitaria, promoviendo el fortalecimiento del componente Salud Mental en el Primer Nivel de Atención; la apertura de servicios de internación de Salud Mental en los hospitales generales; la sustitución definitiva de las instituciones de internación monovalentes; el desarrollo de dispositivos intermedios, tales como viviendas con diferentes grados de apoyo, emprendimientos socioproductivos, centros de día y dispositivos sociocomunitarios; la inclusión de las problemáticas de consumo en la estrategia de Salud Mental. Así como también el incentivo de la investigación y la formación de las y los trabajadores de la Salud Mental en materia de buenas prácticas de Salud Mental Comunitaria.

Tenemos por delante el desafío de seguir profundizando las respuestas intersectoriales integrando las políticas de salud, ciencia y tecnología, educación, vivienda, trabajo, justicia, obras públicas, deporte, cultura y recreación desde una perspectiva de género y diversidades, con participación de todas las carteras del Estado nacional y los Estados subnacionales y el rol protagónico de la Sociedad Civil, las personas usuarias y las sociedades científicas a fin de mejorar el proceso de atención en términos de accesibilidad, calidad y equidad para todas las personas, con eje especialmente en aquellas con padecimiento mental, evitando los estigmas y la discriminación.

Con la convicción de que no hay salud sin Salud Mental y no hay Salud Mental sin inclusión social, invitamos a todas y todos a redoblar los esfuerzos y compromisos que requiere el momento histórico para profundizar el proceso, teniendo en el horizonte el objetivo de transformar el sistema de atención en Salud Mental hacia uno de base comunitaria.

Dra. Carla Vizzotti

MINISTRA DE SALUD DE LA NACIÓN

¹ La Estrategia Federal de Abordaje Integral de la Salud Mental fue presentada por el presidente Alberto Fernández el 25 de abril de 2022. A través de la misma se busca garantizar el cuidado y la atención de la salud mental en todas las etapas de la vida, incrementar la capacitación de recursos humanos en el área, proveer dispositivos para la externación e inserción laboral y aumentar la inversión en el área.

Indice

Introducción

1. Mandato normativo para la elaboración de este Plan.
2. Responsables de la aplicación, monitoreo y evaluación.
3. Metodología de diseño y elaboración.
4. Marco referencial, normas y principios en los que se apoya el Plan.
5. Marco legal y técnico.
6. Antecedentes del Plan Nacional de Salud Mental 2023-2027.
7. Financiamiento, fuentes y presupuestos.
8. Ejes de trabajo y objetivos.

Eje 1: Rectoría en Salud Mental

Eje 2: Salud Mental en el Primer Nivel de Atención

Eje 3: Ampliación e Integración intersectorial de la Red de Salud Mental

Eje 4: Salud Mental en el Hospital General

Eje 5: Profundización de la adecuación de los dispositivos monovalentes de internación en Salud Mental hasta la sustitución definitiva

Eje 6: Promoción y Prevención en Salud Mental y Consumos Problemáticos

Eje 7: Transformación de las prácticas

Eje 8: Vigilancia Epidemiológica e Investigación en Salud Mental

Eje 9: Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres

9. Monitoreo y evaluación.

Indicadores, metas y articulaciones mínimas necesarias

Eje 1: Rectoría en Salud Mental

Eje 2: Salud Mental en el Primer Nivel de Atención

Eje 3: Ampliación e Integración intersectorial de la Red de Salud Mental

Eje 4: Salud Mental en el Hospital General

Eje 5: Profundización de la adecuación de los dispositivos monovalentes de internación en Salud Mental hasta la sustitución definitiva

Eje 6: Promoción y Prevención en Salud Mental y Consumos Problemáticos

Eje 7: Transformación de las prácticas

Eje 8: Vigilancia Epidemiológica e Investigación en Salud Mental

Eje 9: Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres

10. Referencias Bibliográficas

11. Glosario

12. Anexos

13. Colaboraciones

Introducción

El presente Plan Nacional de Salud Mental 2023-2027 es fruto de un trabajo de elaboración colectivo llevado adelante en 11 rondas consultivas realizadas desde noviembre de 2020 a marzo de 2021 en tanto espacio de debate e intercambio, a partir de las cuales se recopilaron y sistematizaron aportes que fueron incorporados al mismo. Participaron de dicho proceso la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, las y los responsables de Salud Mental y Consumos Problemáticos de las 24 jurisdicciones del país, el Órgano de Revisión Nacional de la Ley 26.657, el Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones con las 30 organizaciones que lo componen, 14 organizaciones de personas usuarias y familiares vinculadas a los servicios de Salud Mental, 8 asociaciones de profesionales del campo de la Salud Mental, 12 organismos públicos entre los cuales se encuentra la SEDRONAR (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina), 4 organizaciones de la sociedad civil, 2 sindicatos, 10 espacios académicos y 10 expertas y expertos en la materia, además de diversas áreas del Ministerio de Salud de la Nación.

El 8 de octubre de 2021 se presentó una primera versión del Plan Nacional en el marco de las actividades organizadas desde el Ministerio de Salud de la Nación para celebrar el Día Mundial y Nacional de la Salud Mental, y unos meses más tarde se lanzó la Estrategia Federal de Abordaje Integral de la Salud Mental.

El Plan 2023-2027 que aquí se presenta toma como base el texto del Plan Nacional antes mencionado, respetando los aportes de los distintos actores y sectores sociales que participaron en las ruedas de consulta. Las modificaciones que se introducen en esta versión tienen como propósito arribar a un documento actualizado a la luz de la presentación por parte del presidente Alberto Fernández el 25 de abril de 2022 de la Estrategia Federal de Abordaje Integral de la Salud Mental, de la extensión en el tiempo de la pandemia por COVID 19 y los efectos de la emergencia sanitaria en nuestro país.

Este documento contiene, en primer lugar, el mandato normativo para la elaboración del Plan Nacional y su Autoridad de Aplicación (apartados 1 y 2); a continuación, se explica el proceso metodológico de formulación, con el detalle de las rondas consultivas efectuadas (apartado 3); seguidamente, se exponen los marcos referencial, normas y de principios, y legal y técnico (apartados 4 y 5); el sexto apartado presenta antecedentes del Plan Nacional de Salud Mental 2023-2027; el séptimo apartado está dedicado a financiamiento, fuentes y presupuestos; para luego exponer los ejes y objetivos de trabajo (apartado 8), con sus correspondientes indicadores, metas y articulaciones mínimas necesarias (apartado 9); finalmente, se presentan las referencias bibliográficas y el glosario (apartados 10 y 11).

Nota: el Ministerio de Salud de la Nación es el editor final del presente Plan Nacional de Salud Mental, en tanto Autoridad de Aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (art. 31). Si bien su formulación está basada en los aportes de las y los participantes de todo el proceso de construcción, el producto final puede no reflejar la totalidad de sus opiniones.

1. MANDATO NORMATIVO PARA LA ELABORACIÓN DE ESTE PLAN

1.1.- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010 - 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 N° 457/2010 - Creación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

1.3.- 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 la Dirección Nacional.

1.4.- Decisión Administrativa 891/2022 de Jefatura de Gabinete de Ministros - Estructura Organizativa. Modificación- Cambio de denominación a Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos.

2. RESPONSABLES DE LA APLICACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN

Ministerio de Salud de la Nación
Secretaría de Calidad en Salud
Subsecretaría de Gestión de Servicios e Institutos
Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos

3. METODOLOGÍA DE DISEÑO Y ELABORACIÓN

3.1 Responsable

Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos.

3.2 Proceso colaborativo

Este Plan Nacional fue formulado a través de un proceso colaborativo interactoral, desarrollado entre noviembre de 2020 y marzo de 2021, que constó de las etapas que se describen a continuación.

Observación: considerando las medidas de cuidado a instancias de la pandemia de SARS-Cov-2 vigentes para el período mencionado, todos los espacios de trabajo colectivo fueron implementados de manera virtual, a través de la plataforma Telesalud. Los mismos fueron grabados y se elaboró en cada uno de ellos un acta cuyo contenido fue validado por las y los participantes.

1. Elaboración de un primer borrador por parte del equipo técnico de la Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos, con base en un análisis del estado de situación de la implementación de las políticas públicas en la materia a nivel nacional, así como en la revisión del Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018 (aprobado por Resolución 2177/2013 del Ministerio de Salud de la Nación y cuya ejecución fue interrumpida en diciembre de 2015).

2. Desarrollo de un espacio de trabajo con las y los responsables de las áreas de Salud Mental y Adicciones de las distintas jurisdicciones del país y con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, a partir del cual se elaboró una segunda versión del borrador.

3. Implementación de rondas consultivas con los diferentes actores y sectores del campo de la Salud Mental. Para ello, se remitió el borrador, se recibieron aportes escritos sobre el mismo, los cuales fueron sistematizados, para finalmente dar lugar al correspondiente encuentro, con el objetivo de promover el intercambio, el diálogo y el debate. Esta etapa tuvo como producto la elaboración de la versión preliminar del Plan, a partir de la incorporación de las contribuciones de los actores y sectores consultados (ver siguiente acápite).

4. Remisión de la versión preliminar a las y los responsables de Salud Mental y Adicciones de las jurisdicciones, a la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, al Órgano de Revisión Nacional y al Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones para la elaboración de la versión definitiva.

5. Elaboración de la versión definitiva por parte del equipo técnico de la Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos y presentación pública el 8 de octubre de 2021 en el marco de las actividades por el Día Mundial y Nacional de la Salud Mental.

6. Revisión del texto presentado en 2021 y elaboración de una nueva versión (actualización acorde a la presentación de Estrategia Federal de Abordaje Integral de la Salud Mental en abril de 2022).

3.3 Rondas consultivas

- I. Responsables jurisdiccionales de Salud Mental y Consumos Problemáticos y Secretaría de Derechos Humanos de la Nación.
- II. Federaciones y asociaciones de profesionales e idóneos.
- III. Órgano de Revisión Nacional de la Ley N° 26.657.
- IV. Organismos del Estado Nacional.
- V. Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones.
- VI. Asociaciones de personas usuarias y familiares, ONGs y organizaciones de la sociedad civil.
- VII. Docentes, investigadoras e investigadores de universidades e institutos nacionales. Asociaciones de personas usuarias y familiares, ONGs y organizaciones de la sociedad civil – ronda complementaria.
- VIII. Gremios que representan a trabajadoras y trabajadores de la salud.
- IX. Expertas y expertos nacionales y organismos internacionales.
- X. Organismos del Estado Nacional - ronda complementaria.
- XI. Asociaciones de personas usuarias y familiares, ONGs y organizaciones de la sociedad civil – ronda complementaria

4. MARCO REFERENCIAL NORMAS Y PRINCIPIOS EN LOS QUE SE APOYA EL PLAN

4.1 Enfoque de derechos y marco normativo

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo, aprobados por la Argentina a través de la Ley N° 26.378 (2008) y con jerarquía constitucional a partir de la Ley N° 27.044 (2014), la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010) y el Código Civil y Comercial de la Nación (2014), -en articulación con los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, Adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 46/119, de diciembre de 1991, conocidos como “Principios de Salud Mental”- conforman una estructura normativa sólida que garantiza el derecho a la protección de la Salud Mental de todas las personas, y asegura los derechos humanos de aquellas con algún padecimiento de Salud Mental.

El marco normativo señalado, se completa con otros instrumentos nacionales e internacionales, tales como la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina (“Declaración de Caracas”, OPS, 1990); los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental (ONU, 1991); la Ley de Protección de Datos Personales N° 25.326 (2000); los Principios Rectores Para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas (“Declaración de Brasilia”, OPS, 2005); las Reglas de Brasilia de Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad (2006); la Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud N°26.529 (2009).

Un componente fundante que oficia de plan de acción para la protección de los derechos vinculados a la Salud Mental es la Declaración de Caracas adoptada el 14 de noviembre de 1990 por la Conferencia sobre la Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina convocada por la Organización Panamericana de la Salud, que fue suscripta por los países miembros y las principales asociaciones profesionales, además de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

En dicha Declaración, las y los suscriptores acordaron que “la atención psiquiátrica convencional no permitía alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva” y que “el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados”. A la vez, se considera que los programas de Salud Mental deben fundamentarse y orientarse en estrategias y modelos basados en la Atención Primaria de la Salud y en las necesidades de la población, con perspectiva local y asumiendo características descentralizadas, participativas y preventivas.

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, incorpora las recomendaciones de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad y los estándares internacionales más actuales en el campo de la Salud Mental.

La Salud Mental, según el texto de la ley mencionada y de los diversos tratados internacionales en el que el mismo se basa, es un proceso íntimamente vinculado al pleno ejercicio de los derechos por parte de las personas. Específicamente, en el Capítulo IV, Artículo 7 se da cuenta de los derechos de las personas con padecimientos mentales, 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, 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. Se considera también parte integrante del sistema de Salud Mental toda la normativa supranacional e internacional concerniente a las que la Ley N° 26.657 otorga estatus jurídico.

Esta perspectiva fue consolidada por la reforma en octubre de 2014 del Código Civil y Comercial (en particular en sus artículos 31 a 50, Ley N° 26.994). La Sección tercera del Código regula especialmente los temas vinculados con la capacidad jurídica y la internación de personas con padecimientos mentales. Reconoce los principios de legalidad, inclusión, no discriminación y ciudadanía para que las personas con padecimiento mentales puedan acceder a derechos fundamentales como la igualdad, la dignidad, la vida, la salud, la libertad personal, la identidad.

Cabe resaltar la importante contribución del Código Civil y Comercial al incorporar a su texto algunos derechos humanos y libertades fundamentales de raigambre constitucional y, a su vez, reconocer otros derechos específicos -y sus expansiones.

Específicamente, el Código Civil y Comercial regula la internación sin consentimiento en el art. 41 precisando los requisitos que debe reunir una sentencia que autorice la privación de libertad de una persona y su posterior control judicial a fin de que la internación sea de excepción tanto al momento de su imposición como para su mantenimiento.

El nuevo paradigma, que concibe a la internación como un derecho para protección y mejora de la propia persona, impone el control constante de la legalidad de la restricción y el cambio de la medida por cualquier otra que implique menor restricción para la persona siempre que sea posible.

El Código Civil y Comercial reivindica -conforme lo ordena la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657- los criterios interdisciplinarios tanto para la internación como para las altas o salidas a prueba, como uno de los ejes de la reforma.

4.2 Atención Primaria de la Salud y Abordaje Integral

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 toma como eje rector los lineamientos de la **Atención Primaria de la Salud (APS)** tal como se desarrollan en bibliografía y normativa sanitaria internacional (OMS 2001). El Artículo 9 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. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales”, ampliando en el Decreto Reglamentario N° 603/2013 del citado Artículo, que la Autoridad de Aplicación “(...) promoverá políticas para integrar a los equipos interdisciplinarios de atención primaria de la salud que trabajan en el territorio, conformados por médicos generalistas y de familia, agentes sanitarios, enfermeros y otros agentes de salud, como parte fundamental del sistema comunitario de Salud Mental”.

Este significativo cambio paradigmático, que promueve la atención en Salud Mental en el territorio, instala al equipo de salud del Primer Nivel de Atención como central en el proceso del cuidado de la Salud Mental de las personas en las comunidades.

Cabe mencionar el amplio consenso desde la salud pública sobre las mejoras que ha producido en los indicadores de salud colectiva la implementación de la estrategia de APS, (OPS/OMS, 2019), a partir de sus diferentes componentes estratégicos: reorientación del recurso humano, participación social, uso de tecnologías apropiadas, programación local, nuevas formas de organización de los servicios, reorientación del financiamiento sectorial, intersectorialidad, cobertura total y promoción y prevención. (Alma Ata, 1978).

Asimismo, desde una perspectiva de **Abordaje Integral**, el componente participativo y comunitario en Salud Mental se plantea como necesario y vital ya que propone que las familias, las personas con padecimiento mental y la comunidad en general puedan implicarse tanto en la elaboración de las políticas públicas en materia de Salud Mental como en las decisiones en torno a los procesos de cuidados, asistencia y recuperación en Salud Mental. Siguiendo a la Ley Nacional de Salud Mental el “fortalecimiento de los lazos sociales” tiende a incorporar prácticas, vivencias, intercambios que incluyen una participación real y directa en la vida en comunidad.

Por su parte, la inclusión social y el acceso a derechos fundamentales deben ser considerados como el principal proceso para asegurar la igualdad de condiciones para el desarrollo de la vida de todas las personas. Ello implica, particularmente, la integración de las personas usuarias al sistema de Salud Mental y la restitución de los lazos comunitarios, favoreciendo su participación plena en la vida colectiva.

En este sentido, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, en su Artículo 1º, refiere “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”. En su artículo 14º, considera a la internación como un “recurso terapéutico de carácter restrictivo”, que sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, entorno afectivo y ámbito laboral, escolar y social, salvo en aquellos casos que por razones terapéuticas debidamente fundadas sea así establecido por el equipo interviniente. El artículo 15º, agrega que la internación debe ser lo más breve posible. Entendida de este modo, la internación en tanto recurso restrictivo, es afín a la consideración de que es en la vida comunitaria donde una persona puede desarrollarse de manera integral, siendo en ella donde deben construirse los resortes para una inclusión social plena.

Esta mirada compleja requiere necesariamente la incorporación de la interdisciplina como principio, para superar los límites que cada disciplina impone al abordaje de los problemas de la Salud Mental, el cual realizan desde un enfoque teórico preestablecido y a través de estrategias metodológicas de influencia positivista. Así, la interdisciplina se propone avanzar en la construcción de intervenciones basadas en el intercambio de saberes y la mutua interpelación, desde una perspectiva de complejidad de los fenómenos y problemas.

La Ley Nacional de Salud Mental retoma este enfoque en su Capítulo V, artículos 8 y 9, donde establece la promoción de procesos de atención basados en abordajes interdisciplinarios e intersectoriales, integrados por profesionales, técnicas y técnicos, y otras trabajadoras y trabajadores capacitados para la atención en Salud Mental.

En este sentido, las diferentes disciplinas que abordan la Salud Mental deben entramar sus conceptos operativos y herramientas de abordaje no sólo con aquellos conocimientos propios de la matriz académica, sino también con aquellos que provienen de las estrategias de desarrollo de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados de las comunidades junto a las que intervienen los y las profesionales.

En lo que respecta a la intersectorialidad e interjurisdiccionalidad, tanto en el Artículo 11 como en el Artículo 36, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 establece la necesidad de coordinación de las autoridades de Salud de cada jurisdicción con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo, hábitat y otras que se requieran, para que se implementen acciones de inclusión social, incorporando para ello mecanismos que garanticen la participación comunitaria, en particular de asociaciones de personas y familiares de los servicios de Salud Mental.

Es una prioridad para la organización de los servicios de salud comunitarios, tanto del Primer Nivel como en los hospitales generales, el trabajo en red para la atención y continuidad de cuidados específicos y adecuados para cada curso de vida con el fin de promover el acceso a la Salud Mental.

Un concepto clave para una perspectiva de abordaje integral es el de interculturalidad. Incorporar esta mirada implica partir del reconocimiento de las asimetrías sociales, económicas, políticas e institucionales históricamente determinadas. Estas asimetrías limitan la posibilidad de que las otras y los otros puedan ser considerados como personas con identidad, diferencia y agencia. Asimismo, desde una perspectiva intercultural, las políticas públicas deben promover el intercambio y la complementariedad entre culturas y, en relación a la esfera de la salud, entre los modos de construcción de problemas, intervención y acompañamiento del paradigma científico y los de las culturas ancestrales y populares.

La interculturalidad en salud supone no sólo reconocer, respetar y comprender las diferencias socioculturales sino incorporarlas al sistema de salud público, capacitando y sensibilizando también a los equipos respecto de la diversidad cultural con el fin de minimizar las barreras en la atención. Por ello, un abordaje intercultural en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidados se fundamenta en articulaciones, consensos y responsabilidades compartidas entre los equipos de salud, las comunidades y colectivos indígenas, afrodescendientes y migrantes.

Las políticas públicas deben respetar, acompañar y basarse en las diferencias culturales existentes en un país diverso, recuperando el valor de los saberes que sustentan las estrategias de resolución de problemas que las personas llevan adelante en sus contextos cotidianos de vida. Para ello, se requiere la incorporación de la perspectiva de los actores comunitarios en la construcción de sus problemas y en la planificación de estrategias, garantizando intervenciones situadas.

En este sentido, la territorialidad es un factor determinante en la ampliación de la accesibilidad a la atención desde el punto de vista geográfico y cultural, en clave de respeto a los derechos vinculados a la identidad, a la preservación de lazos sociales y al acompañamiento afectivo, como parte de todo proceso de inclusión sanitaria y social. Implica que la atención de Salud Mental deba ser en las propias comunidades. El artículo 11 de la Ley instruye la creación de dispositivos de atención ambulatoria, de inclusión social y laboral, servicios para la prevención y promoción de la salud, cooperativas de trabajo, casas de convivencia, hospitales de día, centro de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas, atención domiciliaria y apoyos a familiares y a la comunidad. Es menester que estos dispositivos formen parte de la red de servicios de Salud Mental con base en la comunidad, con fuerte articulación al Primer Nivel de Atención.

4.3 Perspectiva de cursos de vida

El concepto de cursos de vida en términos de Salud Mental permite identificar y comprender las necesidades de las personas y sus comunidades a partir de una mirada dinámica sobre las trayectorias vitales, superando una concepción de salud centrada en la enfermedad y promoviendo la capacidad intrínseca de las personas y las comunidades para construir Salud Mental a lo largo de la continuidad de su vida. Ello implica planificar e integrar intervenciones específicas para cada momento vital, en especial lo que respecta a niñeces y adolescencias, y a personas mayores.

Considerando que las problemáticas de la Salud Mental son en gran medida tributarias de malestares tempranos de la vida y el desarrollo, el cuidado de la Salud Mental en las infancias y adolescencias resulta indispensable en la integralidad de la políticas públicas -tanto de prevención, promoción, como de asistencia y recuperación- que habilite los recursos necesarios para la crianza, llevando adelante intervenciones desde una perspectiva no adultocéntrica.

Entendiendo que las niñeces y adolescencias transitan un proceso de autonomía progresiva, se deben evitar diagnósticos que pueden resultar cerrados-estigmatizantes, que refuerzan su patologización y medicalización.

Desde el marco de la Atención Primaria de la Salud, asumir una perspectiva de **niñeces y adolescencias** conlleva reforzar el rol de los centros de salud y de educación en el abordaje temprano de padecimientos mentales y el acompañamiento a los entornos afectivos y de crianza, así como la importancia de entidades como clubes, centros religiosos, espacios comunitarios, entre otros.

El abordaje de situaciones de violencias en niñeces y adolescencias requiere consenso respecto de modelos de abordaje específicos e integrales. En este sentido, se deben considerar especialmente aquellas situaciones potencialmente problemáticas devenidas de abuso, maltrato o abandono así como los procesos de exclusión social, desigualdad e inequidad y sus consecuencias para la subjetividad. En particular, la institucionalización de carácter manicomial de niños, niñas y adolescentes, así como las derivaciones sin contemplar la continuidad de cuidados, son situaciones productoras de padecimientos.

En éste sentido todos los abordajes deben promover y priorizar la perspectiva de cuidados integrales, construyendo redes intersectoriales con enfoque de corresponsabilidad para la atención y la inclusión social, acompañando e interviniendo de manera temprana y oportuna respecto de padecimientos graves, sensibilizando a la comunidad y desarrollando acciones de apoyo tendientes a la mejora de las condiciones de vida y crianza en los entornos significativos. Para ello, se hace necesaria la formación de profesionales que puedan desarrollar capacidades orientadas a las niñeces y adolescencias.

En lo que respecta a las **personas mayores**, resulta fundamental la prevención de padecimientos mentales abordando factores de riesgo tales como las enfermedades crónicas y las discapacidades físicas, promoviendo la mejora en el proceso de demanda de ayuda, el abordaje temprano y la intervención oportuna.

Existen personas mayores con padecimientos mentales que quedan invisibilizados en dispositivos residenciales, sin recibir el mejor tratamiento posible. Asimismo, debe considerarse que las personas con internaciones por motivos de Salud Mental de larga data poseen, además, otras comorbilidades, las cuales es menester abordar interdisciplinariamente para lograr un envejecimiento saludable.

Es imprescindible tener en cuenta las singularidades de la Salud Mental en el proceso de envejecimiento de las personas mayores, en particular de –pero sin restringirse a– aquellas con padecimientos mentales, para implementar líneas de acción específicas en torno a preservar o mejorar su Salud Mental, promoviendo espacios de participación activa en materia económica, social, cultural y política.

Finalmente, es importante fomentar la formación específica en gerontología para las profesiones de la Salud Mental, así como la necesidad de fortalecer los dispositivos de cuidados intermedios.

4.4 Perspectiva de géneros y diversidades

Tal como señala el Plan Nacional de Políticas de Género y Diversidad en Salud Pública del Ministerio de Salud de la Nación (2020) “diversos organismos internacionales impulsan el reconocimiento de la perspectiva de género y diversidad al visibilizar y desnaturalizar las desigualdades existentes entre los géneros, las maneras de vivir la sexualidad, las identidades y las corporalidades. En el ámbito de la salud, se viene desarrollando un proceso de despatologización y revisión de la evidencia científica en clave de reconocimiento de los derechos humanos fundamentales”.

En este sentido el presente plan de Salud Mental incorpora esta perspectiva con el objetivo de tomar en consideración a las desigualdades específicas que devienen de los roles asignados a las personas a partir de estereotipos social e históricamente construidos en torno a las formas “normales” que debe asumir la existencia humana.

Estas desigualdades se constituyen como condicionantes específicos al momento de planificar, intervenir en y evaluar procesos de salud–enfermedad–atención–cuidados, y el impacto resultante en lo relativo a garantizar calidad, equidad y accesibilidad al sistema de atención.

Asimismo, la Ley Nacional N° 27.611 de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia, plantea que “(...) hay sistemas que imponen una concepción binaria, biologicista y esencialista como formas de vivir, entre ellos los que suponen la relación lineal y única entre genitalidad, género y orientación sexual; el sistema capitalista que valora unas capacidades por sobre otras; los que valoran la etapa adulta por sobre las otras edades/etapas de la vida, como así también el racismo o etnocentrismo que considera a una cultura/grupo étnico superior a otro a partir de argumentos de superioridad racial”.

Incorporar esta perspectiva también supone revalorizar la lógica de los cuidados en salud desde lo preventivo y colectivo, promoviendo el desarrollo de capacidades de autocuidado, apoyos diferenciales, no centrados en una perspectiva asistencialista, biologicista y medicalizante de la salud, favoreciendo desde la Salud Mental las condiciones para la modificación de los patrones socioculturales que reproducen inequidades, discriminaciones y violencias en relación al género y a las diversas formas de vivenciar la sexualidad y corporalidad.

En las últimas décadas, el problema de las **violencias por motivos de género** viene contando con amplio reconocimiento social. Desde 1993, la Organización Panamericana de Salud (OPS) destacó a la violencia como un problema de salud pública a nivel mundial. Además, se la ha ubicado como una situación grave de transgresión a los Derechos Humanos, que ha aumentado de forma alarmante en los últimos años. El Plan Nacional de Acción contra

las violencias por motivos de género 2020-2022 del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación señala que “las violencias por motivos de género constituyen una práctica estructural violatoria de los derechos humanos y las libertades fundamentales que afecta gravemente a mujeres y a las personas LGBTI+. No sólo supone el maltrato físico, sino que incluye también otras formas de violencias como la psicológica, sexual, económica, simbólica y mediática”, y detalla las diversas modalidades en que las mismas pueden manifestarse (doméstica, institucional, laboral, contra la libertad reproductiva, obstétrica, mediática, en el espacio público, pública-política). Las violencias por motivos de género abarcan prácticas y actos mediante los cuales se discrimina, ignora, somete y subordina a las mujeres y diversidades sexuales, en los diferentes aspectos de su existencia, afectando su libertad, dignidad, seguridad, intimidad e integridad moral y/o física.

No se trata de un problema individual, privado, familiar o relacional, sino de un problema público y social estrechamente vinculado con el ejercicio pleno de los derechos. Esta mirada interpela especialmente al campo de la salud en la superación de prácticas tutelares y problematización de los saberes y quehaceres de quienes trabajan en violencias desde la Salud Mental.

4.5 Salud Mental centrada en las personas y su entorno

En el Capítulo II, Artículo 3 de la Ley Nacional N° 26.657 se establece que la Salud Mental es reconocida en su determinación social 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 las personas”.

Dicho proceso de construcción social sólo puede ser llevado adelante colocando a las personas y las comunidades en el centro de las políticas públicas, como clave de comprensión de la vida y la salud integral, así como de las condiciones en que emergen los padecimientos mentales y los diferentes agentes e instituciones abordan los mismos. Esto implica, también, que las acciones deben ser pensadas e implementadas a partir de las necesidades, capacidades, potencialidades, deseos, intereses, recursos y apoyos requeridos por las personas, colocándolas en un lugar protagónico, y eliminando las barreras sociales que impiden su efectiva participación en la toma de decisiones.

En el mismo artículo, la Ley señala también que “se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas”. Ello conlleva que la intervención adquiera un carácter de construcción conjunta con quien padece, a partir de sus potencialidades, red vincular, deseos y de las posibles vías de abordaje y acompañamiento de su padecimiento.

Todo ello implica, como criterio rector, la consideración de la persona siendo parte del entramado socio-comunitario como centralidad del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados, y no de su diagnóstico. En este sentido, la Salud Mental se construye en torno a la persona a partir de sus vínculos y en sus contextos, fortaleciendo los lazos sociales, las prácticas de cuidados y la intervención entramada de las instituciones actuantes. En este orden de cuestiones es que se hace imprescindible la revisión de estructuras, dispositivos y prácticas con el propósito de promover la inclusión y la equidad.

En esta línea, un ámbito específico de intervención que a instancias de la pandemia cobró un lugar de interés insoslayable, es el de los **cuidados a los trabajadores y las trabajadoras de la salud y primeras líneas de respuesta.**

El bienestar de las y los trabajadores de la salud y la calidad de la atención y las intervenciones son elementos interconectados. Los riesgos para la salud y la seguridad de los equipos técnicos y profesionales pueden causar daños y efectos adversos en la población a la que se presta asistencia.

Durante el contexto de pandemia el personal de salud y primera línea de respuesta fueron considerados por organismos internacionales como un grupo de riesgo, dado el incremento del estrés, el aumento de la carga horaria de trabajo, la demanda y la saturación de los servicios que generó el ausentismo y la deserción, el temor y la exposición al contagio propio y de los seres queridos, la morbilidad y mortalidad por el virus, la estigmatización y el maltrato recibido, así como sentimientos de frustración e impotencia ligados a la necesidad de mantener la eficiencia.

Distintos estudios señalan que las trabajadoras y los trabajadores manifestaron agotamiento físico y mental, dificultades para conciliar el sueño, aumento en la ingesta de sustancias para dormir, necesidad de conversar sobre sus emociones, entre otros sentimientos; confirmando así la necesidad de generar intervenciones para el cuidado, apoyo y acompañamiento emocional de los/as trabajadores/as.

5. MARCO LEGAL Y TÉCNICO

5.1 Normativa del Plan Nacional de Salud Mental

- Ley Nacional Nº 26.657 – Derecho a la Protección de la Salud Mental.
- Decreto Reglamentario Nº 603/2013.

5.2 Normativa y documentos internacionales de referencia (por orden cronológico)

- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Ley 23.313)
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Ley 23.313)
- Convención Interamericana sobre Derechos Humanos (Ley 23.054)
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Ley 23.179)
- Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (Ley 23.338)
- Convención sobre los Derechos del Niño (Ley 23.849)
- Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (Ley 27.360)
- Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud de noviembre de 1990 - Para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud.
- Resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991 de la Asamblea General de la ONU - Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) (1994)
- Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (Ley 25.280)
- Marco de Acción de Hyogo – Aumento de la resiliencia de las naciones y las comunidades ante los desastres (2005)
- Conferencia Regional para la reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 Años Después de Caracas, del mes de noviembre de 2005 – Principios de Brasilia: Principios Rectores Para el Desarrollo de La Atención en Salud Mental en las Américas.
- Reglas de Brasilia de Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad (2006)
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Ley 26.378)
- Resolución CD49.R17. Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental. Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009.
- Conferencia Regional de Salud Mental en la Ciudad de Panamá los días 7 y 8 de octubre del 2010, Consenso de Panamá - Estrategia y plan de acción sobre Salud Mental.
- Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030, Sendai, Naciones Unidas (2015).

5.3 Otras Leyes Nacionales (por orden cronológico):

- Ley Nacional Nº 22.431 – Sistema de Protección Integral de los Discapacitados.
- Ley Nacional Nº 23.592 – Medidas contra Actos Discriminatorios.
- Ley Nacional Nº 24.788 - Lucha Contra el Alcoholismo. Decreto Reglamentario Nº 149/2009.
- Ley Nacional Nº 24.901 – Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad.
- Ley Nacional Nº 25.421 – Programa de Asistencia Primaria de la Salud Mental.
- Ley Nacional Nº 26.061 - Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Decreto Reglamentario Nº 415/06.
- Ley Nacional Nº 26.485 – De protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.
- Ley Nacional Nº 26.522 – Servicios de Comunicación Audiovisual. Decreto Reglamentario 1.225/2010.
- Ley Nacional Nº 26.529 - Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Decreto Reglamentario Nº 1.089/2012.
- Ley Nacional Nº 26.687 - Regulación de la Publicidad, Promoción y Consumo de Productos Elaborados con Tabaco. Decreto Reglamentario Nº 602/2013.
- Ley Nacional Nº 26.743 – De identidad de Género.
- Ley Nacional Nº 26.842 – Prevención y Sanción de la Trata de Personas y Asistencia a las Víctimas

- Ley Nacional N° 26.934 –Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos.
- Ley Nacional N° 26.959 – Día Nacional de la Salud Mental.
- Ley Nacional N° 26.994 – Código Civil y Comercial de la Nación.
- Ley Nacional N° 27.043 – Trastornos del Espectro Autista. Decreto Reglamentario N° 777/19.
- Ley Nacional N° 27.130 - De Prevención del Suicidio. Decreto Reglamentario N° 603/2021
- Ley Nacional N° 27.287 - Sistema Nacional para la Gestión Integral del Riesgo y la Protección Civil
- Ley Nacional N° 27.499 - Ley Micaela de Capacitación Obligatoria en Género para todas las personas que integran los tres poderes del Estado.
- Ley Nacional N° 27.611 – Ley Nacional de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia.

5.4 Decretos, resoluciones complementarias y recomendaciones (por orden cronológico):

- Decreto N° 457/2010 - Creación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.
- Resolución N° 2.177/2013 del Ministerio de Salud – Plan Nacional de Salud Mental 2013 – 2018.
- Resolución N° 506/2013 del Ministerio de Seguridad – Aprobación Pautas para la Intervención de los Cuerpos Policiales y Fuerzas de Seguridad.
- Resolución N° 1.876 - E/2016 – Aprobación Normas para Habilitación de Establecimientos y Servicios de Salud Mental y Adicciones sin Internación.
- Recomendación de la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones del año 2014
- Recomendaciones a los Servicios Asistenciales para la Revisión de las Declaraciones Judiciales de Incapacidad e Inhabilitación.
- Recomendación de la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones del año 2015
- Recomendaciones a las universidades públicas y privadas Artículo 33° Ley Nacional N° 26.657.
- Resolución 1886/2020 del Ministerio de Salud- Aprobación del Plan Nacional de Políticas de Género y Diversidades en Salud Pública
- Decreto 426/2021 – Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones
- Resolución N°1178/2022 del Ministerio de Salud - Aprobación de las Directrices de Organización y Funcionamiento de Servicios de Salud Mental
- Resolución N°1717/2022 del Ministerio de Salud - Creación del Programa de Abordaje Integral de la Problemática del Suicidio
- Resolución N°2116/2022 del Ministerio de Salud - Creación del Programa para el Fortalecimiento de la Red Asistencial en la Atención Integral de los Consumos Problemáticos.
- Decisión Administrativa 891/2022 de Jefatura de Gabinete de Ministros - Estructura Organizativa. Modificación-Cambio de denominación a Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos
- Resolución Conjunta 2/2022 del Ministerio de Turismo y Deportes y del Ministerio de Salud - Creación del Programa de Promoción de Acceso a la Salud y la Práctica Deportiva en Clubes y Otras Entidades Deportivas
- Resolución Conjunta 5/2022 del Ministerio de Salud y del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos - Creación de la Comisión Permanente de Trabajo y Asistencia Técnica para la Implementación de los Estándares de Servicios de Salud Pública y Privada
- Resolución N°09/2022 del ÓRGANO de REVISIÓN NACIONAL de SALUD MENTAL- Aprobación del “Documento sobre personas con discapacidad psicosocial o intelectual declaradas inimputables privadas de libertad y recomendaciones para su tratamiento”
- Resolución 1366/2022 del Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social, en la cual se crea la Unidad de Vinculación de Cooperativas Sociales integradas por personas con discapacidad psicosocial en Salud Mental.
- Resolución 1549/2022 del Ministerio de Salud- Aprobación del listado de especialidades multiprofesionales, en el cual se incluye a la especialidad de Salud Mental Comunitaria.
- Resolución 2282/2022 del Ministerio de Salud - Condiciones para certificarse como especialistas las y los profesionales que ejerzan la profesión de psicología.
- Resolución 843/2022 del Ministerio de Seguridad- Aprobación de pautas de intervención para las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales en situaciones que involucran a personas con crisis de Salud Mental y/o con consumos problemáticos en el espacio público.
- Resolución 3672/22 del Ministerio de Salud - Convocando a la conformación del Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones conforme lo establecido en el artículo 2° del decreto 603/13, para el periodo 2023-2027

6. ANTECEDENTES DEL PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL 2023-2027

Los últimos 12 años podrían ser caracterizados como un tiempo de avances y retrocesos para las políticas públicas en materia de Salud Mental en nuestro país. El 25 de noviembre de 2010, el Poder Legislativo argentino sancionó la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, promulgada el 2 de diciembre del mismo año con carácter de Orden Público, siendo su cumplimiento obligatorio, sin necesidad de adhesión por parte de las jurisdicciones. Ello fue propiciado a través de un trabajo participativo y federal en el entendimiento de que era necesario promover -en el marco del movimiento internacional de transformación de Salud Mental desde una perspectiva de Derechos Humanos- la instauración de un nuevo paradigma para las políticas públicas de Salud Mental a nivel nacional. Lo anterior, sin dudas, en consonancia con otras leyes fundamentales que, en aquellos años, permitieron avanzar en términos de ampliación y restitución de Derechos así como respecto de cuestiones relegadas por los efectos del genocidio perpetrado por la última dictadura cívico-militar y por el neoliberalismo de la década de 1990 -cuya culminación fue la crisis del 2001-, tanto en los modos de construcción de subjetividades y del tejido social, como en la organización del ámbito público.

En Salud Mental este nuevo paradigma, no obstante su novedad en el plano de las políticas públicas a nivel nacional, tiene su origen en un proceso de construcción de largo aliento, iniciado en la década del '50 con el cuestionamiento al orden manicomial llevado adelante por figuras relevantes del campo, que cimentaron el sendero por el que habrían de transitar en las décadas siguientes diversas experiencias de colectivos sociales, personas usuarias y familiares, profesionales, entre otras y otros, cuyas luchas construyeron el nuevo modelo desde las bases mismas del campo de la Salud Mental, creando las condiciones necesarias de un marco normativo consistente para avanzar, finalmente, en un proceso de reforma del sistema. Entre los antecedentes centrales se destacan las experiencias previas que tuvieron lugar en diferentes jurisdicciones de nuestro país, como la reforma pionera de la Provincia de Río Negro, así como la sanción de leyes jurisdiccionales en la materia, que se configurarían como hitos normativos previos a la Ley Nacional: Río Negro, año 1991; Santa Fe, año 1991; Entre Ríos, año 1994; San Juan, año 1999; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, año 2000, entre otras.

El proceso iniciado en el ámbito nacional en 2010 a partir de la sanción y promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 recupera el espíritu, los objetivos y las formulaciones forjadas durante la segunda mitad del siglo anterior, a la vez que incorpora avances empíricos y conceptuales de las disciplinas y perspectivas que fueron integrándose al campo de la Salud Mental, especialmente los Derechos Humanos. La lucha contra la segregación y el trato inhumano ejercidos sobre las personas con padecimientos mentales han formado parte de las demandas populares por la resolución de inequidades estructurales. En este sentido, los problemas históricos denunciados desde el campo de la Salud Mental deben, necesariamente, ser entendidos como violaciones a los derechos fundamentales.

El paradigma, consolidado como política pública nacional desde 2010, implicó una concepción de la Salud Mental que fuese competencia de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, en ese contexto se crea la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Todo ello no habría sido posible sin la decisión política oficial, la activa participación y el compromiso de organismos de Derechos Humanos; asociaciones de personas usuarias y familiares; asociaciones de profesionales; trabajadoras y trabajadores; organizaciones sociales y comunitarias; organizaciones no gubernamentales.

Tres años más tarde, el 28 de mayo de 2013, a través del Decreto N° 603/2013, se reglamentó la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Fue la cristalización de una ardua tarea de consultas y redacción en conjunto con las jurisdicciones, bajo la coordinación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones 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, fijándose imperativos y compromisos de cumplimiento imprescindible.

Cabe mencionar la formulación del Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018, a instancias de la publicación del decreto reglamentario 603/2013. El mismo fue aprobado por Resolución 2177/13 del Ministerio de Salud de la Nación y presentaba una serie de problemas que se configuraban como línea de base para el desarrollo de sus objetivos y acciones. Entre los mismos, se señalaba a la estigmatización y discriminación de la población con padecimiento mental, con el concomitante impacto que ello tiene en términos de accesibilidad al sistema y reforzamiento de la condición de vulnerabilidad; en relación a la red de Salud/Salud Mental, se la caracterizaba como inadecuada y, en

algunos casos, inexistente; se remarcaba que la oferta de servicios no contemplaba la especificidad de niñas, niños y adolescentes, como tampoco la de personas mayores; los consumos problemáticos no estaban incorporados a la red; la formación profesional y la capacitación en servicio de las trabajadoras y los trabajadores no se adecuaba al texto de la Ley, dejando sin asegurar una respuesta de calidad; así como resaltaba insuficiente avance en la investigación, no contribuía a las necesidades de los servicios y a la demanda de la población; los sistemas de información que permitieran tanto la vigilancia epidemiológica como el monitoreo y la evaluación de la calidad prestacional estaban escasamente desarrollados; finalmente, el Plan señalaba que el abordaje de emergencias y desastres no estaba contemplado en la cobertura de Salud Mental.

Hasta la interrupción de la ejecución del Plan en diciembre de 2015, la Autoridad de Aplicación avanzó en la construcción de la institucionalidad y en el arribo a los consensos necesarios para garantizar la viabilidad en términos de consecución de los objetivos; a la vez que se ponían en marcha experiencias y herramientas de gestión de base territorial en coordinación interjurisdiccional.

Entre los años 2013 y 2014 se crearon y pusieron en funcionamiento el Órgano de Revisión Nacional, en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa; la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CONISMA), en el ámbito de la Jefatura de Gabinete de Ministros; el Consejo Consultivo de carácter honorario en Salud Mental y Adicciones formado por diferentes organizaciones y actores del campo de la Salud Mental y adicciones: sindicatos, asociaciones y colegios de profesionales, organizaciones de personas usuarias y familiares, organismos de Derechos Humanos y espacios académicos.

Los párrafos precedentes dan cuenta de un fecundo proceso de transformaciones, conducido conjuntamente entre los responsables de Salud Mental de la Nación y de las jurisdicciones, tanto en el ámbito de las respectivas carteras sanitarias, como con las diversas articulaciones intersectoriales.

El período de ejecución del actual Plan Nacional está signado además por el contexto de la pandemia por COVID-19, que como ya se ha dicho, puso en evidencia la importancia de los cuidados individuales y colectivos, y de la construcción de consensos para el bienestar psicosocial, la promoción de la salud y la capacidad de dar respuesta en red ante la ocurrencia de cualquier tipo de emergencia, lo que implica que las políticas públicas necesariamente deberán incluir entre sus objetivos el desarrollo de un proceso de reconstrucción social único, en el cual la Salud Mental tiene un papel preponderante.

Asimismo, en septiembre de 2021, la Organización Mundial de la Salud OPS-OMS presentó el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030. El mismo fue refrendado por la 74.ª Asamblea Mundial de la Salud en su decisión WHA 74(14). Dicho Plan actualiza el anterior Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 insistiendo en la necesidad de adoptar un enfoque que abarque toda la vida y en aplicar medidas para promover la Salud Mental y el bienestar de toda la población, prevenir los problemas de Salud Mental entre las personas de riesgo y garantizar la atención universal de atención a la Salud Mental.

En el plano local, el 25 de abril del 2022, el Gobierno Nacional lanzó la Estrategia Federal de Abordaje Integral de la Salud Mental a fin de implementar y articular políticas públicas destinadas al cuidado y atención de la Salud Mental de la población para todos los cursos de vida, con rectoría del Ministerio de Salud de la Nación y en conjunto con otros organismos del Estado, cuyas acciones potencian y coadyudan a la implementación del presente Plan Nacional.

El rol de rectoría que ejerce el Ministerio de Salud de la Nación implica crear las condiciones institucionales y normativas para la garantía de la accesibilidad, la equidad y la calidad en los servicios de salud. La implementación de las políticas que concretan dicho objetivo, en virtud del carácter federal del sistema de gobierno argentino, se basa en los criterios de participación y coordinación entre los niveles nacional y jurisdiccional en vistas a lograr un mayor grado de eficacia y eficiencia en las acciones y recursos dependientes del sistema formal de salud. Por ende, la relación de participación implica la mutua colaboración entre las Provincias, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Nación para el desarrollo de políticas sanitarias específicas, coordinando las facultades exclusivas de cada jurisdicción.

En este sentido, una instancia fundamental de construcción colaborativa de las políticas públicas en la materia es el Consejo Federal de Salud Mental y Adicciones (CoFeSaMA), en tanto mesa de trabajo permanente con los responsables jurisdiccionales en Salud Mental de todo el país, donde se consensúan, evalúan y/o modifican estrategias, programas, actividades e intervenciones, y además, se promueve la cooperación técnica y la participación

intersectorial e interdisciplinaria. A través de sus referentes jurisdiccionales, las diferentes cuestiones locales en materia de Salud Mental participan en la construcción de la agenda de trabajo nacional, a la vez que se fortalecen las autonomías provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con la interacción y la elaboración conjunta de políticas y planes de acción, promoviendo sinergia entre ellas.

El proceso de **transformación del modelo de atención en Salud Mental**, marcado por la sanción y reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, **ha tenido disímiles avances en las distintas jurisdicciones**² tal como lo evidencian los datos aportados por los mismos. Cabe señalar que dieciséis (16) de ellas han adherido a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y catorce (14) cuentan con una Ley de Salud Mental Provincial. Asimismo, ocho (8) jurisdicciones disponen de Órgano de Revisión Local, mientras que en siete (7) se encuentran en proceso de conformación. Además, cuatro (4) tienen conformado un Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones.

A instancias de la Ley N° 26.657, las políticas de Salud Mental concentradas en establecimientos monovalentes deben transitar hacia y consolidarse en un modelo de base comunitaria, con la incorporación de la Salud Mental en la atención primaria, las internaciones por motivos de Salud Mental en los hospitales generales y el desarrollo de dispositivos alternativos.

En el territorio argentino la transformación y la adecuación del sistema de atención se expresa también, de modo dispar, verificándose aún la existencia de hospitales monovalentes públicos en doce (12) jurisdicciones. Sin embargo, dieciocho (18) de ellas poseen hospitales generales públicos con sala específica para internación en Salud Mental y la mayoría de las mismas incorporaron en sus hospitales generales públicos, camas de internación para Salud Mental.

La transformación del sistema exige la creación y fortalecimiento de dispositivos alternativos que implementen estrategias de inclusión social, conformando una red de servicios para garantizar a las personas el tránsito por un proceso terapéutico en diferentes niveles de complejidad con perspectiva de cuidados.

En relación a esto, veinte (20) de las jurisdicciones refieren tener Centros de Atención Primaria de la Salud que cuentan con recurso humano específico (equipo interdisciplinario o psicóloga/o, psiquiatra u otras/os profesionales u operadora/es) en Salud Mental. Es decir que, según lo relevado, en el país hay 372 centros de APS que tienen personal especializado para la atención en Salud Mental. Asimismo, dieciocho jurisdicciones (18) disponen de equipos móviles y/o de abordaje territorial en Salud Mental. Referido a los centros de atención ambulatoria en Salud Mental, la misma cantidad de jurisdicciones poseen estos dispositivos, estimándose un total de 184 centros a nivel país.

En cuanto a los dispositivos comunitarios, trece (13) jurisdicciones disponen de casas de convivencia, quince (15) cuentan con hospitales de día, mientras doce (12) poseen centros de día, y 10 jurisdicciones cuentan con casas de convivencia. Para concluir se puede destacar en relación a los dispositivos de inclusión laboral que trece (13) provincias disponen de dichos dispositivos, y ocho (8) mencionan contar con dispositivos de inclusión artística.

7. FINANCIAMIENTO, FUENTES Y PRESUPUESTOS

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, en su Artículo 32 establece que: “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”. En función de una concepción transversal de las políticas públicas en materia de Salud Mental, la ejecución del presente Plan Nacional implica la afectación de partidas presupuestarias de distintas carteras y organismos nacionales, a instancias de una perspectiva integral e integrada del modelo comunitario de atención en Salud Mental.

² Fuente : Cuestionario de actualización y fortalecimiento de información sobre el Sistema de Salud Mental Elaborado por la Dirección de Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos (Año 2022)

El ámbito institucional para la coordinación de la planificación interministerial de las políticas de Salud Mental creado por el decreto reglamentario 603/2013 de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 en la Jefatura de Gabinete de Ministros es la Comisión Nacional Interministerial de Salud Mental y Adicciones (CONISMA). A través del decreto 426/2021, la CONISMA fue restituida a la Jefatura de Gabinete de Ministros –luego de haber funcionado al interior del Ministerio de Salud en el período 2016-2019–, a la vez que se agregaron nuevos organismos participantes.

Participan actualmente de la Comisión los ministerios de Salud; Justicia y Derechos Humanos; Educación, Trabajo, Empleo y Seguridad Social; Mujeres, Géneros y Diversidad; Defensa; Desarrollo Social; Desarrollo Territorial y Hábitat; Economía; Obras Públicas; Seguridad; Transporte. También intervienen la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (SEDRONAR), la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF), la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDis) y el Órgano de Revisión Nacional de la Ley 26.657. Depende de esta Comisión el Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental y Adicciones.

Todos estos organismos implementan políticas públicas de Salud Mental³ con afectación de partidas presupuestarias propias, las cuales también conforman el presupuesto nacional en la materia, además del correspondiente a los organismos específicos: Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos del Ministerio de Salud de la Nación, la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (SEDRONAR) y los servicios de salud mental de los hospitales nacionales.

Asimismo, cabe mencionar que para el período de puesta en marcha (2022-2023) de la Estrategia Federal de Abordaje Integral de la Salud Mental, cuya finalidad es potenciar las acciones previstas en el presente Plan Nacional, el Estado Nacional ha destinado un total de \$7.700.000.000.

8. EJES DE TRABAJO Y OBJETIVOS

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. En su Artículo 31, la Ley 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”.

Considerando que dichos principios se proponen 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, este Plan tiene como propósito crear y/o fortalecer las bases para la transformación estructural del sistema de atención hacia uno de base comunitaria, oficiando de guía rectora para todos los actores y sectores involucrados en dicho proceso.

Por ello, no prescribe intervenciones respecto de poblaciones y/o problemáticas específicas, las cuales podrán ser abordadas por propuestas programáticas propias, que encontrarán en el presente Plan el encuadre, el horizonte y los fundamentos necesarios para su formulación.

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 son competencia, algunas de ellas, del Estado nacional, y otras, de los estados provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Por ello, este Plan se construye en base al trabajo conjunto entre la Nación y las áreas de Salud Mental de las 24 jurisdicciones.

Para el cumplimiento de los objetivos consignados se torna indispensable tanto el trabajo conjunto con las jurisdicciones, otros organismos públicos y otras áreas al interior del Ministerio de Salud de la Nación, como así también la participación de las organizaciones de la sociedad civil, especialmente las que integran el campo de la Salud Mental. En este sentido, cabe remarcar que las acciones que se desprenden de este Plan alcanzan a los subsectores público, privado y de seguridad social.

³ Las acciones, programas y políticas en materia de Salud Mental que implementan todas las carteras en el marco de la CONISMA pueden ser consultadas en el siguiente enlace: <https://www.argentina.gob.ar/jefatura/conisma>

En conformidad con el art. 4 de la Ley Nacional de Salud Mental, todos los ejes y objetivos presentados a continuación incluyen a los consumos problemáticos.

El cumplimiento de los objetivos señalados en cada uno de los ejes del presente Plan implica necesariamente la planificación, gestión y monitoreo de políticas integrales considerando la perspectiva de cursos de vida.

El cumplimiento de los objetivos señalados en cada uno de los ejes del presente Plan implica necesariamente la planificación, gestión y monitoreo de acciones específicas a nivel jurisdiccional que respondan al modo particular en que las problemáticas sociosanitarias prevalentes, emergentes y críticas que son objeto del mismo se presentan a nivel local contemplando el subsector público, privado y de seguridad social,

Este Plan Nacional se organiza en torno a 9 ejes de trabajo. Los mismos se operacionalizan en objetivos específicos, con sus correspondientes indicadores y metas (apartado 9). La secuencia de presentación de los ejes no implica una jerarquización de los primeros respecto de los últimos, ni una concepción fragmentada de los procesos; por el contrario, la relación entre estos ejes es concebida de manera sistémica y de mutua implicación.

Eje 1: Rectoría en Salud Mental

Este eje se propone el fortalecimiento de las capacidades institucionales nacionales y jurisdiccionales para la transformación del modelo de atención de Salud Mental en función de los principios de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 a través de estrategias que orienten a los distintos sectores y actores, gubernamentales y no gubernamentales, en la implementación de políticas que garanticen calidad, accesibilidad y equidad en el abordaje de la Salud Mental y los Consumos Problemáticos.

Objetivo 1.1 Promover el fortalecimiento institucional del campo de la Salud Mental y los Consumos Problemáticos para todos los cursos de vida en las problemáticas emergentes, críticas y prevalentes en cada territorio.

Objetivos específicos

1.1.1 Impulsar y brindar asistencia técnica para el fortalecimiento institucional de las políticas públicas del campo de la Salud Mental y los Consumos Problemáticos, para todos los cursos de vida en las problemáticas emergentes, críticas y prevalentes en cada territorio.

1.1.2 Impulsar y brindar asistencia técnica para la conformación de Comisiones Locales Interministeriales de Políticas de Salud Mental y Adicciones en todas las jurisdicciones.

1.1.3 Impulsar y brindar asistencia técnica para la conformación de Consejos Consultivos de carácter honorario en todas las jurisdicciones.

1.1.4 Impulsar y brindar asistencia técnica para la conformación de Órganos de Revisión en todas las jurisdicciones.

Objetivo 1.2 Fortalecer las políticas públicas de Salud Mental y Consumos Problemáticos para todos los cursos de vida en las problemáticas emergentes, críticas y prevalentes en cada territorio.

Objetivos específicos

1.2.1 Impulsar y brindar asistencia técnica para la integración federal de las políticas públicas de Salud Mental y los Consumos Problemáticos, para todos los cursos de vida en las problemáticas emergentes, críticas y prevalentes en cada territorio.

1.2.2 Impulsar y brindar apoyo técnico para la formulación de los Planes Locales de Salud Mental en todas las jurisdicciones.

1.2.3 Desarrollar lineamientos y promover procesos de transformación del sistema de atención en cada territorio hacia uno de base comunitaria.

1.2.4 Impulsar y brindar asistencia técnica para el desarrollo de sistemas de información y vigilancia epidemiológica local en Salud Mental y Consumos Problemáticos en todas las jurisdicciones.

Objetivo 1.3 Cooperar para el fortalecimiento de las capacidades institucionales de organismos nacionales y de los poderes legislativo y judicial en materia de Salud Mental y Consumos Problemáticos.

Objetivos específicos

1.3.1 Garantizar el funcionamiento de la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CONISMA) en la órbita de la Jefatura de Gabinete de Ministros.

1.3.2 Cooperar técnicamente con organismos nacionales en la implementación de políticas públicas con perspectiva de derechos en el abordaje de la Salud Mental y los Consumos Problemáticos de la población.

1.3.3 Contribuir en la elaboración y revisión de normativa vinculada al campo de la Salud Mental y los Consumos Problemáticos en concordancia con la Ley Nacional N° 26.657.

1.3.4 Promover el fortalecimiento de la perspectiva de la Salud Mental Comunitaria en el Poder Judicial de la Nación y de las jurisdicciones.

Objetivo 1.4 Jerarquizar el rol y la participación de la República Argentina en ámbitos de cooperación internacional vinculados a la Salud Mental y los Consumos Problemáticos.

Objetivos específicos

1.4.1 Colaborar con las instancias de representación institucional del Ministerio de Salud de la Nación ante organismos internacionales.

1.4.2 Asesorar en Salud Mental y Consumos Problemáticos a programas, proyectos y actividades nacionales con incumbencia internacional.

1.4.3 Desarrollar e implementar proyectos con financiamiento externo en concordancia con la Ley Nacional N° 26.657.

Objetivo 1.5 Actualizar y adecuar el marco normativo existente sobre la organización, funcionamiento y perfil prestacional de los servicios de Salud Mental y los consumos problemáticos para la transformación hacia el modelo de Salud Mental Comunitaria.

Objetivos específicos

1.5.1 Actualizar las Directrices de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Salud Mental en concordancia con la Ley Nacional N° 26.657.

1.5.2 Impulsar la adhesión de las Jurisdicciones a las Directrices de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Salud Mental.

1.5.3 Actualizar las normas de habilitación nacionales e impulsar las normas jurisdiccionales en base a las Directrices de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Salud Mental.

1.5.4 Promover la actualización del Programa Médico Obligatorio (PMO) para adecuar sus prestaciones a la Ley Nacional N° 26.657.

1.5.5 Promover la adecuación de la cartera prestacional al modelo de Salud Mental Comunitaria de las Entidades de Medicina Prepaga, PAMI y Obras Sociales nacionales y locales.

Eje 2: Salud Mental en el Primer Nivel de Atención

Este eje se propone ampliar los abordajes en Salud Mental en el Primer Nivel de Atención, para todos los cursos de vida, con el objetivo de reducir la brecha asistencial en Salud Mental, a través de la mejora en las capacidades de los equipos interdisciplinarios; de la identificación temprana; asistencia; acompañamiento y continuidad de cuidados desde un enfoque de Salud Mental Comunitaria en concordancia con los principios de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

Objetivo 2.1 Promover la identificación y la asistencia temprana de padecimientos mentales en el Primer Nivel de Atención para todos los cursos de vida en las problemáticas emergentes, críticas y prevalentes en cada territorio.

Objetivos específicos

2.1.1 Elaborar recomendaciones para el fortalecimiento del abordaje interdisciplinario de la Salud Mental y los Consumos Problemáticos en el Primer Nivel de Atención.

2.1.2 Promover estrategias formativas en herramientas para identificar e intervenir de manera temprana sobre los padecimientos mentales dirigidos a equipos de Salud Mental, equipos de salud ampliados y recursos humanos no convencionales, en el marco de la Salud Mental Comunitaria.

2.1.3 Fortalecer prácticas de promoción y prevención en Salud Mental y los Consumos Problemáticos en el Primer Nivel de Atención para todos los cursos de vida.

2.1.4 Promover el desarrollo y/o el fortalecimiento de sistemas de supervisión y apoyo remoto a través de las nuevas tecnologías de información y comunicación.

Objetivo 2.2 Promover el acompañamiento y la continuidad de cuidados para todos los cursos de vida en las problemáticas emergentes, críticas y prevalentes en cada territorio.

Objetivos específicos

2.2.1 Desarrollar y fortalecer mecanismos de comunicación, articulación y enlace entre los diferentes efectores de la red.

2.2.2 Cooperar técnica y/o financieramente para el fortalecimiento y/o creación de dispositivos de inclusión social, laboral, educativa, habitacional, etc.

2.2.3 Fortalecer el desarrollo de estrategias intersectoriales, interinstitucionales y de articulación con organizaciones territoriales y recursos no convencionales para incrementar la participación de personas usuarias en el Primer Nivel de Atención y en la red de servicios comunitarios.

2.2.4 Fortalecer la articulación de efectores del PNA con los dispositivos de Salud Mental en hospitales generales, como guardia e internación, entre otros.

Objetivo 2.3 Asegurar el acceso oportuno y el uso apropiado de psicofármacos esenciales.

Objetivos específicos

2.3.1 Elaborar recomendaciones para la prescripción de psicofármacos esenciales en el Primer Nivel de Atención.

2.3.2 Desarrollar capacitaciones para garantizar el uso apropiado de psicofármacos esenciales en el Primer Nivel de Atención.

2.3.3 Incorporación psicofármacos esenciales como antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos entre otros en los programas de abastecimiento público de medicación a los efectores del Primer Nivel de Atención.

Eje 3: Ampliación e Integración intersectorial de la Red de Salud Mental

Este eje se propone integrar la red intersectorial en el abordaje de la Salud Mental y los Consumos Problemáticos y promover la participación social de las personas con padecimiento mental propiciando la inclusión social a través del fortalecimiento y/o la creación de dispositivos alternativos, sistemas de apoyos, atención ambulatoria y participación de organizaciones de la sociedad civil en concordancia con los principios de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

Objetivo 3.1 Promover el desarrollo de dispositivos alternativos y sistemas de apoyos necesarios para la vida en comunidad.

Objetivos específicos

3.1.1 Cooperar técnica y financieramente para el desarrollo de programas de viviendas asistidas y soluciones habitacionales, que permitan la inclusión social de las personas que permanecen internadas sin criterio clínico de internación.

3.1.2 Favorecer el acceso a programas de capacitación laboral, tanto formal como no formal, así como a estrategias de terminalidad educativa.

3.1.3 Cooperar técnica y financieramente para la promoción de la inclusión laboral y productiva.

3.1.4 Promover la inclusión de personas con padecimiento mental y/o familiares y entornos afectivos convivientes en programas de ingreso social.

Objetivo 3.2 Estimular la construcción de redes locales de Salud Mental y Consumos Problemáticos y el fortalecimiento de las existentes.

Objetivos específicos

3.2.1 Impulsar espacios intersectoriales de intercambio para el fortalecimiento de la red en Salud Mental y Consumos Problemáticos con eje en cada curso de vida y en las problemáticas emergentes, críticas y prevalentes en cada territorio.

3.2.2 Promover el fortalecimiento de intervenciones sociosanitarias en articulación con efectores y actores comunitarios con eje en cada curso de vida y en las problemáticas emergentes, críticas y prevalentes en cada territorio.

Objetivo 3.3 Fortalecer la red de atención ambulatoria en Salud Mental y Consumos Problemáticos

Objetivos específicos

3.3.1 Promover el desarrollo y fortalecimiento de dispositivos de atención ambulatoria en Salud Mental y Consumos Problemáticos de base comunitaria para cada curso de vida y en relación a las problemáticas psicosociales prevalentes en cada territorio.

3.3.2 Promover el desarrollo y fortalecimiento de servicios de atención ambulatoria en Salud Mental y Consumos Problemáticos en Hospitales Generales en las 24 jurisdicciones

3.3.3 Promover el desarrollo y fortalecimiento de equipos interdisciplinarios móviles de Salud Mental y Consumos Problemáticos de referencia territorial.

Objetivo 3.4 Promover la participación social en la red de servicios comunitarios en Salud Mental y Consumos Problemáticos.

Objetivos específicos

3.4.1 Impulsar el protagonismo y el rol activo de las Asociaciones de personas usuarias y Familiares en el desarrollo y fortalecimiento de la red.

3.4.2 Promover la participación de organizaciones comunitarias y de la sociedad civil (espacios comunitarios, culturales, artísticos, clubes de barrio y entidades deportivas, escuelas, emprendimientos sociolaborales y productivos, entre otros) en el desarrollo y fortalecimiento de la red.

3.4.3 Impulsar el desarrollo y/o fortalecimiento de la capacidad de intervención sociosanitaria de organizaciones comunitarias y de la sociedad civil (Asociaciones de usuarias y Familiares, espacios culturales, clubes de barrio, escuelas y entidades deportivas, emprendimientos sociolaborales y productivos, entre otros).

Eje 4: Salud Mental en el Hospital General

Este eje se propone el fortalecimiento del abordaje integral de la Salud Mental en los hospitales generales en función de las necesidades locales, promoviendo el acceso oportuno y equitativo en todo el territorio nacional.

Objetivo 4.1 Impulsar la creación de Servicios de Salud Mental en los Hospitales Generales que no cuenten con los mismos.

Objetivos específicos

4.1.1 Promover la creación de servicios de atención de urgencias, atención ambulatoria, hospital de día y servicio de internación específico.

4.1.2 Impulsar la conformación de equipos interdisciplinarios de Salud Mental.

4.1.3 Promover la capacitación de las y los trabajadores de Salud Mental según los principios de la Ley Nacional N° 26657.

Objetivo 4.2 Promover el fortalecimiento de los Servicios de Salud Mental ya existentes en los Hospitales Generales.

Objetivos específicos

4.2.1 Impulsar el fortalecimiento y/o mejoramiento de los servicios de atención de urgencias, atención ambulatoria, hospital de día y servicio de internación específico según las necesidades de cada establecimiento y su población.

4.2.2 Impulsar el fortalecimiento y/o ampliación de equipos interdisciplinarios de Salud Mental.

4.2.3 Promover estrategias de capacitación e identificación de buenas prácticas con las y los trabajadores.

Objetivo 4.3 Promover la mejora continua en la calidad de la atención y la protección de derechos.

Objetivos específicos

4.3.1 Desarrollar y difundir herramientas para mejorar la calidad de la atención y la protección de derechos.

4.3.2 Promover la capacitación de los equipos interdisciplinarios de Salud Mental para la mejora continua de la calidad y protección de derechos desde una perspectiva integral en el marco de la Ley Nacional N° 26657.

4.3.3 Impulsar la participación de personas usuarias en las estrategias para mejorar la calidad de la atención y la protección de derechos.

Eje 5: Profundización de la adecuación de los dispositivos monovalentes de internación en Salud Mental hasta la sustitución definitiva

Este eje se propone continuar, acompañar y profundizar conjuntamente con los responsables de las jurisdicciones la adecuación de los dispositivos monovalentes de internación en Salud Mental a los principios de la Ley Nacional de Salud Mental, hasta su sustitución definitiva por redes de servicios de Salud Mental de base comunitaria.

Objetivo 5.1 Desarrollar y difundir instrumentos técnicos para impulsar y fortalecer los procesos de adecuación de los dispositivos de internación monovalentes.

Objetivos específicos

5.1.1 Elaborar y difundir recomendaciones para el fortalecimiento del abordaje de la Salud Mental en el hospital general.

5.1.2 Elaborar instrumentos de estandarización del proceso de internación por motivo de Salud Mental en el hospital general.

5.1.3 Elaborar recomendaciones para la adecuación de dispositivos de internación monovalentes en Salud Mental hasta su sustitución definitiva.

5.1.4 Elaborar recomendaciones para el desarrollo y fortalecimiento de la red de Salud Mental incluyendo los dispositivos de inclusión social.

5.1.5 Elaborar recomendaciones para el proceso de externación sustentable de las personas con internaciones prolongadas.

5.1.6 Construir y mantener actualizada una guía de recursos del Estado Nacional para la inclusión social de personas con padecimiento mental.

Objetivo 5.2 Promover la externación sustentable y la inclusión social de las personas que permanecen alojadas sin criterio clínico de internación.

Objetivos específicos

5.2.1 Impulsar la conformación de equipos interdisciplinarios de externación sustentable.

5.2.2 Cooperar técnicamente y/o financieramente en el diseño, planificación y ejecución de planes de externación e inclusión social.

5.2.3 Cooperar técnica y/o financieramente para el desarrollo de dispositivos de inclusión social, laboral, educativa, habitacional, etc.

Objetivo 5.3 Promover la refuncionalización y/o sustitución de la infraestructura de los establecimientos de internación monovalente.

Objetivos específicos

5.3.1 Impulsar la planificación y el desarrollo de los procesos de refuncionalización de manera intersectorial y conforme a las necesidades locales.

5.3.2 Cooperar técnica y/o financieramente con los procesos de refuncionalización a través de espacios de concertación participativa con trabajadores/as y usuarios.

5.3.3 Promover la implementación de políticas institucionales de Espacios de Memoria.

Eje 6: Promoción y Prevención en Salud Mental y Consumos Problemáticos

Este eje se propone desarrollar e implementar acciones, proyectos y programas de promoción y prevención en Salud Mental con enfoque territorial y perspectiva de derechos.

Objetivo 6.1 Reducir el estigma asociado a los padecimientos mentales.

Objetivos específicos

6.1.1 Desarrollar campañas de difusión y espacios de capacitación y sensibilización sobre la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 para la población general.

6.1.2 Desarrollar estrategias de información y sensibilización para la población general sobre la situación de las personas con padecimientos mentales, la estigmatización, los prejuicios y los preconceptos, que son parte de los actos de discriminación. Se privilegiará la participación de personas usuarias y familiares.

6.1.3 Impulsar estrategias de sensibilización y capacitación antiestigma (mitos y prejuicios sobre los padecimientos mentales y su abordaje) para las y los trabajadores de la salud, equipos técnicos de organismos públicos, fuerzas de seguridad, equipos técnicos judiciales y agentes de intervención social no convencional en general.

Objetivo 6.2 Implementar estrategias de comunicación para la promoción y la prevención en Salud Mental.

Objetivos específicos

6.2.1 Impulsar líneas de acción en comunicación para la promoción de la Salud Mental en el marco de la educación para la salud destinada a la población general.

6.2.2 Impulsar la sensibilización sobre la comunicación responsable en el tratamiento de temas de Salud Mental destinada a las y los trabajadores y trabajadoras de los medios de comunicación.

6.2.3 Construir y difundir un banco de prácticas y experiencias territoriales en comunicación basadas en el modelo de la SMC

Objetivo 6.3 Promover la participación de las personas usuarias, familiares y entornos afectivos en los procesos de construcción de políticas públicas.

Objetivos específicos

6.3.1 Impulsar el fortalecimiento de asociaciones de personas usuarias, sus familiares y entornos afectivos ya existentes.

6.3.2 Promover la conformación de asociaciones de personas usuarias, familiares y entornos afectivos.

6.3.3 Promover el rol activo de personas usuarias familiares y entornos afectivos en la red de Salud Mental.

Eje 7: Transformación de las prácticas

Este eje se propone impulsar la transformación de las prácticas, en función de los principios de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, hacia el modelo comunitario en Salud Mental a través de la formación, la capacitación en servicio, la puesta en valor de buenas prácticas existentes y el desarrollo de herramientas de estandarización de procesos para la mejora continua de la calidad, el trato digno y respetuoso de los Derechos Humanos.

Objetivo 7.1 Garantizar la formación en Salud Mental Comunitaria de las y los trabajadores del campo de la Salud Mental.

Objetivos específicos

7.1.1 Promover la formación continua y la capacitación en servicio de las y los trabajadores de las disciplinas de la Salud Mental.

7.1.2 Fortalecer prácticas de Salud Mental Comunitaria existentes en las distintas jurisdicciones a través de la promoción, visibilización y multiplicación de experiencias con eje en cada curso de vida y en las problemáticas emergentes, críticas y prevalentes en cada territorio

7.1.3 Fortalecer la perspectiva comunitaria de las Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental (RISaM Comunitaria).

Objetivo 7.2 Promover la formación del recurso humano de salud en la perspectiva de la Salud Mental Comunitaria y el enfoque de derechos.

Objetivos específicos

7.2.1 Impulsar la formación en el abordaje de las crisis en Salud Mental y consumos problemáticos para equipos de salud que asisten las urgencias en domicilio, espacios institucionales y/o vía pública.

7.2.2 Impulsar la formación en el abordaje de las crisis en Salud Mental y consumos problemáticos para equipos de salud de las guardias hospitalarias y centros de salud del Primer Nivel de Atención, con eje en cada curso de vida y en las problemáticas emergentes, críticas y prevalentes en cada territorio.

7.2.3 Promover la formación de las distintas especialidades del campo de la salud en la atención integral de las personas con padecimiento mental.

Objetivo 7.3 Promover la capacitación en Salud Mental Comunitaria de actores del Estado y de la sociedad civil con capacidad y responsabilidad de intervención frente a situaciones de Salud Mental.

Objetivos específicos

7.3.1 Promover la capacitación en Salud Mental Comunitaria y en el abordaje de la urgencia en Salud Mental a integrantes de las Fuerzas Policiales y de Seguridad.

7.3.2 Promover la capacitación en el modelo de atención comunitario de la Salud Mental a las y los integrantes del Poder Judicial.

7.3.3 Promover la capacitación en Salud Mental Comunitaria a las y los trabajadores de la Administración Pública Nacional.

7.3.4 Impulsar la capacitación de actores comunitarios y de la sociedad civil intervinientes en la Salud Mental

Objetivo 7.4 Promover la adecuación al enfoque comunitario de los planes de estudio de las disciplinas vinculadas al campo de la Salud Mental.

Objetivos específicos

7.4.1 Actualizar y promover el uso de lineamientos y recomendaciones para la formación de grado en Salud Mental.

7.4.2 Promover la formación de posgrado en Salud Mental Comunitaria y gestión de servicios de salud para las y los trabajadores del campo de la Salud Mental y sectores afines.

7.4.3 Promover el desarrollo de programas de pregrado y extensión universitaria vinculados a Salud Mental Comunitaria, con anclaje territorial y articulación con efectores y dispositivos comunitarios.

Eje 8: Vigilancia Epidemiológica e Investigación en Salud Mental

Este eje se propone desarrollar e implementar un sistema de información y vigilancia epidemiológica orientado a la toma de decisiones y la producción de conocimientos en materia de políticas públicas en Salud Mental Comunitaria.

Objetivo 8.1 Fortalecer la vigilancia epidemiológica en Salud Mental para evaluar necesidades de atención de la población y recursos disponibles en la comunidad.

Objetivos específicos

8.1.1 Promover la creación o fortalecimiento de áreas de epidemiología en Salud Mental de las jurisdicciones.

8.1.2 Impulsar la mejora y creación de registros de información epidemiológica, consensuados federalmente, sobre problemáticas de Salud Mental y Consumos Problemáticos con eje en cada curso de vida y en las problemáticas emergentes, críticas y prevalentes en cada territorio

Objetivo 8.2 Implementar un sistema de vigilancia de las consultas e internaciones que se producen por motivos de Salud Mental.

Objetivos específicos

8.2.1 Desarrollar e implementar registros federales de consultas e internaciones por motivos de Salud Mental.

8.2.2 Desarrollar e implementar un sistema de monitoreo, evaluación y seguimiento de las consultas e internaciones por motivos de Salud Mental con eje en cada curso de vida y en las problemáticas emergentes, críticas y prevalentes en cada territorio.

8.2.3 Desarrollar e implementar un sistema de monitoreo, evaluación y seguimiento de dispositivos de cuidado, acompañamiento, asistencia y prácticas en Salud Mental con eje en cada curso de vida y en las problemáticas emergentes, críticas y prevalentes en cada territorio

Objetivo 8.3 Fomentar la investigación y producción de conocimiento sobre buenas prácticas de Salud Mental Comunitaria.

Objetivos específicos

8.3.1 Promover y financiar la investigación de base territorial en Salud Mental Comunitaria con eje en cada curso de vida, en las problemáticas emergentes, críticas o prevalentes en cada territorio y en la respuesta brindada desde el sistema de salud.

8.3.2 Impulsar en los programas de investigación de diferentes organismos públicos, nacionales y jurisdiccionales, la investigación en Salud Mental con eje en cada curso de vida, en las problemáticas emergentes, críticas o prevalentes en cada territorio y en la respuesta dada desde el sistema de salud.

8.3.3 Jerarquizar el componente Salud Mental Comunitaria en los programas de investigación del Ministerio de Salud de la Nación.

Eje 9: Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres

Este eje se propone promover la inclusión de estrategias de Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS) en la gestión integral de la reducción del riesgo y del impacto de situaciones de emergencias y desastres, fortaleciendo los procesos de construcción comunitaria.

Objetivo 9.1 Promover la respuesta organizada de todos los actores y sectores , tanto estatales como de la sociedad civil, frente a emergencias y desastres.

Objetivos específicos

9.1.1 Elaborar y difundir recomendaciones y protocolos que aseguren una respuesta adecuada en materia de Salud Mental de parte de los diferentes actores gubernamentales como de la sociedad civil integrando a los sectores público, privado y de las seguridad social involucrados en emergencias y desastres.

9.1.2 Promover la aplicación y adecuación de dichas recomendaciones y protocolos en todo el territorio nacional de acuerdo a las necesidades locales.

9.1.3 Mejorar la respuesta por parte de los actores gubernamentales y no gubernamentales a través de la actualización de conocimientos e intercambios de prácticas consistentes con el marco normativo sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial frente a emergencias y desastres.

Objetivo 9.2 Desarrollar estrategias para que Salud Mental y Apoyo Psicosocial esté disponible en todas las etapas y lugares donde se desarrolla la emergencia

Objetivos específicos

9.2.1 Promover estrategias de apoyo psicosocial que garanticen intervenciones tempranas frente a emergencias y desastres.

9.2.2 Promover el fortalecimiento del componente Salud Mental y Consumos Problemáticos en la respuesta sanitaria de los efectores locales que atienden urgencias durante una emergencia.

9.2.3 Impulsar estrategias que garanticen la continuidad de cuidados con perspectiva de Salud Mental Comunitaria durante la emergencia

9.2.4 Implementar acciones -directas e indirectas- para la protección de la Salud Mental de grupos en situación de mayor vulnerabilidad antes, durante y luego de la emergencia

Objetivo 9.3 Fortalecer las redes locales intersectoriales de respuesta antes, durante y después de la emergencia.

Objetivos específicos

9.3.1 Impulsar acciones de abordaje territorial en conjunto con actores locales y comunitarios antes, durante y después una emergencia.

9.3.2 Cooperar técnicamente para la organización y gestión local de redes de respuesta que incluyan el componente de SMC en situaciones de emergencias y desastres.

Objetivo 9.4 Promover el cuidado de la Salud Mental de trabajadores y trabajadoras de la salud y primeras líneas de intervención durante una emergencia.

Objetivos específicos

9.4.1 Promover la construcción de una red de respuesta para el cuidado de la Salud Mental de las y los trabajadores de la salud y primeras líneas de intervención.

9.4.2 Impulsar estrategias para el autocuidado de la Salud Mental de las y los trabajadores de la salud y primeras líneas de intervención.

9.4.3 Promover la capacitación de los equipos de Salud Mental para el acompañamiento y cuidado de la Salud Mental de las y los trabajadores de la salud y primeras líneas de intervención.

9. MONITOREO Y EVALUACIÓN

En vistas a la implementación efectiva del Plan, se incorporan a la herramienta de evaluación y monitoreo las articulaciones intersectoriales necesarias para la consecución de los objetivos, entendiendo a las mismas como un piso, sin que ello implique limitarse solamente a los actores explícitamente consignados. No obstante, aun cuando se logre un alto grado de participación y representatividad de los organismos estatales y de organizaciones de la sociedad civil, es responsabilidad principal del sector Salud conducir los espacios interjurisdiccionales e intersectoriales de cooperación técnica a los fines de lograr el cumplimiento de las metas.

A instancias de la perspectiva interjurisdiccional y territorial, es importante remarcar que los indicadores y metas presentados son pasibles de ser modulados conforme las realidades y prioridades locales. Este Plan podrá oficiar de insumo para la formulación de planes y/o programas jurisdiccionales, en los cuales se operacionalicen también las estrategias y acciones a desarrollar.

Indicadores, metas y articulaciones mínimas necesarias

EJE 1: RECTORÍA EN SALUD MENTAL

Este eje se propone el fortalecimiento de las capacidades institucionales nacionales y jurisdiccionales para la transformación del modelo de atención de Salud Mental en función de los principios de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 a través de estrategias que orienten a los distintos sectores y actores, gubernamentales y no gubernamentales, en la implementación de políticas que garanticen calidad, accesibilidad y equidad en el abordaje de la Salud Mental y los Consumos Problemáticos.

OBJETIVOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INDICADOR	META 2027	ARTICULACIONES MÍNIMAS NECESARIAS
1.1 Promover el fortalecimiento institucional del campo de la Salud Mental y los Consumos Problemáticos (SMycP) para todos los cursos de vida en las problemáticas emergentes, críticas y prevalentes en cada territorio.	1.1.1 Impulsar y brindar asistencia técnica para el fortalecimiento institucional de las políticas públicas del campo de la SMycP, para todos los cursos de vida en las problemáticas emergentes, críticas y prevalentes en cada territorio.	Porcentaje de jurisdicciones asistidas con líneas de acción para el fortalecimiento institucional de las políticas públicas del campo de la SMycP, para todos los cursos de vida en las problemáticas emergentes, críticas y prevalentes en cada territorio.	Asistencia técnica para el fortalecimiento institucional implementada en el 100% de las jurisdicciones.	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridades de Aplicación Jurisdiccionales CONISMA SEDRONAR Consejo Consultivo Honorario.
	1.1.2 Impulsar y brindar asistencia técnica para la conformación de Comisiones Locales Interministeriales en Políticas de Salud Mental y Adicciones en todas las jurisdicciones.	a. Porcentaje de jurisdicciones con Comisiones Locales Interministeriales en Políticas de Salud Mental y Adicciones constituidas. b. Porcentaje de jurisdicciones a las que se brindó asistencia técnica.	a. Comisiones Locales Interministeriales constituidas en el 100% de las jurisdicciones. b. Asistencia técnica brindada en el 100% de las jurisdicciones.	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridades de Aplicación Jurisdiccionales CONISMA.
	1.1.3 Impulsar y brindar asistencia técnica para la conformación de Consejos Consultivos de carácter honorario en todas las jurisdicciones.	a. Porcentaje de jurisdicciones con Consejos Consultivos de carácter honorario constituidos. b. Porcentaje de jurisdicciones a las que se brindó asistencia técnica.	a. Consejos Consultivos de carácter honorario constituidos en el 100% de las jurisdicciones. b. Asistencia técnica brindada en el 100% de las jurisdicciones.	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridades de Aplicación jurisdiccionales Consejo Consultivo Honorario CONISMA.

	1.1.4 Impulsar y brindar asistencia técnica para la conformación de Órganos de Revisión en todas las jurisdicciones.	<p>a. Porcentaje de jurisdicciones con Órganos de Revisión locales constituidos.</p> <p>b. Porcentaje de jurisdicciones a las que se brindó asistencia técnica.</p>	<p>a. Órganos de Revisión locales en el 100% de las jurisdicciones.</p> <p>b. Asistencia técnica brindada en el 100% de las jurisdicciones.</p>	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridades de Aplicación jurisdiccionales Órgano de Revisión Nacional.
Objetivo 1.2 Fortalecer las políticas públicas de la SMyCP para todos los cursos de vida en las problemáticas emergentes, críticas y prevalentes en cada territorio	1.2.1 Impulsar y brindar asistencia técnica para la integración federal de las políticas públicas de SMyCP, para todos los cursos de vida en las problemáticas emergentes, críticas y prevalentes en cada territorio	<p>a. Cantidad de asistencias técnicas para la integración federal de las políticas públicas de SMyCP brindadas</p> <p>b. Porcentaje de jurisdicciones que participan de líneas de acción para la integración federal de las políticas públicas de SMyCP.</p>	<p>a. Al menos 5 asistencias técnicas brindadas al 100% de las jurisdicciones</p> <p>b. Participación en líneas de acción para la integración federal de las políticas públicas de SMyCP en el 100 % de las jurisdicciones</p>	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales Consejo Consultivo Honorario
	1.2.2 Impulsar y brindar apoyo técnico para la formulación de los Planes Locales de Salud Mental en todas las jurisdicciones	<p>a. Porcentaje de jurisdicciones con Planes Locales de Salud Mental formulados</p> <p>b. Porcentaje de jurisdicciones a las que se le brindó asistencia técnica</p>	<p>a. Planes de Salud Mental locales formulados en el 100% de las jurisdicciones consistentes con el marco normativo</p> <p>b. Asistencia técnica brindada en el 100% de las jurisdicciones</p>	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales Consejo Consultivo Honorario
	1.2.3 Desarrollar lineamientos y promover procesos de transformación del sistema de atención en cada territorio hacia uno de base comunitaria	<p>a. Cantidad de lineamientos para promover procesos de transformación del sistema de atención hacia uno de base comunitaria</p> <p>b. Cantidad de asistencias técnicas brindadas en experiencias situadas para promover procesos de transformación del sistema de atención en cada territorio</p> <p>c. Porcentaje de jurisdicciones con líneas de acción para la transformación del sistema de atención en cada territorio hacia uno de base comunitaria</p>	<p>a. Al menos 5 lineamientos desarrollados y difundidos en el 100% de las jurisdicciones</p> <p>b. Al menos 5 asistencias técnicas brindadas al 100% de las jurisdicciones</p> <p>c.i Participación en la transformación del sistema de atención en el 100% de las jurisdicciones</p> <p>c.ii Porcentaje de transformación del sistema de atención de cada una de las Jurisdicciones</p>	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales Consejo Consultivo Honorario

1.3 Cooperar para el fortalecimiento de las capacidades institucionales de organismos nacionales y de los poderes legislativo y judicial en materia de SMycP	1.3.1 Garantizar el funcionamiento de la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CONISMA) en la órbita de la Jefatura de Gabinete de Ministros.	CONISMA funcionando en la órbita de la Jefatura de Gabinete de Ministros	CONISMA restituida y funcionando en la órbita de la Jefatura de Gabinete de Ministros	Autoridad de Aplicación Nacional Jefatura de Gabinete de Ministros Ministerios miembros de la CONISMA
	1.3.1 Garantizar el funcionamiento de la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CONISMA) en la órbita de la Jefatura de Gabinete de Ministros.	CONISMA funcionando en la órbita de la Jefatura de Gabinete de Ministros	CONISMA restituida y funcionando en la órbita de la Jefatura de Gabinete de Ministros	Autoridad de Aplicación Nacional Jefatura de Gabinete de Ministros Ministerios miembros de la CONISMA
	1.3.2 Cooperar técnicamente con organismos nacionales en la implementación de políticas públicas con perspectiva de derechos en el abordaje de la SMycP de la población	Porcentaje de organismos nacionales que integran la CONISMA con líneas de acción con perspectiva de derechos en SMycP implementadas	Líneas de acción implementadas con el 100% de los organismos nacionales que integran la CONISMA	Autoridad de Aplicación Nacional Ministerios miembros de la CONISMA Consejo Consultivo Honorario
	1.3.3 Contribuir en la elaboración y revisión de normativa vinculada al campo de la SMycP en concordancia con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657	a. Porcentaje de procesos de elaboración y revisión de normativa vinculada al campo de la SMycP en que se participa b. Concordancia y consistencia con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 de la normativa revisada	a. Participación en el 100% de los procesos de elaboración y revisión de normativa vinculada al campo de la SMycP b. 100% de la normativa revisada consistente y en concordancia con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridades Jurisdiccionales CONISMA Consejo Consultivo Honorario
1.3.4 Promover el fortalecimiento de la perspectiva de la Salud Mental Comunitaria (SMC) en el Poder Judicial de la Nación y de las jurisdicciones	Cantidad de líneas de acción con perspectiva de SMC implementadas en el Poder Judicial de la Nación y de las jurisdicciones	Al menos 1 línea de acción implementada a nivel nacional y en el 100% de las jurisdicciones	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridades Jurisdiccionales Órgano de Revisión Nacional Órgano de Revisión locales CONISMA Consejo Consultivo Honorario	

1.4 Jerarquizar el rol y la participación de la República Argentina en ámbitos de cooperación internacional vinculados a la SMyCP	1.4.1 Colaborar con las instancias de representación institucional del Ministerio de Salud de la Nación ante organismos internacionales	Porcentaje de instancias de representación institucional ante organismos internacionales en que se participa	Participación en el 100% de las instancias de representación institucional ante organismos internacionales requeridas	Autoridad de Aplicación Nacional Organismos requeridos
	1.4.2 Asesorar en SMyCP a programas, proyectos y actividades nacionales con incumbencia internacional	Porcentaje de programas, proyectos y actividades nacionales con incumbencia internacional asesorados en materia de SMyCP	Asesoramiento al 100% de los requerimientos recibidos en consonancia con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657	Autoridad de Aplicación Nacional Organismos requeridos
	1.4.3 Desarrollar e implementar proyectos con financiamiento externo en concordancia con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657	a. Cantidad de proyectos con financiamiento externos en los que se participa b. Concordancia con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 de proyectos con finan-	a. Participación en al menos 5 proyectos con financiamiento externo b. 100% de los proyectos con financiamiento externo en concordancia con la	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales OMS-OPS UNICEF Otros organismos internacionales
1.5 Actualizar y adecuar el marco normativo existente sobre la organización, funcionamiento y perfil prestacional de los servicios de SMyCP para la transformación hacia el modelo de SMC	1.5.1 Actualizar las Directrices de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Salud Mental en consonancia con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657	Actualización de Directrices de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Salud Mental	Resolución ministerial de directrices de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Salud Mental actualizadas publicado	Autoridad de Aplicación Nacional Asociaciones Profesionales Órgano de Revisión Nacional SEDRONAR PAMI Consejo Consultivo Honorario Autoridad de Aplicación jurisdiccionales Sec. de DDHH de la Nación
	1.5.2 Impulsar la adhesión de las Jurisdicciones a las Directrices de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Salud Mental	Porcentaje de jurisdicciones con adhesión a las Directrices de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Salud Mental	a. Directrices de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Salud Mental consistente con el marco normativo con adhesión del 100% de las jurisdicciones b. Líneas de acción implementadas para la adhesión a las Directrices de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Salud Mental en el 100% de las jurisdicciones.	Autoridad de Aplicación Nacional Asociaciones Profesionales órgano de Revisión Nacional SEDRONAR PAMI Consejo Consultivo Honorario Autoridad de Aplicación jurisdiccionales Sec. de DDHH de la Nación

<p>1.5.3 Actualizar las normas de habilitación nacionales e impulsar las normas jurisdiccionales en base a las Directrices de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Salud Mental</p>	<p>a. Actualización de norma de habilitación nacional en base a las Directrices de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Salud Mental</p> <p>b. Porcentaje de jurisdicciones con normas de habilitación locales actualizadas en consonancia con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657</p>	<p>a. Norma de habilitación nacional actualizadas en consonancia con la Ley Nacional N° 26.657 y difundidas</p> <p>b.i Líneas de acción implementadas para la actualización de normas de habilitación en consonancia con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 en el 100% de las jurisdicciones</p> <p>b. ii Normas de habilitación actualizadas en consonancia con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 en el 100% de las jurisdicciones</p>	<p>Autoridad de Aplicación Nacional Asociaciones Profesionales órgano de Revisión Nacional SEDRONAR PAMI Consejo Consultivo Honorario Autoridad de Aplicación jurisdiccionales Sec. de DDHH de la Nación</p>
--	---	--	--

<p>1.5.4 Promover la actualización del Programa Médico Obligatorio (PMO) para adecuar sus prestaciones a la Ley Nacional N° 26.657</p>	<p>a. Actualización de las prestaciones de Salud Mental del PMO</p> <p>b. Adecuación de las prestaciones de Salud Mental a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657</p>	<p>a. PMO con prestaciones de Salud Mental actualizado</p> <p>b. 100% de prestaciones existentes y ampliadas adecuados a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657</p>	<p>Autoridad de Aplicación Nacional CONISMA Órgano de Revisión Nacional Consejo Consultivo Honorario Superintendencia de Servicios de Salud</p>
--	--	--	---

<p>1.5.5 Promover la adecuación de la cartera prestacional al modelo de SMC de las Entidades de Medicina Prepaga, PAMI y Obras Sociales nacionales y locales</p>	<p>Porcentaje de prestaciones de la cartera prestacional a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657</p>	<p>100% de prestaciones adecuadas a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657</p>	<p>Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales Superintendencia de Servicios de Salud CONISMA Órgano de Revisión Nacional COSSPRA PAMI</p>
--	--	---	--

EJE 2: SALUD MENTAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (PNA)

Este eje se propone ampliar los abordajes en Salud Mental en el Primer Nivel de Atención (PNA), para todos los cursos de vida, con el objetivo de reducir la brecha asistencial en Salud Mental, a través de la mejora en las capacidades de los equipos interdisciplinarios; de la identificación temprana; asistencia; acompañamiento y continuidad de cuidados desde un enfoque de Salud Mental Comunitaria en concordancia con los principios de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

OBJETIVOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INDICADOR	META 2027	ARTICULACIONES MÍNIMAS NECESARIAS
2.1 Promover la identificación y la asistencia temprana de padecimientos mentales en el PNA para todos los cursos de vida en las problemáticas emergentes, críticas y prevalentes en cada territorio.	2.1.2 Promover estrategias formativas en herramientas para identificar e intervenir de manera temprana sobre los padecimientos mentales dirigidos a equipos de Salud Mental, equipos de salud ampliados y recursos humanos no convencionales, en el marco de la SMC	a. Porcentaje de las jurisdicciones con las que se implementaron estrategias formativas en SMC b. Cantidad de personas participantes de las estrategias formativas c. Porcentaje de equipos de Salud Mental, equipos de salud ampliados y recursos humanos no convencionales participantes de las estrategias formativas	a. Estrategias formativas implementadas con el 100% de las jurisdicciones b. Al menos 25mil personas, equipos de Salud Mental, equipos de salud ampliados y recursos humanos no convencionales, participantes de las estrategias formativas del 100% de las jurisdicciones c. Al menos 50 % de los equipos de Salud Mental, equipos de salud ampliados y recursos humanos no convencionales capacitados en el 100% de las jurisdicciones	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales Entidades formadoras Consejo Consultivo Honorario Asociaciones de personas usuarias y Familiares Organizaciones de la Sociedad Civil
	2.1.3 Fortalecer prácticas de promoción y prevención en SMyCP en el PNA para todos los cursos de vida	a. Porcentaje de jurisdicciones con asistencias técnicas para fortalecer prácticas de promoción y prevención en SMyCP b. Porcentaje de jurisdicciones con prácticas de promoción y prevención implementadas	a. Al menos 5 asistencias técnicas para fortalecer prácticas de promoción y prevención en SMyCP implementadas en el 100% de las jurisdicciones b. Prácticas de promoción y prevención implementadas en el 100% de las jurisdicciones	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales CONISMA Consejo Consultivo Honorario

2.1.4 Promover el desarrollo y/o el fortalecimiento de sistemas de supervisión y apoyo remoto a través de las nuevas tecnologías de información y comunicación	<p>a. Porcentaje de jurisdicciones que desarrollaron sistemas de supervisión y apoyo remoto</p> <p>b. Porcentaje de jurisdicciones que fortalecieron los sistemas de supervisión y apoyo remoto</p>	<p>a. 100 % de jurisdicciones que desarrollaron sistemas de supervisión y apoyo remoto</p> <p>b. 100 % de jurisdicciones que fortalecieron los sistemas de supervisión y apoyo remoto</p>	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales
--	---	---	--

2.2 Promover el acompañamiento y la continuidad de cuidados para todos los cursos de vida en las problemáticas emergentes, críticas y prevalentes en cada territorio.

2.2.1 Desarrollar y fortalecer mecanismos de comunicación, articulación y enlace entre los diferentes efectores de la red.	Porcentaje de jurisdicciones con mecanismos de comunicación, articulación y enlace (con mesas, convenios) entre los diferentes efectores de la red desarrollados y fortalecidos	Mesas, convenios, mecanismos de comunicación, articulación y enlace entre los diferentes efectores de la red en el 100 % de las jurisdicciones	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales CONISMA Asociaciones de personas usuarias y Familiares Organizaciones de la Sociedad Civil
--	---	--	--

2.2.2 Cooperar técnica y/o financieramente para el fortalecimiento y/o creación de dispositivos de inclusión social, laboral, educativa, habitacional, etc.	<p>2.2.2 Cooperar técnica y/o financieramente para el fortalecimiento y/o creación de dispositivos de inclusión social, laboral, educativa, habitacional, etc.</p> <p>a. Porcentaje de jurisdicciones con acciones de cooperación técnica para el fortalecimiento de dispositivos de inclusión social, laboral, educativa, habitacional, etc.</p> <p>b. Porcentaje de jurisdicciones con cooperación financiera para el fortalecimiento de dispositivos de inclusión social, laboral, educativa, habitacional, etc.</p> <p>c. Porcentaje de jurisdicciones con cooperaciones técnicas para la creación de dispositivos de inclusión social, laboral, educativa, habitacional, etc.</p>	<p>a. Acciones de cooperación técnica para el fortalecimiento en el 100% de las jurisdicciones</p> <p>b. Acciones de cooperación financiera para el fortalecimiento en el 100% de las jurisdicciones</p> <p>c. Acciones de cooperación técnica para la creación en el 100% de las jurisdicciones</p> <p>d. Acciones de cooperación financiera para la creación de dispositivos de inclusión social, laboral, educativa, habitacional, etc. en el 100% de las jurisdicciones</p> <p>e. Incremento de dispositivos de inclusión social, laboral, educativa, habitacional, etc. creados de cada tipo en el 100% de las jurisdicciones</p>	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales CONISMA Asociaciones de personas usuarias y Familiares Organizaciones de la Sociedad Civil
---	--	--	--

- | | |
|---|---|
| <p>d. Porcentaje de jurisdicciones con cooperaciones financieras para la creación de dispositivos de inclusión social, laboral, educativa, habitacional, etc.</p> | <p>f. Incremento de dispositivos de inclusión social, laboral, educativa, habitacional, etc. fortalecidos de cada tipo en el 100% de las jurisdicciones</p> |
| <p>e. Cantidad de dispositivos de inclusión social, laboral, educativa, habitacional, etc. creados según tipo de dispositivo y jurisdicción</p> | <p>g. Al menos un 25 % de incremento anual de recurso financiero a nivel Nacional y Jurisdiccional destinado al fortalecimiento de dispositivos de inclusión social, laboral, educativa, habitacional, etc.</p> |
| <p>f. Cantidad de dispositivos de inclusión social, laboral, educativa, habitacional, etc. fortalecidos según tipo de dispositivo y jurisdicción</p> | |
| <p>g. Porcentaje de incremento de recurso financiero destinado al fortalecimiento de dispositivos de inclusión social, laboral, educativa, habitacional, etc. fortalecidos según tipo de dispositivo y jurisdicción</p> | |

2.2.3 Fortalecer el desarrollo de estrategias intersectoriales, interinstitucionales y de articulación con organizaciones territoriales y recursos no convencionales para incrementar la participación de personas usuarias en el PNA y en la red de servicios comunitarios

- a. Porcentaje de jurisdicciones con estrategias intersectoriales, interinstitucionales y de articulación con organizaciones
- b. Cantidad y tipo de participación intersectorial, interinstitucional y de articulación con organizaciones territoriales en los proyectos realizados por jurisdicción
- c. Cantidad de personas usuarias participando de los proyectos de inclusión social por centro y jurisdicción

- a. Estrategias intersectoriales, interinstitucionales y de articulación con organizaciones implementadas en el 100% de las jurisdicciones
- b. Participación de al menos 50% de organizaciones territoriales en los proyectos realizados en el PNA y en la red de servicios comunitarios
- c.i Participación de al menos 1 persona usuaria por proyectos de inclusión social en el PNA en la red de servicios comunitarios
- c.ii Participación de al menos 1 organización de persona usuaria y/o familiar por proyectos de inclusión social en el PNA en la red de servicios comunitarios

Autoridad de Aplicación Nacional
 Autoridad de Aplicación jurisdiccionales
 CONISMA
 Consejo Consultivo Honorario
 Asociaciones de personas usuarias y Familiares
 Organizaciones de la Sociedad Civil

2.2.4 Fortalecer la articulación de efectores del PNA con los dispositivos de atención de Salud Mental en hospitales generales, como guardia e internación, entre otros

a. Porcentaje de jurisdicciones con que se implementan estrategias de acompañamiento y continuidad de cuidados para todos los cursos de vida en las problemáticas emergentes, críticas y prevalentes en cada territorio.

b. Cantidad de asistencias técnicas para fortalecer la articulación de efectores del PNA con los dispositivos de atención de Salud Mental en hospitales generales

c. Cantidad de equipos de salud de efectores del PNA que implementan estrategias de acompañamiento y continuidad de cuidados de las personas con padecimientos de Salud Mental graves, familias y entornos afectivos por jurisdicción

a.i Estrategias de acompañamiento y continuidad de cuidados de Salud Mental implementadas en el 100% de las jurisdicciones

a.ii Estrategias de acompañamiento y continuidad de cuidados de Salud Mental implementadas en el 50% de efectores del PNA

b. Incremento de asistencias técnicas para fortalecer la articulación de efectores del PNA con los dispositivos de atención de Salud Mental en hospitales generales en el 100% de las jurisdicciones

c. Al menos un equipo de salud en el 70% efectores del PNA que implementan estrategias de acompañamiento y continuidad de cuidados de las personas con padecimientos de Salud Mental graves y sus familias y entornos afectivos por jurisdicción

Autoridad de Aplicación Nacional
Autoridad de Aplicación jurisdiccionales
CONISMA
Consejo Consultivo Honorario
Asociaciones de personas usuarias y Familiares
Organizaciones de la Sociedad Civil

Objetivo 2.3 Asegurar el acceso oportuno y el uso apropiado de psicofármacos esenciales.

2.3.1 Elaborar recomendaciones para la prescripción de psicofármacos esenciales en el PNA

Cantidad de documentos de recomendaciones para la prescripción de psicofármacos en PNA consistente con la Ley Nacional N° 26.657 elaboradas

Al menos 1 documento de recomendaciones elaborado y difundido al 100 % de las jurisdicciones

Autoridad de Aplicación Nacional
Consejo Consultivo Honorario

<p>2.3.2 Desarrollar capacitaciones para garantizar el uso apropiado de psicofármacos esenciales en el PNA</p>	<p>a. Porcentaje de jurisdicciones con capacitaciones implementadas</p> <p>b. Cantidad de capacitaciones realizadas</p> <p>c. Cantidad de personas participantes de las estrategias formativas</p>	<p>a. Estrategias formativas implementadas con el 100% de las jurisdicciones</p> <p>b. Al menos 5 capacitaciones realizadas el 100% de las jurisdicciones</p> <p>c. Al menos 5mil personas participantes de las estrategias formativas del 100% de las jurisdicciones</p>	<p>Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales</p>
<p>2.3.3 Incorporación psicofármacos esenciales como antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos entre otros en los programas de abastecimiento público de medicación a los efectores del PNA</p>	<p>a. Porcentaje de jurisdicciones que incorporan psicofármacos esenciales de los programas de abastecimiento público de medicación en los efectos del PNA</p> <p>b. Porcentaje de efectores del PNA que incorporan psicofármacos esenciales de los programas de abastecimiento público de medicación en los efectos del PNA</p> <p>c. Cantidad de personas participantes de las estrategias formativas para el uso apropiado de psicofármacos esenciales de efectores del PNA</p>	<p>a. Incorporación de psicofármacos esenciales en los efectores del PNA en el 100% de las jurisdicciones</p> <p>b. Incorporación de psicofármacos esenciales en el 50% de los efectores del PNA</p> <p>c. Al menos una persona participante de las estrategias formativas de los efectores del PNA que incorporan psicofármacos esenciales</p>	<p>Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales</p>

EJE 3: AMPLIACIÓN E INTEGRACIÓN INTERSECTORIAL DE LA RED DE SALUD MENTAL

Este eje se propone integrar la red intersectorial en el abordaje de la Salud Mental y los Consumos Problemáticos y promover la participación social de las personas con padecimiento mental propiciando la inclusión social a través del fortalecimiento y/o la creación de dispositivos alternativos, sistemas de apoyos, atención ambulatoria y participación de organizaciones de la sociedad civil en concordancia con los principios de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

OBJETIVOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INDICADOR	META 2027	ARTICULACIONES MÍNIMAS NECESARIAS
Objetivo 3.1 Promover el desarrollo de dispositivos alternativos y sistemas de apoyos necesarios para la vida en comunidad	3.1.1 Cooperar técnica y financieramente para el desarrollo de programas de viviendas asistidas y soluciones habitacionales, que permitan la inclusión social de las personas que permanecen internadas sin criterio clínico de internación.	a. Cantidad y tipo de viviendas asistidas y soluciones habitacionales b. Porcentaje de jurisdicciones con las que se desarrollaron líneas de acción para lograr viviendas asistidas y soluciones habitacionales c. Porcentaje de personas que permanecen internadas sin criterio clínico de internación incluidas en viviendas asistidas y soluciones habitacionales	a. Incremento de un 50% de viviendas asistidas y soluciones habitacionales para las personas que permanecen internadas sin criterio clínico de internación b. Líneas de acción desarrolladas con el 100% de las jurisdicciones beneficiadas c. Al menos el 50% de las personas incluidas en viviendas asistidas y soluciones habitacionales en el 100% de las jurisdicciones	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales CONISMA Consejo Consultivo Honorario
	3.1.2 Favorecer el acceso a programas de capacitación laboral, tanto formal como no formal, así como a estrategias de terminalidad educativa	a. Porcentaje de jurisdicciones con líneas de acción para favorecer el acceso a programas de capacitación laboral tanto formal como no formal, así como a estrategias de terminalidad educativa implementadas b. Cantidad de programas de cada tipo implementados c. Cantidad de personas participantes en c/u de los programas por Jurisdicción	a. Líneas de acción implementadas con el 100% de las jurisdicciones b. Al menos un programa de cada tipo por jurisdicción c. 100% de las jurisdicciones con personas participantes en algunos de los programas	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales CONISMA

	3.1.3 Cooperar técnica y financieramente para la promoción de la inclusión laboral y productiva	Porcentaje de jurisdicciones con las que se desarrollaron líneas de cooperación técnica y financiera para la promoción de la inclusión laboral y productiva implementadas	Líneas de cooperación técnica y financieras implementadas con el 100% de las jurisdicciones	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales CONISMA
	3.1.4 Promover la inclusión de personas con padecimiento mental y/o familiares y entornos afectivos convivientes en programas de ingreso social.	Porcentaje de jurisdicciones con líneas de promoción de la inclusión de personas con padecimiento mental y/o familiares y entornos afectivos convivientes en programas de ingreso social.	Líneas de promoción de la inclusión de personas con padecimiento mental y/o familiares y entornos afectivos convivientes implementadas con el 100% de las jurisdicciones.	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales CONISMA.
Objetivo 3.2 Promover la construcción de redes locales de SMyCP y el fortalecimiento de las existentes.	3.2.1 Impulsar espacios intersectoriales de intercambio para el fortalecimiento de la red en SMyCP con eje en cada curso de vida y en las problemáticas emergentes, críticas y prevalentes en cada territorio.	<p>a. Porcentaje de jurisdicciones con las que se impulsaron espacios intersectoriales de intercambio desarrollados</p> <p>b. Cantidad de espacios intersectoriales de intercambio activos por jurisdicción</p>	<p>a. Espacios de intercambio intersectoriales desarrollados en el 100% de las jurisdicciones</p> <p>b. Espacios de intercambio intersectoriales activos en el 100% de las jurisdicciones</p>	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales CONISMA Consejo Consultivo Honorario Organizaciones de la Sociedad Civil
	3.2.2 Promover el fortalecimiento de intervenciones sociosanitarias en articulación con efectores y actores comunitarios con eje en cada curso de vida y en las problemáticas emergentes, críticas y prevalentes en cada territorio.	<p>a. Cantidad de intervenciones sociosanitarias con participación articulada</p> <p>b. Porcentaje de jurisdicciones a las que se brindó asistencia técnica para la promoción de intervenciones sociosanitarias en articulación con efectores y actores comunitarios</p> <p>c. Porcentaje de jurisdicciones con líneas de promoción implementadas para el fortalecimiento de intervenciones sociosanitarias y participación de actores comunitarios</p>	<p>a. Al menos 1 dispositivo de intervenciones sociosanitarias en el 100% de las jurisdicciones</p> <p>b. Asistencia técnica brindada en el 100% de las jurisdicciones</p> <p>c. Líneas de acción de fortalecimiento de intervenciones sociosanitarias implementadas en el 100% de las jurisdicciones</p>	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales CONISMA Consejo Consultivo Honorario Organizaciones de la Sociedad Civil

Objetivo 3.3 Fortalecer la red de atención ambulatoria en SMyCP	3.3.1 Promover el desarrollo y fortalecimiento de dispositivos de atención ambulatoria en SMyCP de base comunitaria para cada curso de vida y en relación a las problemáticas psicosociales prevalentes en cada territorio	<p>a. Cantidad de dispositivos de atención ambulatoria por jurisdicción</p> <p>b. Porcentaje de jurisdicciones con las que se implementaron líneas de promoción desarrollo y fortalecimiento de dispositivos de atención ambulatoria en SMyCP</p>	<p>a. Al menos 1 dispositivo de atención ambulatorio en el 100% de las jurisdicciones</p> <p>b. Líneas de acción de fortalecimiento de atención ambulatoria implementadas en el 100% de las jurisdicciones</p>	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales CONISMA
	3.3.2 Promover el desarrollo y fortalecimiento de servicios de atención ambulatoria en SMyCP en hospitales generales en las 24 jurisdicciones	<p>a. Cantidad de hospitales generales con servicios de atención ambulatoria por jurisdicción</p> <p>b. Porcentaje de jurisdicciones con servicios de atención ambulatoria en SMyCP en hospitales generales incrementados</p>	<p>a. Al menos 1 hospital general con servicios de atención ambulatoria en el 100% de las jurisdicciones</p> <p>b. Incremento de 50% de servicios de atención ambulatoria en SMyCP en hospitales generales del 100 % de las jurisdicciones</p>	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales CONISMA
	3.3.3 Promover el desarrollo y fortalecimiento de equipos interdisciplinarios móviles de SMyCP de referencia territorial	Porcentaje de jurisdicciones con equipos interdisciplinarios móviles de SMyCP desarrollados y fortalecidos	Equipos interdisciplinarios móviles desarrollados o fortalecidos en el 100% de las jurisdicciones	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales CONISMA
Objetivo 3.4 Promover la participación social en la red de SMyCP	3.4.1 Impulsar el protagonismo y el rol activo de las Asociaciones de personas usuarias y Familiares en el desarrollo y fortalecimiento de la red	a. Porcentaje de jurisdicciones con líneas de acción para impulsar el protagonismo y el rol activo de las Asociaciones de personas usuarias y Familiares	a. Líneas de acción implementadas con el 100% de las jurisdicciones	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales CONISMA Cons. Consultivo Honorario Asociación de personas usuarias y Familiares
		b. Cantidad de redes con participación de las Asociaciones de personas usuarias y Familiares	b. 100% de redes con participación de las Asociaciones de personas usuarias y Familiares	

<p>3.4.2 Promover la participación de organizaciones comunitarias y de la sociedad civil (espacios comunitarios, culturales, artísticos, clubes de barrio y entidades deportivas, escuelas, emprendimientos sociolaborales y productivos, entre otros) en el desarrollo y fortalecimiento de la red</p>	<p>a. Porcentaje de jurisdicciones con líneas de promoción de la participación de organizaciones comunitarias y de la sociedad civil (espacios culturales, clubes de barrio y entidades deportivas, escuelas, emprendimientos sociolaborales y productivos, entre otros) en el desarrollo y fortalecimiento de la red</p> <p>b. Cantidad de redes con participación de organizaciones comunitarias y de la sociedad civil</p>	<p>a. 100% de las jurisdicciones con líneas de promoción de la participación civil implementadas</p> <p>b. 100% de redes con participación de organizaciones comunitarias y de la sociedad civil</p>	<p>Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales CONISMA Consejo Consultivo Honorario Org. Sociedad Civil</p>
---	---	--	---

<p>3.4.3 Impulsar el desarrollo y/o fortalecimiento de la capacidad de intervención sociosanitaria de organizaciones comunitarias y de la sociedad civil (Asociaciones de personas usuarias y Familiares, espacios culturales, clubes de barrio, escuelas y entidades deportivas, emprendimientos sociolaborales y productivos, entre otros)</p>	<p>a. Porcentaje de jurisdicciones con líneas de acción para el desarrollo y/o fortalecimiento de la capacidad de intervención sociosanitaria de organizaciones comunitarias y de la sociedad civil (Asociaciones de personas usuarias y Familiares, espacios culturales, clubes de barrio, escuelas y entidades deportivas, emprendimientos sociolaborales y productivos, entre otros) implementadas</p> <p>b. Cantidad y tipo de intervenciones sociosanitaria de organizaciones comunitarias y de la sociedad civil</p>	<p>a. Al menos 1 intervención sociosanitaria de organizaciones comunitarias y de la sociedad civil de fortalecida o desarrollada en el 100% de las jurisdicciones</p> <p>b. Líneas de acción para el fortalecimiento de intervenciones sociosanitarias de organizaciones comunitarias y de la sociedad civil implementadas en el 100% de las jurisdicciones</p>	<p>Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales CONISMA Consejo Consultivo Honorario Asociaciones de personas usuarias y Familiares Org. Sociedad Civil</p>
--	--	---	---

EJE 4: SALUD MENTAL EN EL HOSPITAL GENERAL

Este eje se propone el fortalecimiento del abordaje integral de la Salud Mental en los hospitales generales en función de las necesidades locales, promoviendo el acceso oportuno y equitativo en todo el territorio nacional.

OBJETIVOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INDICADOR	META 2027	ARTICULACIONES MÍNIMAS NECESARIAS
Objetivo 4.1 Impulsar la creación de Servicios de Salud Mental en los hospitales generales que no cuenten con los mismos	4.1.1 Promover la creación de servicios de atención de urgencias, atención ambulatoria, hospital de día y servicio de internación específico	Porcentaje de jurisdicciones con servicios de atención de urgencias, atención ambulatoria, hospital de día y servicio de internación específica existentes en hospitales generales	Incremento de 50% servicios de atención de urgencias, atención ambulatoria, hospital de día y servicios de internación específica en Hospitales Generales en el 100% de las jurisdicciones	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales CONISMA
	4.1.2 Impulsar la conformación de equipos interdisciplinarios de Salud Mental	Porcentaje de servicios existentes en hospitales generales con equipos interdisciplinarios conformados	Al menos 1 equipo interdisciplinario conformados en el 100% de los servicios existentes en hospitales generales	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales CONISMA
	4.1.3 Promover la capacitación de las y los trabajadores de Salud Mental según los principios de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657	a. Porcentaje de jurisdicciones con líneas de capacitación implementadas b. Cantidad de trabajadores y trabajadoras que participaron de capacitaciones	a. Líneas de capacitación implementadas de la totalidad de los hospitales generales en el 100% de las jurisdicciones b. Incremento de trabajadores de hospitales generales de cada jurisdicción con al menos 1 capacitación	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales CONISMA Consejo Consultivo Honorario

Objetivo 4.2 Promover el fortalecimiento de los Servicios de Salud Mental ya existentes en los Hospitales Generales

4.2.1 Impulsar el fortalecimiento y/o mejoramiento de los servicios de atención de urgencias, atención ambulatoria, hospital de día y servicio de internación específico según las necesidades de cada establecimiento y su población

a. Porcentaje de establecimientos con equipos interdisciplinarios fortalecidos de los servicios de atención de urgencias, atención ambulatoria, hospital de día y servicio de internación específico (inclusión, mejoras y formación de equipos) para el abordaje de la Salud Mental

b. Porcentaje de establecimiento con infraestructura y recursos financieros destinados a los servicios de atención de urgencias, atención ambulatoria, hospital de día y servicio de internación específico fortalecidos para el abordaje de la Salud Mental

a. Incremento de establecimientos con servicios de atención de urgencias, atención ambulatoria, hospital de día y servicio de internación específico de cada jurisdicción fortalecidos en sus equipos interdisciplinarios

b. Incremento de establecimientos con servicios de atención de urgencias, atención ambulatoria, hospital de día y servicio de internación específico de cada jurisdicción fortalecidos en su infraestructura y recursos financieros

Autoridad de Aplicación Nacional
Autoridad de Aplicación jurisdiccionales
CONISMA

4.2.2 Impulsar el fortalecimiento y/o ampliación de equipos interdisciplinarios de Salud Mental

Porcentaje de establecimientos con líneas de acción para el fortalecimiento y/o ampliación de equipos interdisciplinarios de Salud Mental

Equipos interdisciplinario de Salud Mental ampliados y fortalecidos en el 100% de los establecimientos

Autoridad de Aplicación Nacional
Autoridad de Aplicación jurisdiccional
CONISMA

4.2.3 Promover estrategias de capacitación e identificación de buenas prácticas con las y los trabajadores

Porcentaje de jurisdicciones con estrategias de capacitación e identificación de buenas prácticas implementadas

Estrategias implementadas con el 100% de las jurisdicciones

Autoridad de Aplicación Nacional
Autoridad de Aplicación jurisdiccionales
CONISMA Consejo Consultivo Honorario

Objetivo 4.3 Promover la mejora continua en la calidad de la atención y la protección de derechos

4.3.1 Desarrollar y difundir herramientas para mejorar la calidad de la atención y la protección de derechos

Desarrollo de herramientas para mejorar la calidad de la atención creadas y difundidas

Al menos 5 documentos de herramientas para mejorar la calidad de la atención desarrolladas y difundidas

Autoridad de Aplicación Nacional
Cons. Consultivo Honorario

4.3.2 Promover la capacitación de los equipos interdisciplinarios de Salud Mental para la mejora continua de la calidad y protección de derechos desde una perspectiva integral en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657	Porcentaje de las jurisdicciones con las que se implementaron estrategias de capacitación en SMC para la mejora continua de la calidad y protección de derechos en concordancia con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657	Estrategias de capacitación en concordancia con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 implementadas con el 100% de las jurisdicciones	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales CONISMA Consejo Consultivo Honorario
4.3.3 Impulsar la participación de personas usuarias en las estrategias para mejorar la calidad de la atención y la protección de derechos	Porcentaje de participación de las personas usuarias en estrategias de mejora de la calidad de la atención y protección de derechos	Participación de personas usuarias en el 100% de las estrategias que se implementen	Autoridad de Aplicación Nacional Cons. Consultivo Honorario Asoc. Usuarias, Usuarios y Familiares

EJE 5: PROFUNDIZACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE LOS DISPOSITIVOS MONOVALENTES DE INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL HASTA LA SUSTITUCIÓN DEFINITIVA

Este eje se propone continuar, acompañar y profundizar conjuntamente con los responsables de las jurisdicciones la adecuación de los dispositivos monovalentes de internación en Salud Mental a los principios de la Ley Nacional de Salud Mental, hasta su sustitución definitiva por redes de servicios de Salud Mental de base comunitaria.

OBJETIVOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INDICADOR	META 2027	ARTICULACIONES MÍNIMAS NECESARIAS
Objetivo 5.1 Desarrollar y difundir instrumentos técnicos para impulsar y fortalecer los procesos de sustitución de dispositivos de internación monovalentes	5.1.1 Elaborar y difundir recomendaciones para el fortalecimiento del abordaje de la Salud Mental en el hospital general	Recomendaciones para el fortalecimiento del abordaje de la Salud Mental en el hospital general elaboradas y consensuadas con las y los trabajadores	Al menos 1 recomendación para el fortalecimiento del abordaje de la Salud Mental en el hospital general elaborada en consenso con las y los trabajadores y difundida	Autoridad de Aplicación Nacional Consejo Consultivo Honorario Órgano de Revisión
	5.1.2 Elaborar instrumentos de estandarización del proceso de internación por motivo de Salud Mental en el hospital general	Instrumento de estandarización del proceso de internación por motivo de Salud Mental en el hospital general elaborado y difundido	Al menos 1 instrumento de estandarización del proceso de internación por motivo de Salud Mental en el hospital general elaborado y difundido	Autoridad de Aplicación Nacional Consejo Consultivo Honorario Órgano de Revisión

	5.1.3 Elaborar recomendaciones para la adecuación de dispositivos de internación monovalentes en Salud Mental hasta su sustitución definitiva.	Recomendaciones para la adecuación de dispositivos de internación monovalentes en Salud Mental elaboradas y difundidas	Al menos 1 recomendación para la adecuación de dispositivos de internación monovalentes en Salud Mental elaborada y difundida	Autoridad de Aplicación Nacional Consejo Consultivo Honorario Órgano de Revisión
	5.1.4 Elaborar recomendaciones para el desarrollo y fortalecimiento de la red de Salud Mental incluyendo los dispositivos de inclusión social	Recomendaciones para el desarrollo y fortalecimiento de red de Salud Mental incluyendo los dispositivos de inclusión social elaboradas y difundidas	Al menos 1 recomendación para el desarrollo y fortalecimiento de la red de Salud Mental incluyendo los dispositivos de inclusión social elaborada y difundida	Autoridad de Aplicación Nacional Consejo Consultivo Honorario Órgano de Revisión
	5.1.5 Elaborar recomendaciones para el proceso de externación sustentable de las personas con internaciones prolongadas	Recomendaciones para el proceso de externación sustentable de las personas con internaciones prolongadas elaboradas y difundidas	Al menos 1 recomendación para el proceso de externación sustentable de las personas con internaciones prolongadas elaborada y difundida	Autoridad de Aplicación Nacional Consejo Consultivo Honorario Órgano de Revisión
	5.1.6 Construir y mantener actualizada una guía de recursos del Estado Nacional para la inclusión social de personas con padecimiento mental	Guía de recursos del Estado Nacional para la inclusión social de personas con padecimiento mental construida, publicada y actualizada de manera permanente	Al menos 1 guía de recursos del Estado Nacional para la inclusión social de personas con padecimiento mental construida, publicada y actualizada de manera permanente	Autoridad de Aplicación Nacional Consejo Consultivo Honorario CONSIMA
Objetivo 5.2 Promover la externación sustentable y la inclusión social de las personas que permanecen alojadas sin criterio clínico de internación	5.2.1 Impulsar la conformación de equipos interdisciplinarios de externación sustentable	Porcentaje de jurisdicciones con equipos interdisciplinarios de externación sustentable conformados	Equipos interdisciplinarios de externación conformados en el 100% de las jurisdicciones	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales Consejo Consultivo Honorario CONSIMA
	5.2.2 Cooperar técnica y/o financieramente en el diseño, planificación y ejecución de planes de externación e inclusión social	a. Porcentaje de jurisdicciones con líneas de cooperación técnicas para el diseño, planificación y ejecución de planes de externación implementadas b. Porcentaje de jurisdicciones con líneas de cooperación financiera para el diseño, planificación y ejecución de planes de externación implementadas	a. Incremento de cooperación técnica implementadas con el 100% de las jurisdicciones b. Incremento de cooperación financiera implementadas con el 100% de las jurisdicciones	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccional Consejo Consultivo Honorario CONISMA

<p>5.2.3 Cooperar técnica y/o financieramente para el desarrollo de dispositivos de inclusión social, laboral, educativa, habitacional, etc.</p>	<p>a. Porcentaje de jurisdicciones con cooperaciones técnicas para el desarrollo de dispositivos de inclusión social, laboral, educativa, habitacional, etc.</p> <p>b. Porcentaje de jurisdicciones con cooperaciones financieras para el desarrollo de dispositivos de inclusión social, laboral, educativa, habitacional, etc.</p> <p>c. Cantidad de dispositivos de inclusión social, laboral, educativa, habitacional, etc. desarrollados según tipo de dispositivo y jurisdicción</p> <p>d. Porcentaje de incremento de recurso financiero destinado al fortalecimiento de dispositivos de inclusión social, laboral, educativa, habitacional, etc. fortalecidos según tipo de dispositivo y jurisdicción</p>	<p>a. Acciones de cooperación técnica para el desarrollo en el 100% de las jurisdicciones</p> <p>b. Acciones de cooperación financiera para el desarrollo en el 100% de las jurisdicciones</p> <p>c. Incremento de dispositivos de inclusión social, laboral, educativa, habitacional, etc. desarrollados de cada tipo en el 100% de las jurisdicciones</p> <p>d. Al menos un 25 % de incremento anual de recurso financiero a nivel Nacional y Jurisdiccional destinado al fortalecimiento de dispositivos de inclusión social, laboral, educativa, habitacional, etc.</p>	<p>Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccional CONISMA Consejo Consultivo Honorario</p>
--	--	---	---

Objetivo 5.3 Promover la refuncionalización y/o sustitución de la infraestructura de los establecimientos monovalente

<p>5.3.1 Impulsar la planificación y el desarrollo de los procesos de refuncionalización de manera intersectorial y conforme las necesidades locales</p>	<p>Porcentaje de jurisdicciones con hospitales monovalentes en procesos de refuncionalización planificados y desarrollados por jurisdicción</p>	<p>Procesos de refuncionalización planificados y desarrollados en el 100% de las jurisdicciones con establecimientos monovalentes</p>	<p>Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales Consejo Consultivo Honorario CONISMA</p>
--	---	---	---

5.3.2 Cooperar técnica y/o financieramente con los procesos de refuncionalización a través de espacios de concertación participativa con trabajadores/as y usuarios	<p>a. Cantidad de cooperaciones técnicas para fortalecer los procesos de refuncionalización a través de espacios de concertación participativa con trabajadores/as y usuarios</p> <p>b. Porcentaje de jurisdicciones con líneas de cooperación implementadas</p> <p>c. Cantidad de procesos de refuncionalización a través de espacios concertación participativa con trabajadores/as y usuarios implementados</p> <p>d. Porcentaje de incremento de recurso financiero destinado a refuncionalización a través de espacios de concertación participativa con trabajadores/as y usuarios</p>	<p>a. Incremento de cooperaciones técnicas y/o financiera para fortalecer los procesos de refuncionalización a través de espacios de concertación participativa con trabajadores/as y usuarios</p> <p>b. Líneas de cooperación técnica implementadas en el 100% de las jurisdicciones con establecimientos de internación monovalente</p> <p>c. Incremento de establecimientos de internación monovalente con proceso de refuncionalización a través de espacios de concertación participativa con trabajadores/as y usuarios</p> <p>d. Al menos un 25 % de incremento anual de recurso financiero a nivel Nacional y Jurisdiccional destinado a refuncionalización</p>	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales Consejo Consultivo Honorario CONISMA
---	--	---	--

5.3.3 Promover la implementación de políticas institucionales de Espacios de Memoria	Porcentaje de jurisdicciones con políticas institucionales de Espacios de Memoria implementadas	Políticas implementadas en el 100% de las jurisdicciones con establecimientos monovalentes	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales Consejo Consultivo Honorario CONISMA
--	---	--	--

EJE 6: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL Y CONSUMOS PROBLEMÁTICO

Este eje se propone desarrollar e implementar programas, proyectos y acciones de promoción y prevención en Salud Mental y Consumos Problemáticos con enfoque territorial y perspectiva de derechos.

OBJETIVOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INDICADOR	META 2027	ARTICULACIONES MÍNIMAS NECESARIAS
Objetivo 6.1 Reducir el estigma asociado a los padecimientos mentales	6.1.1 Desarrollar estrategias de difusión y sensibilización sobre la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 para población general	Cantidad de estrategias de difusión y sensibilización sobre la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 implementadas	Al menos 10 estrategias de difusión y sensibilización sobre la Ley Nacional de Salud Mental implementadas	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales CONISMA Consejo Consultivo Honorario
	6.1.2 Desarrollar estrategias de información y sensibilización para la población general sobre la situación de las personas con padecimientos mentales, la estigmatización, los prejuicios y los preconceptos.	Cantidad de estrategias de información y sensibilización sobre la situación de personas con padecimientos mentales, la estigmatización, los prejuicios y los preconceptos con participación de personas usuarias, familiares y entornos afectivos implementadas	Al menos 5 estrategias de información y sensibilización sobre la situación de personas con padecimientos mentales, la estigmatización, los prejuicios y los preconceptos implementadas	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales CONISMA Consejo Consultivo Honorario Asociaciones de personas usuarias y Familiares
	6.1.3 Impulsar estrategias de sensibilización y capacitación antiestigma (mitos y prejuicios sobre los padecimientos mentales y su abordaje) para las y los trabajadores de la salud, equipos técnicos de organismos públicos, fuerzas de seguridad, equipos técnicos judiciales y agentes de intervención social no convencional en general.	Cantidad de estrategias de información y sensibilización antiestigma (mitos y prejuicios sobre los padecimientos mentales y su abordaje) implementadas con participación de personas usuarias, familiares y entornos afectivos implementadas	Al menos 5 estrategias de información y sensibilización antiestigma implementadas	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales CONISMA Consejo Consultivo Honorario Otros organismos y Poderes del Estado Nacional Asociaciones de personas usuarias y Familiares

Objetivo 6.2 Implementar estrategias de comunicación para la promoción y la prevención en Salud Mental	6.2.1 Impulsar líneas de acción en comunicación para la promoción de la Salud Mental en el marco de la educación para la salud destinada a la población general	Cantidad de líneas de acción en comunicación para la promoción de la Salud Mental implementadas	Al menos 5 líneas de acción en comunicación para la promoción de la Salud Mental implementadas	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales CONISMA Otros organismos del Estado Nacional Consejo Consultivo Honorario
	6.2.2 Impulsar la sensibilización sobre la comunicación responsable en el tratamiento de temas de Salud Mental destinada a las y los trabajadores del campo de la comunicación	Cantidad de líneas de acción en sensibilización sobre comunicación responsable en el tratamiento de temas de Salud Mental implementadas	Al menos 5 líneas de acción en sensibilización sobre comunicación responsable en el tratamiento de temas de Salud Mental implementadas	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales CONISMA Otros organismos del Estado Nacional
	6.2.3 Construir y difundir un banco de prácticas y experiencias territoriales en comunicación basadas en el modelo de la SMC	Banco de prácticas y experiencias construido y difundido	Un banco de prácticas y experiencias construido, difundido y disponible de libre acceso.	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales CONISMA Cons. Consultivo Honorario Otros organismos del Estado Nacional
Objetivo 6.3 Promover la participación de las personas usuarias, familiares y entornos afectivos en los procesos de construcción de políticas públicas	6.3.1 Impulsar el fortalecimiento de asociaciones de personas usuarias, sus familiares y entornos afectivos ya existentes	a. Cantidad de líneas de acción para el fortalecimiento de asociaciones de personas usuarias, sus familiares y entornos afectivos ya existentes	a. Al menos 10 líneas de acciones de fortalecimiento	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales CONISMA Cons. Consultivo Honorario Asociaciones de personas usuarias, y Familiares
		b. Porcentaje de jurisdicciones con asociaciones de personas usuarias, sus familiares y entornos afectivos fortalecidas	b. Asociaciones de personas usuarias, sus familiares y entornos afectivos fortalecidas en el 100% de las jurisdicciones	

6.3.2 Promover la conformación de asociaciones de personas usuarias, sus familiares y entornos afectivos	<p>a. Cantidad de líneas de acción para la conformación de asociaciones de personas usuarias, sus familiares y entornos afectivos</p> <p>b. Cantidad de nuevas asociaciones de personas usuarias, sus familiares y entornos afectivos conformadas</p> <p>c. Porcentaje de jurisdicciones con nuevas asociaciones de personas usuarias, sus familiares y entornos afectivos conformadas</p>	<p>a. Al menos 10 líneas de acciones de conformación</p> <p>b. Incremento de un 50% de asociaciones de personas usuarias, sus familiares y entornos afectivos</p> <p>c. Al menos 1 asociación de personas usuarias, sus familiares y entornos afectivos nueva en el 100% de las jurisdicciones</p>	<p>Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccional CONISMA Cons. Consultivo Honorario Asociaciones de personas usuarias, y Familiares</p>
--	--	--	--

6.3.3 Promover el rol activo de personas usuarias, sus familiares y entornos afectivos en la red de Salud Mental	<p>Cantidad de líneas de acción con participación activa de asociaciones de personas usuarias, sus familiares y entornos afectivos por jurisdicción</p>	<p>Al menos 10 líneas de acción con participación activa en el 100% de las jurisdicciones</p>	<p>Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccional CONISMA Consejo Consultivo Honorario Asociaciones de personas usuarias, y Familiares</p>
--	---	---	--

EJE 7: TRANSFORMACIÓN DE LAS PRÁCTICAS

Este eje se propone impulsar la transformación de las prácticas, en función de los principios de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, hacia el modelo comunitario en Salud Mental a través de la formación, la capacitación en servicio, la puesta en valor de buenas prácticas existentes y el desarrollo de herramientas de estandarización de procesos para la mejora continua de la calidad, el trato digno y respetuoso de los Derechos Humanos.

OBJETIVOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INDICADOR	META 2027	ARTICULACIONES MÍNIMAS NECESARIAS
Objetivo 7.1 Garantizar la formación en SMC de las y los trabajadores del campo de la Salud Mental	7.1.1 Promover la formación continua y la capacitación en servicio de las y los trabajadores de las disciplinas de la Salud Mental	<p>a. Porcentaje de las jurisdicciones con las que se implementaron estrategias formativas</p> <p>b. Cantidad de personas participantes en las estrategias formativas</p>	<p>a. Estrategias formativas implementadas con el 100% de las jurisdicciones</p> <p>b. Al menos 25mil personas participantes de las estrategias formativas de las 24 jurisdicciones</p>	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccional Entidades formadoras Consejo Consultivo Honorario Asociaciones de personas usuarias, y Familiares Org. Sociedad Civil
	7.1.2 Fortalecer prácticas de SMC existentes en las distintas jurisdicciones a través de la promoción, visibilización y multiplicación de experiencias con eje en cada curso de vida y en las problemáticas emergentes, críticas y prevalentes en cada territorio	<p>a. Porcentaje de jurisdicciones con líneas de fortalecimiento de prácticas en SMC con eje en cada curso de vida y en las problemáticas emergentes, críticas y prevalentes en cada territorio</p> <p>b. Cantidad de prácticas de SMC promovidas y visibilizadas en la totalidad de las jurisdicciones en consonancia con la Ley Nacional de Salud Mental N°26657</p>	<p>a. Prácticas en SMC con eje en cada curso de vida y en las problemáticas emergentes, críticas y prevalentes implementadas con el 100% de las jurisdicciones</p> <p>b. Al menos 24 prácticas de SMC con eje en cada curso de vida y en las problemáticas emergentes, críticas y prevalentes promovida o visibilizada en el 100% de las jurisdicciones</p>	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccional CONISMA Consejo Consultivo Honorario
	7.1.3 Fortalecer la perspectiva comunitaria de las Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental (RISaM Comunitaria)	Porcentaje de jurisdicciones con Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental (RISaM Comunitaria) fortalecidas e implementadas	Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental (RISaM Comunitaria) fortalecidas e implementadas con el 100% de las jurisdicciones	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccional

Objetivo 7.2 Promover la formación del Recurso Humano de salud en la perspectiva de la SMC

7.2.1 Impulsar la formación en el abordaje de las crisis en SMYCP para equipos de salud que asisten las urgencias en domicilio, espacios institucionales y/o vía pública

- a. Porcentaje de las jurisdicciones con las que se implementaron estrategias formativas en el abordaje de las crisis en SMYCP implementadas
- b. Cantidad de personas y equipos participantes de las estrategias formativas

- a. Estrategias formativas implementadas con el 100% de las jurisdicciones
- b. Al menos 5 mil personas, equipos de Salud Mental, equipos de salud participantes de las estrategias formativas del 100% de las jurisdicciones

Autoridad de Aplicación Nacional
Autoridad de Aplicación jurisdiccional
Entidades formadoras

7.2.2 Impulsar la formación en el abordaje de las crisis en SMYCP para equipos de salud de las guardias hospitalarias y centros de salud del PNA, con eje en cada curso de vida y en las problemáticas emergentes, críticas y prevalentes en cada territorio

- a. Porcentaje de las jurisdicciones con las que se implementaron estrategias formativas en el abordaje de las crisis en SMYCP para equipos de salud de las guardias hospitalarias y centros de salud del PNA, con eje en cada curso de vida y en las problemáticas emergentes, críticas y prevalentes en cada territorio
- b. Cantidad de personas y equipos participantes de las estrategias formativas

- a. Estrategias formativas implementadas con el 100% de las jurisdicciones
- b. Al menos 5 mil personas, equipos de Salud Mental, equipos de salud participantes de las estrategias formativas del 100% de las jurisdicciones

Autoridad de Aplicación Nacional
Autoridad de Aplicación jurisdiccional
Entidades formadoras

7.2.3 Promover la formación de las distintas especialidades del campo de la salud en la atención integral de las personas con padecimiento mental

- a. Porcentaje de jurisdicciones con líneas de formación en atención integral de personas con padecimiento mental implementadas
- b. Cantidad de personas de las distintas especialidades participantes de las estrategias formativas

- a. Líneas de formación implementadas en el 100% de las jurisdicciones
- b. Al menos 5 mil personas de las distintas especialidades participantes de las estrategias formativas del 100% de las jurisdicciones

Autoridad de Aplicación Nacional
Autoridad de Aplicación jurisdiccional
Entidades formadoras

7.3.1 Promover la capacitación en SMC en el abordaje de la urgencia en SMyCP a integrantes de las Fuerzas Policiales y de Seguridad	<p>a. Cantidad y tipo de capacitaciones implementadas dirigidas a Fuerzas Policiales y de Seguridad Nacional y jurisdiccional capacitadas</p> <p>b. Porcentaje de Fuerzas Policiales y de Seguridad Nacional y jurisdiccional capacitadas según tipo de fuerzas</p>	<p>a. Al menos 5 líneas de capacitación implementadas</p> <p>b. 100 % de las y los trabajadores de las Fuerzas Policiales y de Seguridad Nacional y jurisdiccional capacitados</p>	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccional CONISMA Ministerio de Seguridad de la Nación
---	---	--	--

Objetivo 7.3 Promover la capacitación en SMC de sectores del Estado y de actores la sociedad civil con capacidad y responsabilidad de intervención frente a situaciones de Salud Mental

7.3.2 Promover la capacitación en el SMC a las y los integrantes del Poder Judicial	<p>a. Cantidad y tipo de líneas de capacitación en SMC implementadas con integrantes del Poder Judicial</p> <p>b. Porcentaje de jurisdicciones con líneas de capacitación en el modelo comunitario de atención de la Salud Mental implementadas</p>	<p>a. Al menos 5 líneas de capacitación implementadas con integrantes del Poder Judicial</p> <p>b. Líneas de capacitación implementadas en el 100% de las jurisdicciones</p>	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccional CONISMA Órgano de Revisión Nacional Poder Judicial
---	---	--	--

7.3.3 Promover la capacitación en SMC a las y los trabajadores de la Administración Pública Nacional	<p>a. Cantidad y tipo de líneas de capacitación en el SMC implementadas con las y los trabajadores de la Administración Pública Nacional</p> <p>b. Porcentaje de reparticiones de la Administración Pública Nacional con líneas de capacitación en Salud Mental Comunitaria implementadas</p>	<p>a. Al menos 5 líneas de capacitación implementadas con las y los trabajadores de la Administración Pública Nacional</p> <p>b. Líneas de capacitación implementadas en el 100% de las reparticiones</p>	Autoridad de Aplicación Nacional CONISMA
--	---	---	---

7.3.4 Impulsar la capacitación de actores comunitarios y de la sociedad civil intervinientes en la Salud Mental	<p>a. Cantidad y tipo de líneas de capacitación en el SMC implementadas</p> <p>b. Porcentaje de jurisdicciones con líneas de capacitación a actores comunitarios y de la sociedad civil intervinientes en la Salud Mental implementadas</p>	<p>a. Al menos 5 líneas de capacitación implementadas</p> <p>b. Líneas de capacitación implementadas en el 100% de las jurisdicciones</p>	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccional CONISMA Consejo Consultivo Honorario Org. De la Sociedad Civil
---	---	---	--

7.4.1 Actualizar y promover el uso de lineamientos y recomendaciones para la formación de grado en Salud Mental	a. Actualización de lineamientos y recomendaciones para la formación de grado en Salud Mental	a. Lineamientos y recomendaciones para la formación de grado en Salud Mental actualizados	Autoridad de Aplicación Nacional CONISMA Ministerio de Educación de la Nación Consejo Consultivo Honorario
	b. Cantidad de carreras y universidades que incorporan los lineamientos y recomendaciones en sus planes de estudio	b. Incremento de carreras y universidades que incorporan los lineamientos y recomendaciones en sus planes de estudio	
	c. Cantidad y tipo de actores que participan en espacios de articulación salud y educación para la actualización de lineamientos y recomendaciones	c. Incremento de actores que participan en espacios de articulación salud y educación para la actualización de lineamientos y recomendaciones por carrera, universidad y Jurisdicción	

Objetivo 7.4 Promover la adecuación al enfoque comunitario de los planes de estudio de las disciplinas vinculadas al campo de la Salud Mental

7.4.2 Promover la formación de posgrado en SMC para las y los trabajadores del campo de la Salud Mental y sectores afines	a. Cantidad trabajadores y trabajadoras del campo de la Salud Mental con formación de posgrado en SMC por jurisdicción	a. Incremento de trabajadores y trabajadoras del campo de la Salud Mental con formación de posgrado en SMC en el 100 % jurisdicción	Autoridad de Aplicación Nacional Entidades formadoras
	b. Cantidad de líneas de promoción para programas de posgrado en SMC implementadas consistentes con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657	b. Al menos 5 líneas de promoción para programas de posgrado en SMC implementadas	

7.4.3 Promover el desarrollo de programas de pregrado y extensión universitaria vinculados a SMC, con anclaje territorial y articulación con efectores y dispositivos comunitarios	Cantidad de líneas de promoción para programas de pregrado y extensión universitaria implementadas	Al menos 5 líneas de promoción para programas de pregrado y extensión universitaria implementadas	Autoridad de Aplicación Nacional Entidades formadoras
--	--	---	--

EJE 8: VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA E INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL

Este eje se propone desarrollar e implementar un sistema de información y vigilancia epidemiológica orientado a la toma de decisiones y a la producción de conocimientos en materia de políticas públicas en Salud Mental Comunitaria.

OBJETIVOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INDICADOR	META 2027	ARTICULACIONES MÍNIMAS NECESARIAS
Objetivo 8.1 Fortalecer la vigilancia epidemiológica en Salud Mental para evaluar necesidades de atención de la población y recursos disponibles en la comunidad	8.1.1 Promover la creación o fortalecimiento de áreas de epidemiología en Salud Mental de las jurisdicciones	Porcentaje de jurisdicciones con áreas de epidemiología en Salud Mental específicas	100% de las jurisdicciones con áreas específicas de epidemiología en Salud Mental	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales
	8.1.2 Impulsar la mejora y creación de registros de información epidemiológica, consensuados federalmente, sobre problemáticas de SMyCP con eje en cada curso de vida y en las problemáticas emergentes, críticas y prevalentes en cada territorio	<p>a. Construcción participativa de conjunto de indicadores básicos de Salud Mental consensuado a nivel federal.</p> <p>b. Sistematización de tipo y fuente de información consensuada a nivel federal.</p> <p>c. Porcentaje de jurisdicciones con registros de información epidemiológica sobre SMyCP</p>	<p>a. Conjunto de indicadores generado y consensuado con el 100% de las jurisdicciones en funcionamiento.</p> <p>b. Registro sistematizado de tipo y fuente de información de indicadores consensuados</p> <p>c. Incremento de un 50% de jurisdicciones con registros de información epidemiológica sobre SMyCP</p>	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales CONISMA
Objetivo 8.2 Implementar un sistema de vigilancia de las consultas e internaciones que se producen por motivos de Salud Mental	8.2.1 Desarrollar e implementar registros federales de consultas e internaciones por motivos de Salud Mental	<p>a. Grado de sistematización del proceso de implementación de registros federales de internaciones que se producen por motivos de Salud Mental en las jurisdicciones</p> <p>b. Registros de consultas que se producen por motivos de Salud Mental en el 100% de las jurisdicciones</p>	<p>a. Registro federal de las internaciones que se producen por motivos de Salud Mental desarrollado e implementado</p> <p>b. Consultas que se producen por motivos de Salud Mental desarrolladas en el 100% de las jurisdicciones</p>	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación Jurisdiccionales

8.2.2 Desarrollar e implementar un sistema de monitoreo, evaluación y seguimiento de las consultas e internaciones por motivos de Salud Mental con eje en cada curso de vida y en las problemáticas emergentes, críticas y prevalentes en cada territorio	Grado de sistematización del proceso de construcción e implementación de un sistema de seguimiento de las consultas e internaciones por motivos de Salud Mental	Registro Federal de consultas e internaciones por motivos de Salud Mental desarrollado e implementado en el 100% de las jurisdicciones	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación Jurisdiccionales CCH
---	---	--	---

8.2.3 Desarrollar e implementar un sistema de monitoreo, evaluación y seguimiento de dispositivos de cuidado, acompañamiento, asistencia y prácticas en Salud Mental con eje en cada curso de vida y en las problemáticas emergentes, críticas y prevalentes en cada territorio	Grado de sistematización del proceso de implementación de un sistema de seguimiento de dispositivos de cuidado, acompañamiento, asistencia y prácticas en Salud Mental en las jurisdicciones	Sistema de seguimiento de las dispositivos de cuidado, acompañamiento y asistencia, y prácticas en Salud Mental implementado y en funcionamiento en el 100% de las jurisdicciones	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación Jurisdiccionales
---	--	---	--

Objetivo 8.3 Fomentar la investigación y producción de conocimiento y prácticas consistentes sobre el marco normativo de Salud Mental

8.3.1 Promover y financiar la investigación de base territorial en SMC con eje en cada curso de vida, en las problemáticas emergentes, críticas o prevalentes en cada territorio y en la respuesta brindada desde el sistema de salud	a. Cantidad de investigaciones sobre SMC financiadas. b. Cantidad de líneas de promoción para la producción de conocimiento, investigación y prácticas en Salud Mental consistente con el marco normativo	a. Al menos 10 investigaciones financiadas anualmente b. Incremento de líneas de promoción para la producción de conocimiento, investigación y prácticas en Salud Mental consistente con el marco normativo	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales Entidades formadoras Consejo Consultivo Honorario Ministerio de Ciencia y Tecnología Universidades
---	--	--	---

8.3.2 Impulsar en los programas de investigación de diferentes organismos públicos, nacionales y jurisdiccionales, la investigación en Salud Mental con eje en cada curso de vida, en las problemáticas emergentes, críticas o prevalentes en cada territorio y en la respuesta dada desde el sistema de salud	Cantidad de investigaciones sobre SMC financiadas.	Al menos 15 investigaciones financiadas anualmente por diferentes organismos públicos, nacionales y jurisdiccionales.	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridades jurisdiccionales CONISMA DIS Ministerio de Ciencia y Tecnología Universidades Organismos de Investigación públicos, nacionales y jurisdiccionales
--	--	---	---

8.3.3 Jerarquizar el componente Salud Mental Comunitaria en los programas de investigación del Ministerio de Salud de la Nación	Porcentaje de programas de investigación con componente de Salud Mental Comunitario	100% de programas de investigación con componente Salud Mental Comunitaria incorporado	Autoridad de Aplicación Nacional
---	---	--	----------------------------------

EJE 9: SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

Este eje se propone promover la inclusión de estrategias de Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS) en la gestión integral de la reducción del riesgo y del impacto de situaciones de emergencias y desastres, fortaleciendo los procesos de construcción comunitaria.

OBJETIVOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INDICADOR	META 2027	ARTICULACIONES MÍNIMAS NECESARIAS
Objetivo 9.1 Promover la respuesta organizada de todos los actores gubernamentales como de la sociedad civil integrando a los sectores público, privado y de las seguridad social frente a emergencias y desastres (EyD).	9.1.1 Elaborar y difundir recomendaciones y protocolos que aseguren una respuesta adecuada en materia de Salud Mental de parte de los diferentes actores gubernamentales como de la sociedad civil integrando a los sectores público, privado y de las seguridad social involucrados en EyD	<ul style="list-style-type: none"> a. Cantidad de recomendaciones y protocolos elaborados y difundidos b. Porcentaje de las jurisdicciones en las que se difundieron las recomendaciones elaboradas c. Cantidad de sectores y actores gubernamentales como de la sociedad civil integrando a los sectores público, privado y de las seguridad social en los que se difundieron las recomendaciones elaboradas 	<ul style="list-style-type: none"> a. Al menos 5 recomendaciones y protocolos elaborados y difundidos b. Recomendaciones y protocolos difundidos en el 100% de las jurisdicciones c. Recomendaciones y protocolos difundidos en el 100 % de los sectores y actores involucrados 	Autoridades de Aplicación Nacional Autoridades jurisdiccionales CONISMA Consejo Consultivo Honorario
	9.1.2 Promover la aplicación y adaptación de las recomendaciones y protocolos de acuerdo a las necesidades locales	Porcentaje de jurisdicciones con protocolos y recomendaciones adaptadas y aplicadas de acuerdo a las necesidades locales	Al menos 2 recomendaciones y protocolos adaptados y aplicados en articulación con distintos actores y sectores en el 100% de las jurisdicciones	Autoridades de Aplicación Nacional Autoridades de Aplicación jurisdiccionales CONISMA Consejo Consultivo Honorario Seguridad Social Sector Privado

9.1.3 Mejorar la respuesta por parte de los actores gubernamentales y no gubernamentales a través de la actualización de conocimientos e intercambios de prácticas consistentes con el marco normativo sobre SMAPS frente a EyD	Porcentaje de jurisdicciones con líneas de capacitación para la actualización de conocimientos e intercambios de prácticas consistentes con el marco normativo implementadas	Líneas de capacitación implementadas con el 100% de las jurisdicciones	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales CONISMA Consejo Consultivo Honorario
---	--	--	--

Objetivo 9.2 Desarrollar estrategias para que SMAPS esté disponible en todas las etapas y lugares donde se desarrolla la emergencia

9.2.1 Promover estrategias de apoyo psicosocial que garanticen intervenciones tempranas frente a EyD	Cantidad de estrategias de apoyo psicosocial construidas participativamente, difundidas e implementadas a nivel jurisdiccional que garanticen intervenciones tempranas frente a una emergencia	Al menos 2 estrategias de apoyo psicosocial construidas participativamente, difundidas e implementadas a nivel jurisdiccional que garanticen intervenciones tempranas frente a una emergencia	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales CONISMA
--	--	---	---

9.2.2 Promover el fortalecimiento del componente SMYCP en la respuesta sanitaria de los efectores locales que atienden urgencias durante una emergencia	Porcentaje de jurisdicciones con acciones de fortalecimiento del componente SMYCP en la respuesta sanitaria en efectores locales que atienden urgencias en SMYCP durante una emergencia	Acciones de fortalecimiento del componente SMYCP en la respuestas sanitarias implementadas en el 100% de efectores locales que atienden urgencias durante una emergencia	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales
---	---	--	--

9.2.3 Impulsar estrategias que garanticen la continuidad de cuidados con perspectiva de SMC durante la emergencia	<p>a. Porcentaje de jurisdicciones que implementan estrategias que garanticen la continuidad de cuidados con perspectiva de SMC durante la emergencia</p> <p>b. Cantidad y tipo de estrategias que garanticen la continuidad de cuidados con perspectiva de SMC implementadas durante la emergencia</p>	<p>a. Estrategias de continuidad de cuidados con perspectiva de SMC implementadas en el 100% de las jurisdicciones afectadas por la emergencia</p> <p>b. Al menos 1 estrategia de continuidad de cuidados implementadas en el 100% de las regiones afectadas</p>	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales
---	---	--	--

9.2.4 Implementar acciones -directas e indirectas- para la protección de la Salud Mental de grupos en situación de mayor vulnerabilidad antes, durante y luego de la emergencia	Cantidad y tipo de acciones -directas e indirectas- para la protección de la Salud Mental de grupos en situación de mayor vulnerabilidad antes, durante y luego de la emergencia	Al menos 1 acción directa e indirecta para la protección de la Salud Mental de grupos en situación de mayor vulnerabilidad antes, durante y luego de la emergencia	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales CONISMA
---	--	--	---

Objetivo 9.3 Fortalecer las redes locales intersectoriales de respuesta antes, durante y después de la emergencia

9.3.1 Impulsar acciones de abordaje territorial en conjunto con actores locales y comunitarios antes, durante y después de una emergencia	<p>a. Existencia de espacios de articulación interactorales antes, durante y después de la emergencia</p> <p>b. Cantidad y tipo de acciones interactorales propuestas e implementadas antes, durante y después de la emergencia</p>	<p>a.i Por lo menos 1 espacio interactoral antes, durante y después de la emergencia</p> <p>a.ii Mapeo de actores locales implicados para dar respuesta para las situaciones de emergencia</p> <p>b. Al menos 1 línea de abordaje territorial conjunta con actores locales y comunitarios que incorporen el componente de SMC durante y después de la emergencia</p>	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales CONISMA Consejo Consultivo Honorario Org. Sociedad Civil
---	---	--	--

9.3.2 Cooperar técnicamente para la organización y gestión local de redes de respuesta que incluyan el componente de SMC en situaciones de EyD	<p>a. Porcentaje de jurisdicciones con cooperación técnica que incluya el componente SMC para la organización y gestión local de redes de respuesta implementadas</p> <p>b. Cantidad de redes locales de respuesta en situaciones de EyD implementadas o fortalecidas con componente de SMC</p>	<p>a. Cooperación técnica que incluya el componente SMC para la organización y gestión local de redes de respuesta implementadas en el 100 % de las Jurisdicciones</p> <p>b. Al menos 1 Red local de respuesta en situaciones de EyD activa con componente de SMC incorporada</p>	Autoridad de Aplicación Nacional Autoridad de Aplicación jurisdiccionales CONISMA Consejo Consultivo Honorario
--	---	---	---

Objetivo 9.4 Promover el cuidado de la Salud Mental de las y los trabajadores de la salud y primeras líneas de intervención durante una emergencia

9.4.1 Promover la construcción de una red de respuesta para el cuidado de la Salud Mental de las y los trabajadores de la salud y primeras líneas de intervención

Porcentaje de jurisdicciones con red de respuesta activa para el cuidado de la Salud Mental de las y los trabajadores de la salud y primeras líneas de intervención implementadas

Al menos 1 red de respuesta activa para el cuidado de la Salud Mental de las y los trabajadores de la salud y primeras líneas de intervención implementadas en el 100% de las jurisdicciones

Autoridad de Aplicación Nacional
Autoridad de Aplicación jurisdiccionales
CONISMA

9.4.2 Impulsar estrategias para el autocuidado de la Salud Mental de las y los trabajadores de la salud y primeras líneas de intervención

Porcentaje de jurisdicciones con espacios de supervisión, grupos de reflexión, ateneos sobre identificación de problemas y abordajes, etc. para el autocuidado de la Salud Mental de las y los trabajadores de la salud y primeras líneas de intervención en una emergencia

Al menos 1 estrategia (de espacios de supervisión, grupos de reflexión, ateneos sobre identificación de problemas y abordajes, etc) implementadas en el 100% de los territorios afectados

Autoridad de Aplicación Nacional
Autoridad de Aplicación jurisdiccionales
CONISMA

9.4.3 Promover la capacitación de los equipos de Salud Mental para el acompañamiento y cuidado de la Salud Mental de las y los trabajadores de la salud y primeras líneas de intervención

a. Cantidad y tema de capacitaciones para el acompañamiento y cuidado de la Salud Mental de las y los trabajadores de la salud y primeras líneas de intervención

b. Cantidad de equipos de Salud Mental capacitados para el acompañamiento y cuidado de la Salud Mental de las y los trabajadores de la salud y primeras líneas de intervención por tema y jurisdicción

a. Al menos 1 capacitación implementada con el 100% de los territorios afectados

b. Participación de al menos 1 capacitación por equipo por tema del 100% de las jurisdicción

Autoridad de Aplicación Nacional
Autoridad de Aplicación jurisdiccionales
CONISMA

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

“Plan Nacional de Salud Mental 2013 - 2018”, Resolución 2177/2013 del Ministerio de Salud de la Nación, 2013.

“Políticas públicas de Salud Mental: enfoques, estrategias y experiencias con base en la Comunidad”, Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud de la Nación, 2015.

“Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2030 – OMS.

“Informe de Salud Mental en el mundo” - 2001 OMS

Guía de Servicios de Salud Mental Comunitaria (Guidance on community health mental services) – 2021 - OMS.

“Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”, 2019 OMS/OPS

11. GLOSARIO

Buenas prácticas en Salud Mental: a los efectos del presente documento se consideran buenas prácticas en Salud Mental 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 las personas usuarias 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.

Externación sustentable:

Se considera externación sustentable a todo proceso tal que garantice a las personas que transitan de una internación en Salud Mental hacia la vida en comunidad las condiciones materiales y subjetivas para una apropiada producción y reproducción de su vida, a partir del ejercicio de sus derechos en lo que refiere a la vivienda, el trabajo, la educación, la cultura y el tiempo de ocio, entre otros, así como la continuidad de cuidados y los apoyos requeridos a tal fin.

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 de internación en Salud Mental:

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 las personas 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.

Interdisciplina:

Comprende los procesos de integración de las teorías, métodos, instrumentos, saberes y/o procedimientos fundamentados en distintos saberes profesionales, técnicos, otras formaciones en salud y/o recursos no convencionales, con la debida capacitación, 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 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.

Políticas públicas:

Conjunto de acciones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado, promoviendo la atención, el interés y la movilización de otros actores de la sociedad.

Prevención:

Conjunto de medidas, estrategias y acciones destinadas a reducir la posibilidad de que acontezca un daño y/o padecimiento, 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 del padecimiento. Se basa en el principio de que cuanto más tempranamente se actúe a fin de evitar y/o actuar contra el curso del padecimiento, más eficientes y eficaces resultarán las medidas adoptadas.

Proceso de adecuación institucional:

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

Proceso de salud – enfermedad – atención - cuidados:

Caracterización de la salud y la enfermedad que cuestiona el paradigma biologicista hegemónico, el cual entiende a ambas categorías como estados de un individuo, afirmando que se trata de un proceso social e histórico, inserto en la dinámica social general, del que forman parte las interacciones e intervenciones que sobre el mismo se realizan.

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 comunitaria:

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:

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 apoyos:

Combinación de estrategias, metodologías y recursos provistos por instituciones y actores comunitarios cuyo objetivo es promover el desarrollo, la participación, el bienestar, el rol protagónico y un desempeño con mayor grado de autonomía posible en entornos cotidianos garantizando un sistema que efectivamente respete la voluntad y la toma de decisiones de las personas usuarias 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 información y vigilancia epidemiológica en Salud Mental:

Combinación de procedimientos y recursos para la obtención, registro, sistematización, procesamiento y análisis continuo de la información destinada a la toma de decisiones y al diseño de las políticas públicas en Salud Mental.

Trayectorias de vida:

Comprende un novedoso modelo o marco que se ha denominado el modelo del “desarrollo de la salud a lo largo del curso de vida”. Según esta matriz conceptual, la salud y el desarrollo se unifican en un solo concepto que se implementa de manera adaptativa a lo largo de la vida. Incluye los factores de riesgo, los factores protectores y las miradas sobre las experiencias de la vida temprana desde una perspectiva de desarrollo que toma en cuenta la importancia de los vínculos y los relatos vitales.

12. ANEXOS

ANEXO I

Aportes a la consulta de Responsables de áreas de Salud Mental y Adicciones jurisdiccionales y Secretaría de Derechos Humanos de la Nación – 1era reunión

A los 19 días del mes de noviembre del año 2020, siendo las 08:40 hs. se reúnen vía videoconferencia a través de la plataforma Telesalud vía Webex representantes de las áreas de Salud Mental de las distintas jurisdicciones del país, previamente convocados, a los fines de comenzar a trabajar el borrador del Plan Nacional de Salud Mental, el cual ha sido remitido con anterioridad para el análisis.

El Dr. Hugo Barrionuevo, Director Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación da la bienvenida a los presentes y menciona que es un acontecimiento muy importante porque se comienza a trabajar el borrador de un Plan Nacional. Agrega que la Argentina se encuentra sin Plan Nacional desde el año 2018 y que en los últimos años se ha observado un retroceso o una detención, no en todas las jurisdicciones pero sí en forma generalizada, en las líneas de acción.

Pone en valor y destaca el trabajo y el esfuerzo para realizar con velocidad el borrador del documento en el marco de las dificultades de una pandemia como la que se está viviendo.

Informa que el motivo de la reunión es escuchar aportes, sugerencias y realizar correcciones al primer borrador del Plan Nacional de Salud Mental. A continuación comunica a los presentes que se elaborará un Acta de la reunión y que la misma será grabada para registrar los aportes e intervenciones que se hagan durante la reunión.

Informa que luego de esta reunión se girará un segundo borrador que recoja las observaciones y aportes que se hagan el día de la fecha a los demás actores que participarán en las futuras consultas que se hagan conforme el cronograma que ya ha sido establecido. Luego de esta ronda se confeccionará un tercer borrador que será nuevamente sometido a consulta de las jurisdicciones.

Por último, manifiesta que se invitará por orden alfabético a los representantes de las jurisdicciones para que expresen las sugerencias y se intercambien las opiniones.

A continuación da la palabra a Leonardo Gorbacz, representante de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, quien manifiesta que un Plan Nacional requiere consenso y que para ello el único camino es la participación colectiva.

En relación al plan manifiesta que es un muy buen documento para dar marco a una discusión, con las problemáticas y cuestiones a priorizar bien encuadradas. En relación a ello pasa a realizar algunos señalamientos y propuestas concretas. La primera es respecto de los 4 ejes. Manifiesta que por la característica federal del país y para poder avanzar en estos ejes en todo el país, considera que para la implementación de esos puntos es importante incorporar proyectos y herramientas concretas de financiamiento económico para apoyar la implementación de esos puntos y lograr los objetivos. Ello no para financiar toda la política, sino como un estímulo para apoyar las políticas.

Con relación al eje 1 sobre atención primaria resalta que el concepto de detección precoz como está planteado en el documento tiene un deslizamiento hacia la cuestión de los diagnósticos tempranos y medicalización y le parece que en el primer nivel de atención no se trata de detección de síntomas y derivar, sino en todo caso el promover la identificación de problemáticas tempranas y acompañar para que no evolucionen; y que quienes presentan estas problemáticas no sean excluidas y puedan ser incluidas en los distintos espacios de la comunidad. Agrega que debería ponerse énfasis en la promoción y prevención, es decir trabajar de manera territorial, favoreciendo los espacios inclusivos de participación universal. Sobre este mismo punto destaca la necesidad de identificar al primer nivel de atención con capacidad de atención de crisis y de continuidad de cuidados para que pueda dar apoyo a la comunidad.

Manifiesta que está priorizada la población en situación de encierro y resalta que en relación a ello es muy importante incluir el tema de la salud mental en cárceles con un programa específico y articulando con las áreas correspondientes. Sostiene que debe tenerse en cuenta la revisión de la cuestión de inimputabilidad de las personas con padecimiento mental en conflicto con la ley penal, que hoy su abordaje es un problema en el país debido a la

legislación y que probablemente sea necesario modificar el artículo 34 del Código Penal.

Otro punto que considera necesario incluir en el Plan es la promoción de la creación de Órganos de Revisión en todas las jurisdicciones en las que no hay, cuestión que hoy se está promoviendo desde las Secretarías de Derechos Humanos provinciales.

En relación al eje de sustitución de instituciones monovalentes afirma que parece que teniendo la Nación hospitales que dependen de sí mismo sería propicio que los proyectos y planes de adecuación estén reflejados en el Plan. Otro tema que plantea es el de Residencias en hospitales monovalentes que todavía existen y deberían discutirse y que si las va a haber, tienen que estar abocadas a equipos de externación.

Respecto del punto sobre Género manifiesta que se podría incluir un trabajo realizado desde la Secretaría de Derechos Humanos se empezó a conversar con el Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad que tiene que ver con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con padecimientos mentales, en particular las que están internadas, vinculados a una violación a los derechos como la falta de acceso a métodos anticonceptivos, falta de acceso a la información, falta de atención adecuada del embarazo y finalmente el hecho de que los niños y las niñas que nacen de esas relaciones son dados en adopción sin construir sistemas de apoyo y relevar la voluntad de la mujer. Por último, y en relación al eje de Enfoque de Derechos, afirma que es importante trabajar en la capacitación en evaluación interdisciplinaria de la capacidad jurídica que cambió el Código Civil, pero que no se ha tenido hasta ahora importante formación para que los profesionales puedan evaluarlos en torno a lo que establece el nuevo Código Civil y Comercial; y también efectuar un trabajo con el sistema judicial para realizar la revisión de las sentencias por incapacidades totales previas a la modificación del Código.

A continuación continúa en el uso de la palabra el Dr. Hugo Barrionuevo quien informa que ya ha recibido el documento con estos aportes y otorga la palabra a la Lic. Virginia Conci de la Dirección Provincial de Salud Mental y Comunitaria de la Provincia de Chubut.

Virginia Conci manifiesta que trabajaron el Plan de Salud Mental en equipo. En líneas generales el plan les gustó mucho porque va en línea con lo que ya vienen trabajando y se sienten identificados. A continuación cede la palabra a Mariana Ojeda que estuvo trabajando el Plan para que haga aportes. Mariana Ojeda sostiene en relación al Eje 1, donde se habla sobre el objetivo, que siempre está puesto el foco en la patología y en la problemática. Pregunta si se puede trabajar algo que contemple el acceso a la asistencia, prevención, promoción, trabajo con escuelas, clubes. Al leer el objetivo le parece que falta algo de promoción y prevención para pensar a la salud mental más allá de la ausencia de sintomatología y de enfermedad. Siguiendo en ese eje (pag. 13), considera que es fundamental fortalecer el recurso humano, y agrega que se podría pensar que otras áreas se pueden capacitar y sensibilizar de manera más trasversal y no solo pensar en el recurso humano del primer nivel de atención.

Respecto al punto de problemáticas de niños, niñas y adolescentes y personas mayores en el primer nivel de atención, plantea que en relación a la articulación con programas nacionales, según su experiencia debería quedar más claro respecto de los recursos para solventar los programas. Manifiesta que en este punto se plantea nuevamente la capacitación del RRHH en la problemática y que se vuelve a detener en la asistencia. Considera que podría pensarse en la capacitación trasversal incorporando la capacitación emocional en la currícula escolar.

En relación al punto 1.6.3 pág. 15. Implementación de protocolos de dispensa de psicofármacos. Agrega que es fundamental que tenga flexibilidad para que no sólo la medicación llegue a la provincia, sino que pueda asegurarse que el usuario llegue a la medicación.

Respecto de “Asegurar la Capacitación del Recurso Humano en Salud Mental Comunitaria” en la página 16, afirma que debería ampliarse a familia, educación, justicia y otros actores. En relación a lo establecido en la página 17, propone reemplazar la terminología y colocar personas con padecimiento mental y no usuarios únicamente. En la página 18, “Dispositivos intermedios” plantea fortalecer, más que el compromiso, el garantizar este compromiso con un marco legal para que no pareciera que recae únicamente en los servicios de salud y que se pueda controlar desde el Ministerio de Salud y el Órgano de Revisión Provincial.

En relación a Vigilancia Epidemiológica (Pág. 22) plantea trabajar sobre suicidios consumados, que oportunamente se había discutido, para poder trabajar con las Direcciones Provinciales, Servicios de Salud, Morgue, y así posteriormente trabajar en la posvención.

Por último, retoma la palabra Virginia Conci, que expresa que considera importante trabajar en el Registro Nacional de Prestaciones, para que sean incluidos en los nomencladores nacionales las viviendas asistidas o los dispositivos con anclaje en la comunidad en la forma en que están planteados en la Resolución, porque las Obras Sociales están limitadas en los nomencladores para poder hacer efectivos los pagos a aquellos dispositivos que se están habilitando como viviendas asistidas. Por ello manifiesta que hay que adecuar los registros a la Ley Nacional.

Concluye en el uso de la palabra informando que enviará el documento con las sugerencias en el día de la fecha.

A continuación, hace uso de la palabra el Lic. Mariano Rey por la provincia de Buenos Aires, manifestando que celebra que se esté discutiendo un plan nacional dado la fuerte necesidad que existe de construir un consenso en este sentido, atendiendo la pluralidad de situaciones que hay y las diferencias que hay entre los territorios y la complejidad que implica que un Plan Nacional pueda contener algo de cada una de esas realidades, y dentro de esa complejidad, plantearse cuestiones que si se quiere pueden ser generales, permitan construir para todos.

Considera que esto pone de manifiesto la necesidad de que cada provincia tenga un plan provincial que pueda recoger y contener las particularidades territoriales propias de cada lugar, dado las grandes diferencias que existen entre las distintas jurisdicciones.

Manifiesta que hay que consolidar un proceso que se inició hace 10 años y que hubo avances muy profundos a pesar de existir un área de vacancia importante y que se está lejos de la plena implementación de la ley.

En relación al borrador del plan que estuvieron trabajando manifiesta que hará algunos señalamientos. En particular sobre el hecho que llama la atención y genera dudas, que es la denominada población prioritaria. En el marco de esta población aparecen las personas que han tenido afectación por Covid-19. Expresa que la población Covid-19 sería prioritaria en clave de época y de situación, pero que no es la población históricamente priorizada.

Manifiesta que es muy importante que quede plasmado que tiene que ver con otras variables o determinantes sociales de la salud y plantea como ubicar a las personas pertenecientes a sectores populares como una población específica, porque tienen otro grado de vulnerabilidad para determinadas situaciones que tienen que ver con salud en general y salud mental en particular. Considera que más allá de la definición por grupos, hay algo más transversal que es también cierta población dirigida hacia la cual la política pública tiene que estar orientada y que tiene que ser pensada como población más transversal en ese sentido.

Plantea la necesidad de revisar y repensar las fuentes de financiamiento entendiendo que existen distintos niveles de gestión, debiendo diferenciarse los niveles municipales, provinciales y nacionales y fortalecer el primer nivel de atención.

Manifiesta que desde la provincia no están del todo de acuerdo con que las residencias se mantengan, sino que se debería empezar a pensar, dentro del acompañamiento al proceso de la adecuación de las instituciones monovalentes, que sean residencias interdisciplinarias en salud mental, no en los monovalentes, sino también en los hospitales generales.

Por otra parte, agrega que debería pensarse una política específica para usuarios de larga estadía, relacionada con la construcción de apoyos, ver la posibilidad de que de la Nación pueda contribuir a través de algún programa en la construcción de viviendas y en la construcción de dispositivos intermedios y para la apoyatura con trabajadores que puedan generar estos equipos de enlace que permitan la salida del manicomio y la continuidad de cuidados en la comunidad.

Seguidamente expresa que pensar el lugar de la universidad es central. Plantea que a 10 años de la Ley de Salud Mental no puede hablarse de adecuar planes de estudio, sino que ya deben estar adaptados, por lo que debe trabajarse rápidamente en ese sentido comprometiendo a las universidades, y que deberían llevarse adelante acciones concretas, incluso planteando a la CONEAU que existe una desarmonía legislativa entre lo que la ley plantea en materia normativa. Agrega que sería importante que quede plasmado en el plan la potencia que se puede desplegar desde el sector de extensión universitaria, que es recuperar la función social que tienen las universidades; y que hay un aporte específico que las universidades pueden hacer y que debemos poder concentrar y capitalizar para direccionarlo hacia los intereses del sistema.

Por último, manifiesta que le preocupa el abordaje de la urgencia en cuestiones con infancia y juventudes y con

consumos problemáticos.

A continuación, se otorga la palabra a Victoria Martínez en representación de la provincia de Córdoba, quien posee problemas con el micrófono por lo que se acuerda que envía los comentarios vía chat de la plataforma, texto que se reproduce textual al final de la presente Acta.

Seguidamente continúa Graciela Pianalto por la Dirección de Salud Mental y Adicciones de la provincia de Corrientes, quien por problemas de micrófono procede a remitir comentarios vía chat de la plataforma, el cual se agrega textual al final de la presente Acta.

Toma la palabra Alejandro Ruiz de la Dirección General de Salud Mental y Adicciones de la provincia de Entre Ríos. Manifiesta que el documento remitido contempla las inquietudes y expectativas que tienen desde la Dirección. Informa que difundieron los ejes del plan entre los actores involucrados y que se empezaron a generar respuestas. Informa que respecto a proyectos con financiamiento, han creado una mesa interministerial como antesala de la COPRISMA, en donde se encuentra incluido el Instituto Autárquico Provincial de la Vivienda – IAPV.

Expresa que hay un tema que les hace ruido y que han planteado en diversas reuniones relacionado con el cumplimiento de las medidas de seguridad, y que a la hora de internar en hospitales generales, va a surgir el mismo problema; que va a haber mandato de cumplimiento de medidas de seguridad de parte del ámbito penal, por lo que considera que se podría anticipar con alguna propuesta.

Agrega que están elaborando un plan provincial de Salud Mental que esperan tener listo antes de fin de año y que sigue los lineamientos de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones y del borrador del Plan Nacional. Por último señala que en la provincia los residentes se encuentran rotando por las áreas de los tres niveles de atención y que han avanzado bastante en la inclusión de la Ley Nacional de Salud Mental en los planes de estudio de las distintas carreras relacionadas con este ámbito.

Acto seguido continúa en el uso de la palabra Miguel Fariz de la Dirección General de Salud Mental de La Rioja. Manifiesta que se está realizando un trabajo importante y que de los aportes que va escuchando considera que están bastante bien. Considera que hay que articular un poco más la identificación de las problemáticas y los diagnósticos de atención primaria de la salud, porque se pueden identificar las situaciones, pero también hay que identificar algunas patologías que si no tienen una buena detección temprana, en el futuro pueden generar problemas como por ejemplo el consumo de sustancias en adolescentes y la maternidad en niñas con trastorno generalizado del desarrollo. Por ello resulta importante hacer un diagnóstico preciso dentro de los lineamientos de la ley.

Destaca que es importante la elaboración de planes provinciales siguiendo los lineamientos del plan nacional pero incorporando las particularidades de las jurisdicciones.

Acto seguido el Dr. Hugo Barrionuevo invita a hacer uso de la palabra a la Secretaria de Salud Mental y Adicciones de la provincia de Salta Dra. Irma Silva.

Afirma que desde la provincia de Salta coinciden con el borrador del Plan Nacional y que comparten con sus ejes, objetivos y marco teórico. Agrega que escuchando a los colegas preopinantes, hay cuestiones interesantes para actualizar el plan. Sobre todo en lo que hace al primer eje y en lo que hace a la capacitación es necesario que vaya dirigida no sólo a los efectores directos de salud mental sino a todos aquellos actores sociales que estén involucrados.

Celebra la discusión del plan el cual es complejo, y que será mejorado con los aportes de cada uno.

Manifiesta que en relación a los financiamientos en general, no deben pensarse solo para usuarios de salud mental, sino para tratar de mejorar las condiciones y calidad de vida de la población en general.

Respecto a las residencias informa que en Salta se está desarrollando un plan complejo y completo sobre Residencias tanto en las residencias interdisciplinarias de salud mental, en las Residencias comunitarias y en las Residencias de familia.

Por último manifiesta que es un plan al que adhieren completamente, con los aportes realizados y en especial aquellos relacionados con el primer nivel de atención.

Seguidamente continúa en el uso de la palabra Elizabeth Liberal de la Dirección de Salud Mental y Adicciones de la provincia de Mendoza. Manifiesta que en la provincia han avanzado con hospitales generales, con internación en casi todos los hospitales y que actualmente están trabajando en centros de salud – CAPS, pensando la salud como una cuestión de red.

Con respecto a las residencias, informa que tienen residencias interdisciplinarias en 8 hospitales; y que actualmente los monovalentes continúan teniendo sus residencias.

Plantea la importancia de plantear un diálogo con los psiquiatras para sumarlos a la Ley Nacional de Salud Mental y facilitar el avance en el sentido de la ley, dado el rol que tienen muchos de los psiquiatras.

Manifiesta que en Mendoza todavía falta avanzar en dispositivos intermedios y que se encuentran avanzando en hospitales de día, sobre todo con dos proyectos dirigidos a las franjas de niños, niñas y adolescentes. Agrega que es muy importante contar con una mesa intersectorial para llevar a adelante la ley, y que en la provincia, aún es una deuda pendiente. Adhiere a la necesidad de actualizar la currícula de universidades según la Ley Nacional de Salud Mental.

Actualmente se encuentran trabajando con los dos hospitales monovalentes de la provincia tratando de llevar a adelante una política integral. Considera que difícilmente se pueda llevar a cabo una política de transformación de un monovalente desde un lugar aislado. Debe ser a través de una política integral conjunta; y entiende que con este plan y el compromiso de las autoridades el financiamiento para crear más dispositivos intermedios, es una forma de abrir las puertas a la comunidad.

Seguidamente se otorga la palabra a Gonzalo Cabrera en representación de la provincia de Santa Cruz, quien tiene problemas de audio, por lo que el Dr. Hugo Barrionuevo propone que en virtud de la imposibilidad de conectar el audio envíe los comentarios y propuestas vía chat o vía correo electrónico.

A continuación sigue en uso de la palabra Verónica Machado de la Dirección de Salud Mental Comunitaria y Adicciones de la provincia de Río negro quien se presenta e informa que no estará presente la Directora y que enviarán los aportes.

Informa que enviará los aportes por mail. Manifiesta que están de acuerdo con los lineamientos del plan. Aclara que tienen aportes para hacer. Piensa que en lo que respecta a la aplicación de la ley nacional de salud mental, a 10 años hay que hacer hincapié en la plena implementación de la ley.

En lo que hace a poblaciones prioritarias coincide en lo mencionado en el borrador del plan y cree fundamental que el eje de los programas tiene que ver con la inclusión social de los usuarios de salud mental. Afirma que le parece fundamental que la población priorizada sea la población con padecimiento mental o usuarios de salud mental, porque para los otros grupos de población ya hay otros organismos o áreas que tiene programas específicos.

Respecto del eje 3 sobre establecimientos monovalentes sostiene que es importante lo relacionado con las comunidades terapéuticas que tienen un perfil monovalente y sería importante sentar una posición respecto a esto.

A continuación, el Director Nacional de Salud Mental y Adicciones otorga la palabra a Matías Marzocchi de la Dirección Provincial de Salud Mental de la provincia de Santa Fe.

Celebra retomar esta propuesta y decisión de la DNSMA de recuperar el plan de salud mental el cual es muy necesario. Informa que están a la espera de la confirmación de la creación de la COPISMA y del Órgano de Revisión provincial.

Respecto al plan le parece importante generar un programa de financiación, principalmente a nivel municipios siendo muy necesario un trabajo interinstitucional provincia-municipio.

Adhiere a lo que respecta a la capacitación y sensibilización de los diferentes actores de la comunidad y que no se agote únicamente en los actores del sistema de salud. Agrega que se deben pensar programas que incluyan a otros actores y a otros ministerios.

En lo que respecta al abordaje de crisis local, se deben pensar programas con abordajes domiciliarios de las poblaciones, para prevenir el abordaje en el segundo y tercer nivel de atención; y hacerlo desde el primer nivel en los domicilios.

Afirma que es muy necesario el abordaje de tipo grupal a través de los distintos equipos que trabajen en el primer nivel de atención. Agrega la necesidad de generar política de inclusión social y laboral.

Resalta la importancia que debe tener el tema de la identidad y que se debe aprovechar el Plan Nacional para trabajar lo que es la capacitación y la visibilización de los equipos de salud en ese tema. En lo que respecta a los planes de estudio y a la formación de los profesionales afirma que es muy importante que sean incluidos. Agrega que en la provincia necesitan la actualización de psiquiatras y que hagan clínica médica.

Respecto de las instituciones monovalentes, necesitan programas para usuarios de larga estadía e incorporar a otros ministerios en la temática para la inclusión. Sobre las problemáticas de consumo, resalta la importancia de incluir a las problemáticas que se vienen de cara al futuro en los próximos 10 a 20 años como consumos tecnológicos y dispositivos digitales que generan cambios en la convivencia y lo que tiene que ver con dependencias.

Acto seguido toma la palabra el Director Nacional de Salud Mental y Adicciones Dr. Hugo Barrionuevo manifiesta que en virtud de que hubo jurisdicciones que no estuvieron presentes, propone una segunda reunión para el día martes para que participen los que no estuvieron, dejando abierta la convocatoria para que participen nuevamente los que estuvieron presentes en la reunión de hoy.

A continuación manifiesta que coincide con la incorporación de la formación a otros actores. Respecto al armado del plan, en un país federal como este, con realidades sociosanitarias tan disímiles, coincide que cada jurisdicción tome las líneas y ejes del plan nacional como marco para la elaboración de los planes provinciales y a su vez considerar la bajada del mismo a las realidades de los municipios.

Agrega que el plan tiene que dialogar entre provincia y Nación y establecer en que se compromete la Nación y a que se comprometen las jurisdicciones. Ej.: Creación de COPISMAs, Órganos de Revisión provincial. Afirma que desde la Nación se pueden promover e impulsar, pero la acción concreta debe surgir en la jurisdicción.

Respecto del financiamiento, hay que hacer dialogar el plan con el financiamiento, y es importante tener el plan para construir y buscar el financiamiento que vaya en línea con los ejes del plan.

Informa que desde la Nación se está trabajando con el Programa REMEDIAR para incluir psicofármacos esenciales para el año que viene. Y por el lado del Programa SUMAR para fortalecer prestaciones del primer nivel de atención. Con Municipios Saludables y el Programa REDES para incorporar financiamiento en salud mental. Por el lado de la Agencia Nacional de Discapacidad -ANDIS y la Agencia de Administración de Bienes del Estado para ubicar viviendas desocupadas para darle destino de viviendas asistidas. Con la ANSES se está buscando la manera de conseguir financiamiento para usuarios con institucionalización prolongada.

Por otra parte informa que se está reestructurando el presupuesto de la Dirección Nacional y gestionando el incremento del mismo para poder otorgar subsidios y se está buscando la posibilidad de subsidiar a la provincia, para que estas lo gestionen a su vez con los efectores y/o los usuarios.

Actualmente se está esperando que salga el Decreto que re jerarquice a la CONISMA para poder trabajar con los demás Ministerios que puedan generar financiamiento para la transformación del sistema.

Por otra parte aclara que se está trabajando en la mejora tecnológica para tener mejor conectividad y trabajar en Historia Clínica Digital, que va a ser una manera de tener más información, y a la vez se está trabajando en implementar la notificación obligatoria de las internaciones a las autoridades sanitarias, de manera tal que se pueda tener la información de los usuarios para hacer un seguimiento de los mismos por todo el sistema.

A continuación, Andrea Demasi manifiesta que aquellos que tengan documentos con propuestas para enviar y aquellos que no pudieron habilitar el audio para expresarse, envíen sus comentarios por mail a más tardar el día de mañana 20 de noviembre de 2020 para que se incorporen al borrador del plan.

Agrega que se circulará el borrador de acta de reunión vía mail a las jurisdicciones para recabar observaciones y que se planifica una reunión para el día martes a fin de que quienes no pudieron conectarse el día de la fecha, tengan la oportunidad de hacerlo y manifestar los aportes.

Por último, el Dr. Hugo Barrionuevo manifiesta que los aportes realizados por las jurisdicciones han sido muy valiosos y que de alguna manera reflejan realidades locales. Dichos aportes serán incorporados de manera tal que puedan reflejar la realidad de todas las jurisdicciones; y después en el plan provincial, de cada jurisdicción lo pueda reflejar de manera más detallada.

Siendo 10:45 se da por finalizada la reunión.

A continuación se transcriben de manera textual los aportes enviados vía chat:

Graciela Pianalto: Si bien elevé por mail mi apreciación, quiero apuntalar lo dicho por Mariana Ojeda: capacitación en el primer nivel de atención + dispensa psicofármacos en el primer nivel deben ser acciones prioritarias para garantizar la accesibilidad. Y en eso, el trabajo transversal con programas como crónicas, salud familiar y redes es CLAVE.

Victoria Martínez: En principio remarcar lo valioso del Plan, con el cual acordamos plenamente, así como con muchas de las cosas que han planteado los demás compañeros. Sí nos parece interesante poder avanzar en las líneas de acción del plan, así como en la posibilidad de conocer que líneas de apoyo de financiamiento serán posibles para sumar a los planes provinciales.

ANEXO II

Aportes a la consulta de Responsables de áreas de Salud Mental y Adicciones jurisdiccionales y Secretaría de Derechos Humanos de la Nación – 2da reunión

A los 24 días del mes de noviembre del año 2020, siendo las 08:45 hs. se reúnen vía videoconferencia a través de la plataforma Telesalud vía Webex representantes de las áreas de Salud Mental de las distintas jurisdicciones del país, previamente convocados, a los fines de continuar trabajando con el borrador del Plan Nacional de Salud Mental, el cual ha sido remitido con anterioridad para el análisis.

El Dr. Hugo Barrionuevo, Director Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación da la bienvenida a los presentes. Agrega lo importante que son los aportes de las jurisdicciones para construir en conjunto el Plan Nacional, por eso se hizo esta segunda reunión para darle la posibilidad a las provincias que no pudieron estar presentes en la reunión del 19 de noviembre de 2020.

Informa que cuando se termine la convocatoria se van a volver a reunir todas las jurisdicciones para transmitirles el último borrador del Plan Nacional de Salud Mental recogiendo los aportes hechos, para luego sacar el texto final. A continuación comunica a los presentes que se elaborará un Acta de la reunión y que la misma será grabada para registrar los aportes e intervenciones que se hagan durante la misma.

Por último, manifiesta que se invitará por orden alfabético a los representantes de las jurisdicciones para que expresen las sugerencias y se intercambien las opiniones.

A continuación da la palabra a Victoria Bochaty y Juan José Códigoni, por la provincia de Catamarca quienes saludan a todos los presentes y manifiestan que la semana pasada no pudieron estar presente, pero se reunieron con la Dirección de Políticas de prevención a cargo de Carmen Rodríguez para poder pensar un poco acerca del Plan. En relación a ello toma la palabra Victoria Bochaty y manifiesta que va a enviar por mail todas las consideraciones vertidas por escrito y que a continuación va a exponer. Lo primero que expone es que hizo una lectura en paralelo con el anterior Plan Nacional de Salud Mental y les surgió como pregunta cuál es el motivo por el cual se lleva a

cabo este nuevo Plan de Salud Mental, dado que el anterior Plan es muy completo.

Destaca la rectoría que sintieron en materia de salud mental desde la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones a cargo del Dr. Hugo Barrionuevo y la posibilidad de construir una propuesta federal, sintiéndose muy agradecidos por ser parte.

Con relación al borrador del Plan Nacional de Salud Mental un aspecto que sugiere es que pueda incorporarse como eje transversal la comunicación y los espacios de concertación, dado que en el Plan Nacional de Salud Mental anterior en los puntos 10.1 y 10.2 estos aspectos aparecen detallados como aspectos fundamentales a tener en cuenta. Desde sus equipos consideran que sin la comunicación la salud mental seguiría siendo sometida a prejuicios. Agrega que sobre este punto que a 10 (diez) años de la Ley Nacional de Salud Mental saben que han surgido bastantes campañas que vienen a “manchar” la ley en un sentido burdo y que es fundamental tener una buena campaña de comunicación.

En relación a ello otro punto que considera necesario incluir dentro del Plan nacional es la problemática sobre la discriminación y estigmatización de las poblaciones vulnerables (incluida en el plan anterior).

Comienza haber interferencias en la conexión, por lo cual el Director Nacional de Salud Mental y Adicciones otorga la palabra al siguiente expositor. Para luego retomar con Victoria Bochaty y Juan José Códigoni, representantes de la provincia de Catamarca.

A continuación, se otorga la palabra a Victoria Martínez en representación de la provincia de Córdoba, quien posee problemas con el micrófono por lo que se acuerda seguir con el próximo expositor Agustín Yécora por la provincia de Jujuy.

Agustín Yécora manifiesta que sus aportes son en relación a la experiencia de dicha provincia en el tema. Agrega que Jujuy tiene su propio Plan de Salud Mental que iba en concordancia con el Plan Nacional. Destaca que dicho plan al principio tenía muchas dificultades en cuanto a su operatividad, dificultades en cuanto a la formación y a la cantidad en el recurso humano y por último dificultad en cuanto a la articulación con otros programas y fuentes de financiamiento que ya existen.

Otro punto que destaca como interesante en incluir un primer nivel de atención, integral.

Otro tema que plantea es el de la capacitación del recurso humano dado que no hay universidad formadoras y hay poca cantidad de profesional formados en la materia. Sostiene que se debe incluir dentro del borrador del Plan Nacional la planificación de la capacitación del recurso humano.

Otro ítem que pone de resalto es el desarrollo de la utilización del Telesalud que fue muy útil para afrontar la pandemia que atravesamos.

Propone como fundamental la inclusión de otro tipo de prestaciones dentro del Plan médico obligatorio. Que dicha cartera no sea tan limitada e incluir así al sector privado.

Por último, manifiesta que es importante lograr equipos técnicos comunes dentro de todos los programas existentes para poder triangular la internación y garantizar la atención.

A continuación, se otorga la palabra a Marcela Lemaitre por la provincia de Tucumán.

En cuanto al borrador del plan propone incluir dentro de las problemáticas seleccionadas los padecimientos prevalentes para abarcar el enfoque en todo lo que tenga que ver con trastornos depresivos, vinculados al estrés.

Por otro lado con respecto a la población focalizada, considera importante incorporar el grupo de adultos.

Otro punto que le parece clave a incorporar es el desarrollo de la internación en hospitales generales.

Resalta la problemática del acceso de los psicofármacos en el primer nivel de atención.

Otro tema que plantea es la incorporación del sector privado en el plan.

Por último, manifiesta que en cuanto a la capacitación este es un aspecto clave y que hay que pensar en un mecanismo para que esta no sea una cuestión optativa. Agrega que la persona que ocupe un lugar público tendría que tener esta formación.

Concluye que es muy importante llevar a cabo el desarrollo del borrador del plan en consenso, en conjunto con las provincias, universidades y asociaciones.

A continuación se puede solucionar el problema de conexión con los representantes de la provincia de Catamarca Victoria Bochaty y Juan José Códigoni y el Dr. Hugo Barrionuevo les vuelve a otorgar la palabra para que puedan continuar con su exposición.

Acto seguido toma la palabra Victoria Bochaty quien en concordancia con lo que venían expresando manifiesta que en el punto 4.a del borrador del plan que trata sobre las problemáticas socio sanitarias, agregarían un punto que se encontraba en el plan anterior sobre la estigmatización y la discriminación de las poblaciones vulnerables. Toma la palabra Juan José Códigoni y en relación al punto 4. b del borrador del plan manifiesta que consideran necesario incluir dentro de las poblaciones focalizadas, a las personas con padecimientos severos, preexistentes, a las mujeres víctimas de violencia, a las personas con problemáticas de consumo, a las personas con discapacidad y sus familias, a los niños y jóvenes en conflicto con la Ley Penal y las personas afectadas a contingencias y desastres. A continuación vuelve a tomar la palabra Victoria Bochaty quien respecto a los dispositivos intermedios manifiesta que les pareció interesante el planteo que no abarca solo lo asistencial y que supongan aspectos territoriales, que incluya educación, desarrollo social, justicia.

Por último resalta la importancia del financiamiento y el tema de la imputabilidad y la inimputabilidad.

A continuación, se otorga la palabra a Victoria Martínez en representación de la provincia de Córdoba, quien continúa con problemas con el micrófono y manifiesta a través del chat que en esta oportunidad estaba asistiendo en carácter de oyente ya que sus aportes fueron volcados en la reunión anterior.

Acto seguido continúa en el uso de la palabra el Dr. Hugo Barrionuevo quien agradece la participación y los aportes de los presentes y realiza algunos comentarios sobre los temas que surgieron dentro de la reunión.

Como primer punto en relación al plan, aclaro que el plan anterior que era del periodo 2013-2018 se encuentra ya vencido y que por eso se está trabajando en el nuevo, porque estamos en vacancia del plan y que además de que ya pasaron más de 7 (siete) años de aquel plan y muchas cosas han transcurrido en el paso del tiempo.

Respecto a las poblaciones priorizadas manifiesta que es un tema de matiz porque si uno prioriza todas, termina no priorizando ninguna, de todos modos se va a revisar este punto dado que los principales ejecutores del plan van a ser las provincias.

Aclara que el objetivo del borrador del plan sobre este punto era priorizar aquellas poblaciones que podían llegar a escaparse del radar del sistema de salud, del radar habitual de la mirada por eso se puso el énfasis en algunas poblaciones priorizadas. Remarca que siempre la población priorizada es un subconjunto de la población en general. Con relación a la dispensa de los psicofármacos en el primer nivel de atención manifestó que desde la Nación se está trabajando con el Programa REMEDIAR para incluir psicofármacos esenciales para el año que viene y agrega que luego cada jurisdicción va a tener que ver cómo distribuir el psicofármaco desde las farmacias hasta los lugares donde se dispensa. Propone la entrega contra receta.

Manifiesta que respecto del financiamiento, primero hay que identificar y transformar los grandes objetivos y los objetivos más específicos, para luego llegar a las acciones concretas para poder identificar a partir de ahí que recursos se necesitan y con qué metas anuales hasta que termine el plan y a partir de ahí identificar la fuente para las distintas acciones y también el apoyo que va hacer nación y después cada jurisdicción deberá buscar su propia fuente de financiamiento.

Agrega que el REMEDIAR es una fuente de financiamiento a través del acceso y cobertura de medicamentos. Y por el lado de las prestaciones del Programa SUMAR también van a ser fuente de financiamiento y resalta lo importante de que esas prestaciones se utilicen porque hoy en día las prestaciones de este programa están subutilizadas. Agrega que se debe tener la capacidad de gestión y demostrar los resultados y llegar a la mayor cantidad

de personas posibles para luego en caso de ser necesario pedir ampliación de partidas. Por último manifiesta que también se está trabajando con el Programa REDES para incorporar financiamiento en salud mental y pone de resalto que para poder llevarlo adelante se va a necesitar mucha articulación, logística y gestión entre nación, provincia y municipios; y entre nación, provincia y efectores.

Por otro lado informa que desde nación se está trabajando con el programa IMPULSA en relación el tema de la historia clínica digital.

Informa que se está trabajando con la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud sobre protocolizar las prácticas, lo cual se va a incorporar al plan como eje transversal en conjunto con la normativa, directrices, guías de calidad y de protección de derechos, protocolos, dado que este eje va de la mano con la formación. Destaca lo importante que es generar protocolos de atención en la internación, lo cual es una asignatura pendiente en nuestro país y también trabajar sobre las prácticas no manicomiales para poder evitar la reproducción de manicomios en los hospitales generales, en los centros de día. Resalta que hay que generar una malla de protección para que no se vuelvan a las prácticas tradicionales y tener prácticas más inclusivas.

Con respecto a la modificación del Nomenclador del PMO informa que esto está previsto y es más una línea de acción que un objetivo, informa que se está pensando en entender al sistema en su conjunto y es un punto que se puede revisar, como línea de acción.

En relación a los dispositivos intermedios informa que este va a ser uno de los ejes más trascendentes porque va a permitir que los usuarios con problemas graves se sostengan en la comunidad. Agrega que se está dialogando con los clubes de barrio y afines para que puedan hacer aportes al nuevo Plan de Salud Mental y sean parte del fortalecimiento del primer nivel de atención.

Aclara que con respecto a la población focalizada en el borrador del Plan no se incluyó a los prevalentes, se puso preexistentes porque se refería a problemas con la psicosis y los problemas de más de largo plazo, pero informa que este punto se puede revisar, dado que pos-pandemia lo prevalente va a primar sobre lo preexistente.

Acto seguido con relación a la formación en gestión considera que es un tema muy importante y que va a ser incluido en el borrador del plan. Agrega que en el país hay un déficit muy grande de profesionales con conocimiento y capacitación en gestión.

Por último, en relación al tema de cooperación con las provincias aclara que eso lo dieron por hecho y aclara que es más una herramienta que un objetivo y plantea el hecho de jerarquizarlo de alguna manera.

Consulta a los presentes si alguno tiene alguno comentario/sugerencia que hacer.

Acto seguido toma la palabra Marcela Lemaitre de la provincia de Tucumán.

Manifiesta en relación al tema de la formación, que le parece importante no solo la formación en tema de gestión sino también en el enfoque de derechos y en el modelo comunitario.

Por último agrega respecto al tema de cooperación con las provincias, que anteriormente no estaba claro cuál era el enfoque de cooperación y que si bien esta el paraguas de la Ley sería importante saber cuáles son las líneas en las que cada jurisdicción puede trabajar y cooperar.

Cierra destacando la participación y apertura por parte de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones de la nación a las 24 (veinticuatro) provincias.

A continuación, Andrea Demasi manifiesta que aquellos que tengan documentos con propuestas para enviar, envíen sus comentarios por mail a más tardar el día de hoy 24 de noviembre de 2020 hasta las 14:00 hs, para que se incorporen al borrador del plan porque hoy mismo se va a consolidar este segundo borrador y se va a circular a 8 actores y sectores mas que deben tomarlo y leerlo que son las universidades, asociaciones de profesionales, consejo consultivo, el órgano de revisión nacional, expertos nacionales, organismos del estado nacional.

Agrega que se circulará el borrador de acta de reunión vía mail a las jurisdicciones para recabar observaciones y luego se va a circular la definitiva.

Informa que estas reuniones son gravadas.

Por último, el Dr. Hugo Barrionuevo manifiesta que se va a atrabajar sobre los aportes realizados por las jurisdicciones y agradece a los presentes.

Siendo 10:10 se da por finalizada la reunión.

ANEXO III

Aportes a la consulta del Órgano de Revisión Nacional

En la Ciudad de Buenos Aires, a los 9 días del mes de diciembre del año 2020, y siendo las 14:15 hs. se da inicio a la reunión con el Órgano de Revisión de la Ley de Salud Mental a través de la plataforma Webex. A continuación toma la palabra Fabián Murúa en representación del CELS. En relación a las propuestas del CELS, informa que decidieron hacer una presentación escrita antes del 15 de diciembre de 2020, plazo para el que está trabajando el equipo.

A continuación, Andrea Demasi de la Dirección Nacional de Salud Mental manifiesta que la fecha del 15 de diciembre es aquella dada como fecha de presentación límite para la ronda de consultas de las organizaciones de la sociedad civil, dentro de las cuales el CELS también participa; y que la presente reunión corresponde a la reunión del Órgano de Revisión Nacional, del cual el CELS también forma parte.

En relación a esta aclaración, Fabián Murúa manifiesta que efectivamente es así.

Seguidamente hace uso de la palabra Leonardo Gorbacz en representación de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, quien expresa la satisfacción en nombre de dicho organismo por llevar a adelante esta ronda de consultas participativas; y manifiesta que ya han hecho llegar los aportes oportunamente en la reunión en la que han participado junto a las provincias, los cuales reitera. Agrega que hay un documento del Órgano de Revisión que se está construyendo sobre los 10 años que si llega a finalizarse en los próximos días, por más que no sea un aporte directo al plan, es un insumo que debería tenerse en cuenta.

A continuación, se otorga la palabra a Silvia Raggi en representación de la Asociación Argentina de Salud Mental, quien posee dificultades técnicas con el micrófono, por lo que se continúa con Graciela Natella en representación de Graciela Iglesias, quien experimenta problemas de conexión a internet.

Continuando con la lista de oradores continúa en el uso de la palabra la Asociación Movida de Locos quien manifiesta que ya han enviado los aportes vía correo electrónico, no teniendo otra cosa que agregar en la reunión. Seguidamente continúa en el uso de la palabra Graciela Natella, quien informa que seguramente enviarán por escrito los aportes, ya que está en representación de Graciela Iglesias, que es la Titular del Órgano de Revisión, y los aportes tendrán una elaboración a partir de las opiniones y de lo que se construya institucionalmente. Sin perjuicio de ello, manifiesta que respecto del eje 1, en relación al desarrollo de los Centros de Atención Primaria de la Salud manifiesta que es muy bien bienvenido este aspecto, y manifiesta la necesidad de ver si entre el eje 1 y el eje 2 instalar la posibilidad del concepto de red, ya que si al centro de salud no se lo acompaña con la articulación directa con el resto de los dispositivos de salud, especialmente el dispositivo de internación en Hospital General, le parece que puede ser un riesgo de que se identifique o se detecte que la problemática de salud mental no tenga una correspondiente atención o derivación territorial, que es lo que en la práctica ocurre. En relación a ello, manifiesta que muchas veces el centro de salud detecta o identifica tempranamente la problemática de salud mental, pero después termina alimentando la internación manicomial en los hospitales psiquiátricos por falta de instrumentos comunitarios. Por ello piensa que es oportuno incorporar esta cuestión de incorporar los dispositivos que conforman una red en el eje 1 o eje 2, o en los dos ejes. Caso contrario, sucedería como pasa en la actualidad que las internaciones se hacen en forma extraterritorial.

Por otra parte, manifiesta que en lo que hace al hospital general, le parece importante desarrollar en cada jurisdicción la internación en hospitales generales, para que cada jurisdicción pueda contar con ese abordaje territorial de acuerdo a lo que pide la ley, que es la internación en hospitales generales, y garantizar la inclusión de las personas

en el propio medio, de forma tal que se instalen todos los servicios de la red en la propia jurisdicción.

Agrega que estas cuestiones las comenta rápidamente ya que serán enviadas por escrito. Seguidamente manifiesta que en lo que respecta al eje 3, sobre sustitución de monovalentes, informa que le parece un tema muy importante la sustitución de camas y la admisión; y que quizás en el plan se pueda abordar el tema de plazos para avanzar en esto. Agrega que además de esta desconcentración de camas o sustitución de camas, es importante la desconcentración de insumos y todos los recursos materiales de los presupuestos y de los recursos humanos para que no quede limitado a una cuestión de camas, sino a todas las instancias, incluida la formación de los recursos humanos. Seguidamente, y sobre el mismo punto, manifiesta que la cuestión de la refuncionalización ha tenido muchas veces connotaciones negativas en términos de una transformación institucional y no en términos de una sustitución manicomial. Por ello considera que debería precisarse como una adaptación hasta la sustitución que tienen que atravesar las instituciones. Por otra parte, y en relación a la vigilancia, sostiene que debe ponerse especial atención en personas con padecimientos severos y con altos grados de vulnerabilidad, quienes deben ser parte de esta vigilancia, sobre todo en lo que a la atención y provisión de medicación respecta; y también población ambulatoria que está descuidada y no tiene un seguimiento sobre sus necesidades, y que luego puede terminar internada implicando doble gasto y un retroceso en sus tratamientos.

Respecto al eje 7, sobre la creación de órganos de revisión en las jurisdicciones, manifiesta que es muy positivo y que el Órgano de Revisión tiene adjudicada la organización de órganos de revisión locales.

Seguidamente agrega que todo lo mencionado será luego enviado en forma más completa por escrito.

Acto seguido, toma la palabra el Dr. Hugo Barrionuevo quien agradece la participación, señalando que las observaciones fueron muy pertinentes, y que el Plan será reforzado con los aportes.

Toma la palabra Andrea Demasi, quien propone establecer una fecha límite para recibir los aportes. Acto seguido, Hugo Barrionuevo propone que la fecha tope sea el día lunes 14 de diciembre.

Siendo las 15hs, y no habiendo más oradores por exponer, se da por finalizada la reunión.

ANEXO IV

Aportes a la consulta de Federaciones y Asociaciones de Profesionales e Idóneas/as

A los 01 días del mes de diciembre del año 2020, siendo las 14:10 hs. se reúnen vía videoconferencia a través de la plataforma Webex representantes de asociaciones que nuclean a profesionales e idóneos de la salud mental, previamente convocados, a los fines de comenzar a trabajar el borrador del Plan Nacional de Salud Mental, el cual ha sido remitido con anterioridad para el análisis.

El Director Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, Dr. Hugo Barrionuevo da la bienvenida a los presentes y solicita a cada entidad que haga sus aportes y opiniones en un tiempo de no más de 8 minutos aproximadamente, para que cada una de las 15 instituciones tengan tiempo para exponer. Sin perjuicio de ello, informa que se fijará un plazo más amplio para que puedan enviar las opiniones y sugerencias por escrito. Informa que todavía quedan por delante una cantidad importante de reuniones con diferentes instituciones y organismos para seguir trabajando.

A continuación se otorga la palabra por orden alfabético a las Asociaciones que se encuentran presentes.

Se convoca a la Asociación Argentina de Salud Mental. Por esta institución toma la palabra Alberto Trímboli, quien presenta problemas de conexión por lo que cede la palabra a Gustavo Bertrán en representación de la misma institución, acordándose que posteriormente cuando solucione el problema de conexión, retomará la palabra.

Gustavo Bertrán afirma que se debe hacer más hincapié en los pacientes ambulatorios, y no sólo en los internados, ya que los ambulatorios se encuentran muy desprotegidos, sobre todo en lo económico. Sostiene que se los debería ayudar con subsidios para alquilar y comer. Por otra parte, y en relación al punto 4 sobre dispositivos inter-

medios manifiesta que le parece un poco sintetizado por lo que debería definirse que es el hospital de Día. En ese sentido afirma que se podría definir como un integrador de la diferencia. Sostiene que es confundido con un dispositivo para rehabilitar y resocializar y que no se trata de ello. Agrega que otro punto que debe desarrollarse más, es la especificidad del recurso humano y los concursos específicos para el sector, para que no sean una repartija, sino que los recursos humanos tengan especificidad y formación específica en el punto de integrar la diferencia.

Acto seguido continúa exponiendo Marcela Torreiro en representación de la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales. Informa que debido al poco tiempo que tuvieron enviará luego correcciones al borrador del Plan, pero que en la página 9, capítulos 5 Criterios de Atención basado en abordaje interdisciplinario se sigue tratando al paciente de salud mental como un paciente distinto. Se lo ve muy sectorizado, por lo que debería cambiarse el texto para no estigmatizar al paciente de salud mental.

Afirma que en la página 17, se habla de nuevos tratamientos y no se habla del paciente de largo tratamiento que muchas veces no llega al hospital pero que puede atenderse en algún CESAC y que buscan la medicación en el hospital.

En relación a los protocolos de prescripción de psicofármacos de la página 18, manifiesta que no quedaría claro si los puede recetar un clínico o si va a haber un psiquiatra y cómo va a ser el protocolo de entrega de medicación. Agrega que muchas veces hay conflicto porque algún paciente de salud mental que llega no tiene quien lo atienda oportunamente o como ellos pretenden, y a veces se ponen nerviosos si no está la medicación.

Sobre la página 20, en el punto acerca de asegurar la atención con trato digno y respetuoso de los derechos humanos, pregunta qué diferencia habría entre cualquier paciente que no fuera de salud mental con los que son pacientes de salud mental con respecto a trato digno y respetuoso de los derechos humanos.

Siguiendo con el texto de la página 20, señala si se considera lo misma guía y protocolo; y en la página 23, donde dice refuncionalización de las instalaciones de acuerdo al proceso de adecuación del sistema de las necesidades locales deja el interrogante de si se trata de guía, de protocolo o si ambas palabras se utilizan como sinónimos.

Respecto a perspectiva de género, en la página 10, manifiesta que no queda muy claro, porque los géneros que se nombran son los heterosexuales y los otros quedan perdidos. Y respecto de los talleres comunitarios en APS de la página 14, manifiesta que las terapeutas están acostumbradas a hacer este tipo de actividades tanto en internación como en consultorios externos porque les corresponde por las incumbencias; y que a su vez están relegadas siendo que este tema tiene mucho protagonismo en la ley, pero que les están faltando lugares.

Continuando con las exposiciones, hace uso de la palabra Cesar Lucchetti en representación de ADECRA. Agradece a la Dirección Nacional la oportunidad de permitir trabajar el Plan Nacional de Salud Mental.

Afirma que existe la necesidad de modificar el Plan Médico Obligatorio – PMO, para que las prestaciones estén cubiertas y alineadas al nuevo marco legal. Hay un marco legal y una realidad clínica que va cambiando. Hay que mejorar y contextualizar la realidad clínica de la forma más general posible, fundamentalmente por el hecho de estar atravesados por una pandemia que marca un antes y un después para todo el sistema. Agrega que hay que hablar de gradientes de complejidad y de gravedad y a esos gradientes de complejidad ver que respuestas asistenciales le corresponde. Afirma que debería pensarse no tanto en el territorio donde se da la prestación, sino lo adecuada que es la respuesta asistencial. Agrega que la situación cambió radicalmente de febrero de 2020 a la fecha y que no se sabe que va a ser lo adecuado en el año 2021; y por esto debe pensarse en cómo se cuida al recurso humano, que ya está con secuelas de la pandemia.

Sobre el concepto de hospital de día, se abren dos grandes ejes, por un lado la intervención en crisis y la respuesta adecuada a la crisis y por otro el hospital de día como una alternativa a la internación o de post intervención. Considera que el concepto de reinserción psicosocial es el concepto más actual que el de hospital de día, el cual limitaría a un proceso de estabilización del cuadro con el que llegó a la crisis.

Agrega que otra cuestión es la falta de dispositivos intermedios y la seria dificultad que tiene ADECRA para la atención de pacientes con problemas de salud mental graves. Y por último manifiesta que es importante darle prioridad a los trastornos y padecimientos mentales graves y de ahí la articulación entre el polivalente y la institución especializada por un plazo suficiente. El concepto de calidad de alta es un concepto para trabajar. Afirma que el alta no es “sí” o “no”, porque hay gradientes según la complejidad.

A continuación, retoma el uso de la palabra Alberto Trímboli por la Asociación Argentina de Salud Mental, quien manifiesta que en la página 13, punto 3 sustitución de establecimientos monovalentes corresponde aclarar que la ley no habla de sustitución de establecimientos monovalentes sino de internación en hospitales generales, por lo cual es la internación lo que se debe adecuar en los establecimientos monovalentes. Agrega que lo que prohíbe la ley es la internación en establecimientos monovalentes.

Sostiene que hay que hacer foco en los determinantes sociales de la salud para evitar que la gente se enferme y tratar de establecer intersectorialmente dispositivos y acciones que lleven a esa forma de vivir en la comunidad, todo ello en relación a lo que figura en la página 14 sobre promover la identificación y el abordaje temprano. Agrega que se debe tener en cuenta el empoderamiento de las asociaciones de usuarios y familiares ya que los usuarios y familiares son actores fundamentales del cambio, por lo que a su criterio estaría bueno establecer una red mínima de dispositivos con base en la comunidad donde se incluya todo, teniendo en cuenta la población de la comunidad. A continuación continúa en el uso de la palabra Emilio de Fazio en representación de la Asociación Argentina de Instituciones de Salud Mental, quien agradece la invitación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones y por poder compartir el debate. Manifiesta que han recibido el borrador del plan, y que no han tenido mucho tiempo pero que lo han analizado.

Informa que integran una red de instituciones que desarrollan actividades de salud mental en todo el país apegados a los preceptos de la ley de salud mental y que trabajan en equipos multidisciplinarios sin preeminencia de uno sobre otro, priorizando la atención de carácter ambulatorio, utilizando todos los dispositivos terapéuticos de manera racional y con fundamento científico que han logrado disminuir significativamente el volumen de pacientes que están en el área de internación; y han instaurado en el último tiempo dispositivos como el Módulo de Integración Comunitaria que permite que el paciente se reinserte en la comunidad. Estos pacientes que antes eran de larga estadía en la internación, hoy se los puede ver claramente reinsertados en la comunidad.

Manifiesta que por el hecho de estar integrados en redes de atención de salud mental con base en la comunidad, consideran que deberían participar de un debate en el cual se analizara la posibilidad de que estas instituciones que cumplen todos estos parámetros pudieran desarrollar la totalidad de las alternativas terapéuticas con que cuenta hoy la salud mental.

Plantea que se incluya en los debates a los representantes de la seguridad social que tienen importantes argumentos que verter.

A continuación hace uso de la palabra Cora Lugercho en representación de la Asociación de Psiquiatras Argentinos, quien manifiesta que ya mandaron las observaciones en forma escrita. Agradece en nombre de APSA y adhiere a la referencia que ya se hizo en relación a las dificultades al PMO y a lo planteado sobre abordajes ambulatorios. Seguidamente agrega que las consideraciones que deben tener un tratamiento especial son la temática a infantojuvenil como así también el abordaje de adultos mayores y el tratamiento por grupos etarios. También el consumo problemático, sobre todo respecto del alcohol por ser una problemática de muchísima importancia en la que se debería hacer foco. Afirma que también debería hacerse foco en la temática del problema de la urgencia y la emergencia en salud mental. Sugiere considerar cómo se piensan presupuestar las readecuaciones y si está contemplado.

Por último, agrega que APSA se ha venido manifestado en sentido de que no hay que hablar de cierres sino de aperturas y de terminar con la lógica manicomial. Readecuar más que cierre.

A continuación se otorga la palabra a Liliana González en representación de la Asociación de Instituciones de Salud Mental de CABA - ASME, quien agradece la convocatoria y presenta a la institución.

Respecto al borrador del Plan, manifiesta que planteará algunos puntos de algunos ejes. Manifiesta que en lo que respecta a la sustitución, es un tema muy importante como para abrir mesas de trabajo y plantear de qué se trata. Plantea que están absolutamente de acuerdo con todos los dispositivos comunitarios y que disponen dentro de su red dispositivos comunitarios como ser consultorios externos, hospital de día, psiquiatría de enlace a través de 11 instituciones polivalentes donde se atienden pacientes con co-morbilidad, urgencias domiciliarias, tratamientos domiciliarios, casas de medio camino, donde es muy importante la perspectiva comunitaria, de género y de derechos. Agrega que todos los pacientes involuntarios reciben la información del artículo 7, y conocen sus derechos.

Plantea que están en desacuerdo con los dispositivos manicomiales, porque un paciente no solo se manicomializa en una internación, sino en cualquier dispositivo en la medida en que no avanza y se cronifica. Agrega que para ello es muy importante abrir un espacio de diálogo sobre que significa la sustitución de instituciones.

Por último, agrega que le preocupa mucho el punto 7 eje 7 sobre habilitaciones por los tiempos que demoran los organismos públicos para los trámites.

Seguidamente se convoca a la Federación de Psicólogos de la República Argentina – FEPPRA, la cual es representada por Alberto Muñoz-, quien manifiesta que aún no van a hacer una devolución del documento por los tiempos; pero sí hará algunos comentarios sobre algunos aspectos que han visto.

Entiende que cualquier proceso de adecuación debe tener una visión de naturaleza territorial y federal, para tener una línea de base real de los dispositivos de salud mental en todos los territorios, ya que para que sea comunitario, la salud mental tiene que ser territorial, porque es muy difícil si no se conocen las características de la comunidad; y se debe tener una agenda táctica con cada uno de los territorios por la situación diferente de cada uno.

Agrega que se debe contar con acompañamiento financiero en el marco de los territorios para llevar las políticas de salud mental de la mejor manera posible y que se deben pensar a usuarios y familiares como partícipes activos del Plan Nacional de Salud Mental, necesitándose además, fuertes políticas de lucha contra la desigualdad social como elemento central para equiparar derechos en función de la salud.

Manifiesta que es importante trabajar sobre dos grupos etarios vulnerables. Estos son niños, niñas y adolescentes y los adultos mayores.

Agrega que como aspectos centrales, particularmente se necesita que el plan se adecue a la mayor cantidad de instancias de relación con las entidades formadoras del recurso humano a los efectos de que la salud mental sea una instancia de naturaleza transversal con anclaje en los dispositivos de intervención en el marco de la comunidad que se quieran tener.

A continuación continúa con la exposición Darío Sangineto en representación de la Asociación Argentina de Psiquiatría Infantil. Informa que desde la Asociación están enviando una serie de consideraciones y aportes vía mail. Sin perjuicio de ello, menciona la importancia que entienden debería darse a las problemáticas de la población infanto-juvenil, por lo que deberían ampliarse más en el Plan. Agrega que hay una serie de cuestiones relacionadas con dispositivos comunitarios, terapéuticos y de rehabilitación que no están contemplados para la población infanto-juvenil, incluyendo a las problemáticas de consumo de sustancias y la articulación con el área de discapacidad. Plantea que el abordaje de cuadros más severos de la población infantojuvenil en estos momentos requiere de un mayor trabajo y complejización ya que no pueden contemplarse solamente en el marco de lo que es discapacidad. En relación a los dispositivos residenciales, observan que hay muy poco desarrollo en rehabilitación psicosocial para adultos y para la población infantojuvenil prácticamente inexistente en todo el país. Por ello considera necesario en aquellos casos severos donde hay familias vulnerables no solo desde lo patológico sino desde las problemáticas sociales importantes, que se creen dispositivos de abordaje que ayuden a la re vinculación de los niños y adolescentes con ciertas problemáticas con su grupo familiar primario; y esta cuestión no estaría contemplada en un plan.

Acto seguido, Gustavo Bertrán de la Asociación Argentina de Salud Mental toma nuevamente la palabra y felicita a la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones por permitir escucharse entre todos los sectores. Manifiesta que quiere remarcar que en el subsector de obras sociales y prepagas cubren muy mal y por poco tiempo sesiones de psicoterapia y hospitales de día e internación por año, y si no se modifica esta situación, todo recae en el sector público. El otro que quiere agregar es ver la especificidad de una partida específica de vacunas de Covid para este tipo de pacientes porque tienen dificultades muy importantes para seguir las normativas de distanciamiento social y cuidado, por lo que es central que haya vacunas específicas para este sector.

Seguidamente toma nuevamente la palabra Marcela Torreiro en representación de la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales quien agradece y comenta que el documento les llegó ayer a la noche y que hay un montón de cosas que todavía no pudieron ver ni pensar, por lo que durante la semana harán llegar algo por escrito. Sin perjuicio de ello agradece la convocatoria.

Habiendo concluido las exposiciones de los participantes, el Director Nacional de Salud Mental y Adicciones Hugo Barrionuevo propone tomarse un plazo hasta el viernes 11/12 para que todos envíen los aportes, a fin de poder revisar el documento y hacer los comentarios que correspondan.

Siendo las 15:30 hs. se da por finalizada la reunión.

ANEXO V

Aportes a la consulta de Organismos del Estado Nacional

A los 09 días del mes de diciembre del año 2020, siendo las 9:35 hs. se reúnen vía videoconferencia a través de la plataforma Webex representantes de organismos nacionales, que tratan el tema de la salud mental desde diferentes ámbitos, previamente convocados, a los fines de comenzar a trabajar el borrador del Plan Nacional de Salud Mental, el cual ha sido remitido con anterioridad para el análisis.

El Director Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, Dr. Hugo Barrionuevo da la bienvenida a los presentes y solicita a cada organismo que haga sus aportes y opiniones en un tiempo de no más de 8 minutos aproximadamente, para que cada uno de los organismos presentes tengan tiempo para exponer. Sin perjuicio de ello, informa que se fijará un plazo más amplio para que puedan enviar las opiniones y sugerencias por escrito.

Informa que todavía quedan por delante una cantidad importante de reuniones con diferentes instituciones y organismos para seguir trabajando.

A continuación se otorga la palabra por orden alfabético a los organismos que se encuentran presentes.

En primer lugar se convoca al Comité Nacional para la Prevención de la Tortura. En representación a dicho organismo se hacen presentes Gustavo Palmieri y Facundo Capurro Robles. A continuación Gustavo Palmieri toma la palabra.

Gustavo Palmieri agradece la invitación y sobretodo valora que se tenga en cuenta la cuestión de malos tratos y torturas dentro de la planificación de la Dirección Nacional de Salud Mental.

Afirma que los derechos humanos llegaron al mundo de la salud como llegaron a otros mundos y saberes. Continúa diciendo que esa llegada no siempre fue pacífica y en particular en el mundo de la salud mental se planteo muchas veces un cambio de paradigma, al igual que en la salud reproductiva.

Amplia diciendo que desde fines del siglo pasado distintos organismos internacionales, regionales y nacionales plantean el tema de los derechos humanos y dentro de ese planteo de cuestiones de derechos humanos en materia de salud mental, hay organismos específicos que trabajan cuestiones que tienen que ver la posibilidad de que algunas prácticas que se desarrollan en esta materia pudieran incurrir en tratos crueles, malos tratos o ser indignas, no proteger la dignidad de las personas o en caso de gravedad llegar a ser constitutivas de situaciones de tortura. Aclara que no es la tortura como se imaginó en la Asamblea del año XIII, pero si las formas de maltrato que existe en el siglo XXI y por eso le parece muy importante contemplar estos elementos y/o las formas de prevenir que eso suceda en el Plan Nacional de Salud Mental.

Con respecto al Plan Nacional plantea seis temas que a su visión pueden tener que ver o derivar en situaciones de un trato indigno o en situaciones que de ser de mucha gravedad pueden ser crueles.

El primer elemento que menciona que está incluido en el plan y puede llegar a tener que ver con un trato indigno o cruel, es el de internar personas que no tienen criterio de internación o prolongar la internación mas allá de lo que tiene que hacerse o generar formas de tratamiento que prolongan ese tratamiento. Agrega diciendo que el mismo censo plantea que hay un porcentaje de más del 35% de personas que no tienen criterio de internación y están

internadas, aclarando que el censo se hizo solo sobre una de las partes.

Continúa diciendo que extender la información de todo el sistema de salud mental que incluya también los lugares de tratamiento terapéuticos es fundamental para saber cuál es el contexto general y mejorar los mecanismos de control para eso. Afirmar que los planteos que presenta el plan sobre los equipos interdisciplinarios para determinar estas situaciones y los controles que se necesitan para esto, también son importantes para acompañar a esos equipos al igual que los órganos locales de control de la Ley de Salud Mental como así también las Defensorías del artículo 22 de la Ley.

Como segundo tema plantea que el sistema permite formas de coerción ya sea físicas, clínicas o médicas cuando una persona está afectada en forma motriz o se puede dañar o dañar a otra persona. Ahora bien, continúa diciendo que desde las recomendaciones internacionales y nacionales esto es excepcional. Por lo tanto agrega que lo que se necesita plantear dentro de las guías que tiene el programa es cuales son estas situaciones excepcionales, donde se van a registrar estos hechos, cuales son las cuestiones en donde no se puede utilizar y como. Agrega que tiene que quedar claramente planteado que nunca puede ser utilizado como si fuera castigo y que las formas de institución no son para el gobierno de las instituciones. Afirmar que hay protocolos pero son incipientes, no están unificados y que una discusión sobre cuales son estas situaciones de coerción física, clínicas y médicas resulta fundamental.

Como tercer eje expone que también puede llegar a ver un trato indigno o cruel en las condiciones edilicias y de tratamiento, y la falta de bienes necesarios para poder tener un tratamiento digno. Aclara que no solo está hablando de las condiciones del tratamiento, sino también de la alimentación, el agua, edilicias, cuestiones básicas que están señaladas en el plan y señala que para él son fundamentales.

Como cuarto eje plantea que el tratamiento en sí mismo siempre tiene o puede tener riesgos o ha tenido riesgos de caer en situaciones de tratamiento cruel o indigno. A continuación plantea tres ejemplos sobre estos.

El primer ejemplo que plantea es sobre los tratamientos de electroshock, dice que hay trabajos sobre esto donde los órganos nacionales como internacionales han empezado a recomendar su prohibición o su regulación.

Como segundo ejemplo evoca el tema de la medicación diciendo que hay casos donde los pacientes están mal medicados o están sobremedicados, situaciones que son muy graves. Por lo tanto plantea incluir mecanismos de supervisión.

Por último como tercer ejemplo hace mención a ciertas prácticas de tratamiento de adicciones, que si bien la Ley de Adicciones y la reglamentación de la Ley de Salud Mental desalientan, no prohíben, por lo tanto se pueden practicar. En este tipo de prácticas aclara que lo que hay que controlar es como se garantiza el consentimiento informado y que ninguna de las prácticas que se realiza pueda implicar un maltrato psicológico o un maltrato físico, es decir ni violencia psicológica, ni violencia física.

Como quinto eje plantea que las poblaciones de salud mental tienen que ser particularmente protegidas y en todos estos grupos/comunidades, el registro de la mortalidad, las razones de la mortalidad aparece como una herramienta de protección, que para su criterio es fundamental que quede incluido en el Plan.

Por último agrega el eje de las personas privadas de su libertad en el sistema penitenciario que incluye el Plan. En relación a esto hace mención que hay dos problemas serios al trato indigno e inhumano o degradante hacia las personas que se encuentran en dicha situación.

Continúa diciendo que por una parte el sistema nacional no ha resuelto que hacer con las personas inimputables cuando el sistema penitenciario no está preparado para recibirlos.

Por la otra parte plantea el tratamiento de atención en salud mental para personas que han sido condenadas o privadas de su libertad por haber cometido delitos criminales.

Por último cierra diciendo que la mala atención o la desatención en cualquier problema de salud incluido el de salud mental pueden constituir un trato cruel, maltrato o en un trato indigno.

Se pone a disposición para colaborar en todo lo que se necesite para la implementación de estas recomendaciones

y agradece la atención.

Acto seguido el Dr. Hugo Barrionuevo informa que Esteban Bogani subsecretario de la Subsecretaria de Promoción del Empleo del Ministerio de Trabajo, solicita exponer antes dado que tiene otros compromisos, lo cual es aceptado y se le otorga la palabra.

Esteban Bogani agradece la invitación y a las compañeras que le seden la palabra.

A continuación comparte dos inquietudes/ejes que tiene.

Como primer punto hace referencia a la población destinataria de esta política de salud. En relación a ello afirma que hay un eje de trabajo en común que es la posibilidad de pensar acciones de inserción laboral, socio productiva y sociolaboral de estas personas. Señala que el Ministerio de trabajo tiene programas vigentes que trabajan sobre este tema. Agrega que es un tema para que se trabaje en conjunto y de manera muy cuidada.

Como segundo punto hace referencia a los trabajadores del sector, en función del traspaso de los hospitales monovalentes. Hace énfasis en acompañar esa transformación y la reconversión y adecuación de los trabajadores.

Por último plantea el tema de las empresas y empresarios ya que la Ley establece la preservación del empleo.

Cierra agradeciendo la participación al encuentro.

A continuación y retomando el orden alfabético propuesto, se convoca al Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo - Dirección de Políticas y Prácticas contra la Discriminación. En representación a dicho organismo se hacen presentes, Erica Almeida y Lorena Carignani. A continuación Erica Almeida toma la palabra.

Agradece la participación y la oportunidad de ser parte del encuentro.

Hace énfasis en que la discriminación es parte constitutiva del padecimiento de las personas que tiene padecimiento mental y las mismas son objeto de estigmatización, discriminación y en caso de adicciones hasta la criminalización.

En relación a ello le parece importante incluir dentro de todo el Plan una transformación más integral a la hora de la no discriminación y propone agregar dentro de la transformación de los monovalentes, e iniciativas que contribuyan a la no discriminación y estigmatización, transformándolo en una línea de trabajo más.

Afirma que hay grupos que históricamente son discriminados y en relación a ello plantea que en el apartado vinculado a los grupos, se tendría que revisar y que los distintos actores, referentes y referentas de las comunidades deberían ser parte para que se recojan las necesidades específicas de cada uno. Agrega que el plan debe contemplar como erradicar prácticas racistas, xenófobas para con estos grupos.

Plantea que se agregue al Plan que se visibilicen cuestiones de género y diversidad y a sus colectivos.

Agrega que le parece importante el tema de la accesibilidad en todos sus modos, desde el proceso de atención, infraestructura, en la manera de comunicar y más transversalidad.

En cuanto a los derechos sexuales y reproductivos manifiesta que es fundamental que se contemplen en el Plan Nacional de manera general con énfasis en los grupos discriminados.

A continuación se convoca a la SENNAF. En representación de dicho organismo se hace presente Alejandra Shahan Directora Nacional de Promoción y Protección Integral de la SENNAF y acto seguido toma la palabra.

Celebra y agradece la participación y el encuentro y el hecho de estar trabajando en Plan nacional de salud mental integral.

Informa que le gustaría incorporar en el plan la particularidad de la niñez y de la adolescencia y profundizarlo, dado que considera que tiene que ser un eje transversal en el Plan. Manifiesta que es importante trabajar este tema con

los efectores y organismos locales, para su trabajo articulado.

Agrega que es imprescindible garantizar el acceso a los servicios de salud mental en los prestadores locales, municipales o provinciales, con medidas de protección de derechos.

Por último resalta la importancia de contemplar e cuestiones de la infancia y adolescencia en el Plan y agradece nuevamente la participación.

Acto seguido se convoca al Ministerio de Educación. En representación a dicho organismo se hacen presentes Natalia González, Coordinadora del Programa de Prevención y Cuidados en el Ámbito Educativo y Manuel Badino miembro del equipo. A continuación Natalia González toma la palabra.

Agradece la invitación al espacio.

Manifiesta que le parece fundamental poder articular en el nivel local con las distintas aéreas intervinientes del sistema educativo, salud y derechos, para garantizar y proteger los derechos y establecer un criterio de responsabilidad.

Agrega que hay que asegurar el derecho a la continuidad de las trayectorias educativas a las personas que se encuentran dentro de la salud mental y tener un acompañamiento conjunto para poder garantizarlo.

A continuación se convoca al Ministerio de Trabajo. En representación a dicho organismo se hacen presentes María Cecilia Vitacco y Mauricio Capart. Toma la palabra María Cecilia Vitacco.

Agradece la participación, informa que envió sus comentario vía mail y que comparte todos los aportes hechos por los demás participantes.

Continuando con las exposiciones, se convoca al SEDRONAR. En representación de dicho organismo se hacen presentes Marcelo Clingo Director Nacional de Investigación y Claudia Cazabat Directora Nacional de Atención Crítica. Acto seguido toma la palabra Marcelo Clingo, quien agradece la participación y manifiesta la importancia de la reunión.

Informa que recientemente la SEDRONAR modificó su estructura siguiendo los principios de salud mental

En cuanto al Plan como primer punto le gustaría remarcar algunas cuestiones en cuanto al marco normativo. En relación a ello le parece imprescindible incorporar la Ley IACOP, Ley 26.934 del año 2014.

En cuestión al eje de atención primaria le parece fundamental incorporar a los dispositivos de carácter comunitario a la red de actores territoriales de atención primaria de la salud.

En relación a los hospitales generales manifiesta que es imprescindible continuar con la política de creación de guardias interdisciplinarias.

Agrega la posibilidad incorporar espacios de desintoxicación en los hospitales generales.

En cuanto a los registros resalta la creación de un registro único para fortalecer la articulación, generar mejores niveles de accesibilidad y consolidar información respecto de lo que ocurre en cuanto a los consumos y a la problemática de salud mental en todo el territorio de nuestro país logrando un registro más completo y más integral. Como último punto hace mención al tema de la formación y de la investigación, celebra que esté incluido en el Plan y destaca que le parece fundamental la transformación de los planes de estudio de algunas de las profesiones que menciona la Ley Nacional de Salud Mental y que las aéreas estatales inviertan en la investigación.

Acto seguido toma la palabra Claudia Cazabat quien agradece la participación y manifiesta que va a desarrollar su exposición sobre dos cuestiones.

Informa que le parece muy importante fortalecer la perspectiva de género en todos los espacios y las cuestiones sobre las residencias.

Manifiesta que se debería buscar la forma para erradicar las instituciones sin habilitación, las cuales vulneran derechos de las personas.

Habiendo concluido las exposiciones de los participantes, el Director Nacional de Salud Mental y Adicciones Hugo Barrionuevo agradece a los presentes su participación y sus aportes. Propone tomarse un plazo hasta el lunes 14/12 para que todos envíen los aportes o amplíen los enviados, a fin de poder revisar el documento y hacer los comentarios que correspondan.

Siendo las 11:10 hs. se da por finalizada la reunión.

ANEXO VI

Aportes a la consulta del Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental y Adicciones

A los 11 días del mes de diciembre del año 2020, siendo las 9:30 hs. se reúnen vía videoconferencia a través de la plataforma Webex representantes del Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones, previamente convocados, a los fines de comenzar a trabajar el borrador del Plan Nacional de Salud Mental, el cual ha sido remitido con anterioridad para el análisis.

El Director Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, Dr. Hugo Barrionuevo da la bienvenida a los presentes y solicita que haga los aportes y opiniones en un tiempo de no más de 8 minutos aproximadamente, para que cada uno de los presentes tengan tiempo para exponer. Sin perjuicio de ello, informa que se fijará un plazo más amplio para que puedan enviar las opiniones y sugerencias por escrito.

A continuación comunica a los presentes que se elaborará un Acta de la reunión y que la misma será grabada para registrar los aportes e intervenciones que se hagan durante la reunión.

A continuación toma la palabra María Marcela Bottinelli, Presidenta del Consejo quien manifiesta que tiene más cuestiones generales que aportes específicos. Señala que las comisiones que conforman el Consejo no funcionan de forma autónoma y que todo se discute en el plenario del Consejo. Advierte que cualquier cosa que se diga en la reunión del día de hoy tiene que ser validado por el plenario del Consejo para que tenga fundamento del Consejo Consultivo. Expresa que no había entendido que hoy debía traer los aportes definitivos y que además no llegan con el procedimiento que eso requiere por parte del Consejo.

Acto seguido consulta cual es el tiempo que posee el Consejo para enviar sus recomendaciones, como son las rondas de consultas y como fue su diagramación.

Manifiesta la necesidad de que la última versión del borrador del Plan Nacional con los aportes de todos los actores sea revisada por la CONISMA y el CONSEJO CONSULTIVO.

A continuación toma la palabra Andrea Demasi a los fines de responde las consultas formuladas.

Aclara que al Consejo Consultivo dado la dinámica de su funcionamiento se intento darle el mayor tiempo posible para que tengan la mayor cantidad de días para que puedan revisar el plan a diferencia de otros actores donde solo se les dio cinco días. Continúo manifestando que a los actores que no llegaron con sus aportes al día de la reunión se les dio la posibilidad para que los envíen unos días más tarde por mail. Recalcó que el objetivo de este trabajo es que se este sea un proceso de construcción colectiva no un mero proceso burocrático.

Propone fijar en el día de hoy fecha para el envío de los aportes definitivos del Consejo Consultivo.

Acto seguido María Morillo consulta cual de las asociaciones fueron consultas y convocadas para las reuniones. A continuación Andrea Demasi responde la consulta pidiendo a Martin Cagide que por favor enumere las asociaciones que fueron convocadas y aclara que si el Consejo conoce de alguna que no lo haya sido nombrada y deba ser invitada, que por favor envíen los datos y las mismas serán convocadas sin ningún problema.

Martin Cagide enumera las asociaciones convocadas.

Acto seguido toma la palabra Iris Valles quien manifiesta que está de acuerdo con lo planteado y reitera la posibilidad de convocar a las asociaciones que no fueron convocadas hasta el momento.

A continuación toma la palabra Tatiana Moreno.

Manifiesta que hay que hacer hincapié en la formación de los recursos humanos que intervienen en el campo de la salud mental. Resalta que la transformación de los monovalentes no puede hacerse solo desde adentro.

Informa de la falta de recursos humanos en las localidades pequeñas como también en la imposibilidad de alojamiento de los usuarios y usuarias del sistema en dichas localidades.

Solicita que los usuarios y usuarias del sistema de salud mental como las asociaciones que los representan tengan más participación dentro del Plan.

Destaca la rectoría de la CONISMA en materia de adicciones.

Por último plantea que se tome el censo realizado en 2018 como punto de partida para el nuevo Plan Nacional. A continuación toma la palabra María Morillo, quien informa de la situación de la salud mental en la provincia de Córdoba.

Manifiesta que el estado no se preocupa por los usuarios ni por los profesionales y hay falta de profesionales.

Remarca la necesidad de contar con talleres en salud mental dado que fueron cerrados los que estaban.

Agrega que se debería contar con casas de asilo temporales y casas de medio camino.

Exclama que la situación de Córdoba en materia de salud mental es preocupante y que hay falta de recursos de todo tipo.

Acto seguido toma la palabra Miguel Tollo, quien manifiesta que le parece fundamental esta convocatoria porque hay que retomar un rumbo y construir una política participativa.

Manifiesta que es positivo que en el plan haya una centralidad en la persona pero agregaría que también debe estar centrado en lo comunitario y en recomponer el lazo social.

Expresa que el plan también debe apuntar a los sectores más afectados por la pandemia COVID-19 y se debe hacer hincapié en la población internada y en la interseccionalidad.

Por último declara que el plan debería hacer más énfasis en el tema de la infancia.

Continuando con la exposición hace uso de la palabra Natalia da Silva.

Expone que valora mucho lo plasmado en el plan sobre el eje de formación y con respecto a ello solo reforzaría la centralidad que tiene CONISMA en el tema.

Manifiesta la importancia de la integración de la salud mental con otras iniciativas del Ministerio de salud.

Con relación al eje de los sistemas de información y el censo, le parece que hay que evaluar la posibilidad de hacer otro censo que retome el anterior y agregar personas con consumos problemáticos.

Cierra diciendo que hay que reforzar lo federal, a la hora de pensar indicadores de avance que permitan mostrar en que avanzan las jurisdicciones.

Acto seguido toma la palabra Paula Abregu, quien manifiesta que tiene algunas inquietudes como aporte. Como primer punto pregunta sobre el presupuesto.

Luego consulta si los planes de adecuación de las jurisdicciones tienen que tener relación con el plan nacional.

Acto seguido toma la palabra el Dr. Hugo Barrionuevo a fin de responder las consultas realizadas.

Aclara que en provincia de Buenos Aires lo que se anunció no fue el cierre de las admisiones a los monovalentes, sino el ingreso de usuarios a pabellón de larga estadía.

Con respecto a los planes de adecuación de las provincias informa que las mismas pueden avanzar en el plan sin esperar el cierre del Plan nacional. Remarca que las provincias tienen la responsabilidad directa sobre su territorio. En relación a la consulta sobre el Censo, expone que el artículo 35 de la reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental, establece que el censo se tiene que hacer con las provincias y la información la tienen que proveer las provincias y que la ley lo que propone al respecto es un piso, un mínimo.

A continuación informa que desde la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones se está trabajando en una norma donde el Ministerio de salud se entere de la notificación de las internaciones de manera obligatoria y en forma inmediata.

Acto seguido María Marcela Bottinelli, consulta si desde la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones tomaron los insumos aportados del documento enviado sobre el cierre del Consejo Consultivo anterior y agrega que hay que pensar en los procesos de planificación con una evaluación continua que puedan ser revisados/supervisados en conjunto entre el Estado y las organizaciones sociales.

Destaca la importancia de articulación con la Superintendencia de Servicios de Salud para la adecuación de las prestaciones.

A continuación Hugo Barrionuevo informa que todo lo enviado oportunamente fue tomado en cuenta para el borrador del Plan.

Comenta que se está trabajando con varias aéreas del Ministerio de Salud, con el programa REMEDIAR para la incorporación de psicofármacos, con el programa SUMAR donde se han incorporado once prestaciones nuevas de salud mental, con el programa redes, con el programa impulsa para todo lo relacionado con la digitalización de la historia clínica, con la Dirección Nacional de Calidad para Directrices y para procesos de calidad para las internaciones, con la Dirección Nacional de talento humano por el tema de la formación y residencias y con la Dirección de enfermedades no transmisibles por el programa de alcohol.

Aclara que la SEDRONAR no puede formar parte de la CONISMA porque no es un ministerio. Si esta prevista su participación en mesas de trabajo.

Manifiesta que con respecto a la articulación con la Superintendencia de Servicios de Salud para la adecuación de las prestaciones se está llevando a cabo una convocatoria en conjunto con la participación de la ANDIS, la ANSES y PAMI para fortalecer el tema de las prestaciones.

Agrega que también se está trabajando en el protocolo de las fuerzas de seguridad para el abordaje de personas con problemática en salud mental y consumo, con la actualización del existente aprobado por la Resolución 506/2013 del Ministerio de seguridad.

Expone que todas las sugerencias enviadas van hacer bienvenidas y que la idea es presentar el Plan Nacional de salud mental en el mes de marzo.

Acto seguido Andrea Demasi recuerda a los presentes enviar el listado de las organizaciones que el Consejo Consultivo considera que deben estar presentes en las rondas de consultas. Acto seguido se acuerda que el Consejo enviará sus conclusiones y aportes en un documento consolidado de aquí al 23 de diciembre.

Siendo las 11:15 hs. se da por finalizada la reunión.

ANEXO VII

Aportes a la consulta de Asociaciones de Usuarías, Usuarios y Familiares, Organizaciones No Gubernamentales y Organizaciones de la Sociedad Civil

A los 15 días del mes de diciembre del año 2020, siendo las 9:40 hs. se reúnen vía videoconferencia a través de la plataforma Telesalud del Ministerio de Salud de la Nación, vía Webex, representantes de Organizaciones Sociales vinculadas a la Salud Mental, previamente convocadas, a los fines de comenzar a trabajar el borrador del Plan Nacional de Salud Mental, el cual ha sido remitido con anterioridad para el análisis.

El Director Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, Dr. Hugo Barrionuevo da la bienvenida a los presentes y solicita a cada expositor que haga sus aportes y opiniones en un tiempo de no más de 8 minutos aproximadamente, para que cada uno de los presentes tengan tiempo para exponer. Sin perjuicio de ello, informa que se fijará un plazo más amplio para que puedan enviar las opiniones y sugerencias por escrito. Comunica a los presentes que se elaborará un Acta de la reunión y que la misma será grabada para registrar los aportes e intervenciones que se hagan durante la reunión.

A continuación se otorga la palabra por orden alfabético a las Organizaciones Sociales que se encuentran presentes.

En primer lugar se convoca a la Asociación Civil Por La Igualdad Y La Justicia. En representación de dicha organización se hacen presentes Eduardo Quiroga y Celeste Fernández. A continuación Eduardo Quiroga toma la palabra. Agradece la participación y propone darle una mayor participación en el Plan a las usuarias y usuarios de la salud mental.

Agrega incluir en el Plan mayor participación a las personas con discapacidad, ya sea como un eje o como una actividad más detallada.

Expone la necesidad de tener mayor presupuesto para llevar a cabo estas acciones.

Acto seguido toma la palabra Celeste Fernández, quien manifiesta la necesidad de incorporar al Plan indicadores. Plantea incorporar en el Plan el fortalecimiento de los controles del sector público sobre el privado.

Manifiesta incluir dentro de los fundamentos del Plan la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

En relación al punto de hospitales generales propone agregar cuestiones de infraestructura como la adecuación de salas.

En relación a los sistemas de apoyo remarca la necesidad de trabajar en relación a los apoyos elegidos por la propia persona.

Por último, en cuanto al eje de formación, manifiesta que se podría incluir que las prácticas profesionales se dejen de realizar en hospitales psiquiátricos.

A continuación, se convoca a la organización Asociación Civil de Usuarios, Familiares y Amigos. En representación a dicha entidad se hace presente, Mirta Elvira, quien toma la palabra y manifiesta que sería muy bueno coparticipar el presupuesto de la nación con los dispositivos comunitarios.

A continuación, se convoca a la Asociación Argentina de Ayuda a la persona que Padece Esquizofrenia y su Familia. En representación a dicha entidad se hacen presentes, Beatriz Lopez y Eduardo Herrera. A continuación, Beatriz Lopez toma la palabra.

Manifiesta que el valor que tiene la familia cuando está informada es muy importante por eso se las tiene que reconocer como recurso y propone agregarlas con mayor detalle en el Plan.

Acto seguido toma la palabra Eduardo Herrera, quien manifiesta que es fundamental el tema de los recursos.

Agrega que falta complementar la integración de la familia con la sociedad en el Plan.

A continuación, se convoca a la Federación de Organizaciones no Gubernamentales de la Argentina para la Prevención y el Tratamiento de Abuso de Drogas. En representación a dicha entidad se hace presente Fabián Tonda. A continuación, Fabián Tonda, toma la palabra.

Informa que la problemática de las adicciones no está bien planteada en el Plan, considera que debería ser planteada como una problemática específica.

Agrega que la problemática de adicciones debería estar en el título del Plan.

Por otro lado, plantea que cuando se habla de asociación civil se debe hacer referencia a las organizaciones de la sociedad civil que trabajan de forma preventiva en problemas de salud mental relacionadas con el consumo de sustancias.

Expone que el Plan debería incorporar de manera explícita al sector privado y darle un rol explícito y se debe triangular su accionar con el sector público y las asociaciones.

Por último propone revisar el tema de los recursos.

Acto seguido, se convoca a la Federación Argentina LGBT y Equipo de Psicología y Salud Mental de la Federación Argentina LGBT. En representación a dicha entidad se hace presentes, Magali Sosa y Pablo Cruz. A continuación, Magali Sosa, toma la palabra.

Manifiesta que estos encuentros son muy importantes y enriquecedores.

Agrega que se debe incorporar más capacitación a los profesionales de la salud sobre el colectivo LGBT y la Ley de Identidad de Género.

A continuación toma la Palabra Pablo Cruz, quien expone que el mayor problema que tiene el colectivo LGBT es el acceso a la salud sin discriminación.

Remarca mayor capacitación en relación a la no discriminación y trato digno al colectivo LGBT.

Por último expone la necesidad de incluir a la comunidad trans dentro del colectivo de salud mental.

A continuación, se convoca al Movimiento por la Desmanicomialización en Romero. En representación a dicha entidad se hace presente, Camila Azzerboni. A continuación, Camila Azzerboni, toma la palabra.

Agradece la participación y comparte lo expuesto anteriormente por los demás compañeros en cuanto a la incorporación de las familias y de asociaciones de usuarios y usuarias de la Salud Mental.

Agrega que se debe incorporar al Plan un recorrido histórico de la Salud Mental en Argentina.

En relación a la atención primaria manifiesta que es necesario fortalecer y explicitar bien la relación con los municipios y jerarquizar el nivel municipal desde Nación como una política.

Respecto al punto de las disciplinas, consulta como será la incorporación de disciplinas no tradicionales en el campo de la salud mental.

En cuanto al punto de los hospitales generales, manifiesta sumar dentro de estos los dispositivos de acceso a la justicia para garantizar el acceso al derecho de defensa principalmente.

En relación al eje tres que es la desinstitucionalización, le parece importante que se incluya en el plan el daño de la institucionalización prolongada en las personas. Agrega que la desinstitucionalización debe ser acompañada por

medidas de indemnización, acciones de no repetición y garantías de acceso a la salud.

Expone incluir dentro de las campañas de sensibilización a las víctimas de manicomio.
Manifiesta que todos los equipos deben trabajar en la desinstitucionalización.

Agrega que se debe plantear un posicionamiento claro sobre el cierre de las instituciones de encierro ya sea públicas o privadas.

Propone la incorporación de espacios de memoria en todas las instituciones.

En cuanto al punto sobre monitoreo de usuarios le parece prudente cambiar el nombre de ese eje.

En relación al punto cinco que trata sobre la vigilancia epidemiológica, le parece importante ampliar sobre los datos que se recaudan, si se usa algún sistema en particular y como van a ser los consentimientos.

Por último resalta la importancia de contar con un registro de hijos dados en adopción por mujeres que están institucionalizadas.

A continuación, se convoca a la RED DE COOPERATIVAS SOCIALES. En representación a dicha entidad se hace presente, Federico Bejarano, quien acto seguido toma la palabra.

Agradece la participación a la convocatoria.

Manifiesta que de la lectura general del borrador del Plan Nacional hay que fortalecer la visión de sistema integrado de manera equilibrada entre la estrategia sanitaria y la sociosanitaria.

Agrega que hay que robustecer la creación y la participación de asociaciones de usuarios dentro de la red de salud mental y establecer una red federal de cooperativa social.

Plantea la necesidad de establecer convenios con aéreas de extensión y formación universitaria con las cooperativas de la sociedad civil.

Expone que hay que fortalecer y promover la relación de cooperación entre los diferentes sectores del estado y las asociaciones de usuarios.

Agregar que hay que crear un dispositivo de acompañamiento puente para cada proyecto de rehabilitación.

Propone incluir mayor acciones de inclusión sociolaboral.

Resalta la necesidad de aclarar en detalle el punto de formación de equipos de salud mental.

Por último plantea que cada jurisdicción pueda evaluar los dispositivos de funcionamiento en un proceso conjunto con las organizaciones, estableciendo plazos y acciones razonables de adecuación.

Acto seguido se le convoca a la Asamblea de Usuarios/as de Salud Mental por Nuestros Derechos de Rosario. En representación a dicha entidad se hace presente, Andres Matkovich, quien toma la palabra.

Manifiesta que la participación de asociaciones de usuarios necesita de recursos y de acompañamiento.

Agrega que sería interesante tener un registro a nivel nacional de la personas usuarias de salud mental, con datos mínimos dividido en comunas y centralizado.

Expone que una cuestión fundamental a tratar es la articulación entre los tres niveles de atención.

En relación a los psicofármacos le parece necesario asegurarlos, informa que nación tiene un rol importante y que hay que pensar en tratamientos que no los pongan en el centro o que apunten a su baja dosificación.

Manifiesta que es importante fortalecer la capacitación en situaciones de crisis en todos los niveles de atención.

Remarca la necesidad de contar con recursos específicos en materia de salud mental para llevar a delante la inclusión de las personas que son externalizadas.

A continuación se convoca a la Organización Grupos de Ayuda Mutua. En representación a dicha organización se hace presente Alan Robinson, quien toma la palabra.

Alan Robinson, saluda a los presentes, agradece la invitación y valora que se tenga en cuenta la participación de las asociaciones.

Manifiesta que se debe incluir dentro del Plan a las asociaciones de usuarios y usuarias de la salud mental como capacitadoras.

Agrega que se debe incorporar la perspectiva de diversidad sexual, mental y corporal, garantizando la accesibilidad de atención.

Por último solicita que se tengan en cuenta políticas de reparación.

A continuación toma la palabra Hugo Barrionuevo quien agradece a los presentes su participación y destaca que todos los aportes brindados son fundamentales para fortalecer el armado del Plan.

Con respecto al presupuesto informa que el mismo se terminará de elaborar cuando se tenga el Plan, manifiesta que no se puede tener un presupuesto sin primero tener un Plan que marque el camino a seguir.

Respecto del tema de los indicadores manifiesta que se van a incorporar más adelante, lo mismo que las metas. Expone que la inclusión de los familiares en la salud mental es muy valiosa.

Informa que hay una deficiencia en cuanto a los procesos de internación, por lo cual se está trabajando con la Dirección Nacional de Calidad en Salud en una norma que regularice esta situación.

Manifiesta que también se está trabajando en una norma de notificación de las internaciones dado que en la actualidad no se notifica al Ministerio de Salud de la Provincia ni al Ministerio de Salud de la Nación.

A continuación, Andrea Demasi manifiesta que aquellos que tengan documentos con propuestas para enviar, envíen sus comentarios por mail para que se incorporen al borrador del plan.

Habiendo concluido las exposiciones de los participantes, el Director Nacional de Salud Mental y Adicciones Hugo Barrionuevo agradece a los presentes su participación y sus aportes, y destaca la importancia del envío de los mismo, así como la ampliación de los ya enviados, a fin de poder revisar el documento y hacer los comentarios que correspondan.

Siendo las 11:30 hs. se da por finalizada la reunión.

ANEXO VIII

Aportes a la consulta de docentes, investigadores e investigadoras de universidades e institutos nacionales

A los 18 días del mes de diciembre del año 2020, siendo las 9:40 hs. se reúnen vía videoconferencia a través de la plataforma Webex representantes de Universidades nacionales, que tratan el tema de la salud mental desde diferentes ámbitos, previamente convocados, a los fines de comenzar a trabajar el borrador del Plan Nacional de Salud Mental, el cual ha sido remitido con anterioridad para el análisis.

El Director Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, Dr. Hugo Barrionuevo da la bienvenida a los presentes y solicita a cada expositor que haga sus aportes y opiniones en un tiempo de no más de 8 minutos aproximadamente, para que cada uno de los presentes tengan tiempo para exponer. Sin perjuicio de ello, informa que se fijará un plazo más amplio para que puedan enviar las opiniones y sugerencias por escrito.

Comunica a los presentes que se elaborará un Acta de la reunión y que la misma será grabada para registrar los aportes e intervenciones que se hagan durante la reunión.

A continuación se otorga la palabra por orden alfabético a las Universidades Nacionales que se encuentran presentes.

En primer lugar se convoca a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. En representación a dicha universidad se hace presente Ignacio Brusco quien toma la palabra.

Ignacio Brusco, saluda a los presentes, agradece la invitación y valora que se tenga en cuenta la participación de las entidades académicas.

Manifiesta que están siendo dejados de lado los profesionales de la Psiquiatría y que su rol en el campo de la salud mental es fundamental.

Informa que le preocupa cómo se llevara a cabo la transformación de los monovalentes y afirma que este tema no está bien planteado en la Ley Nacional de Salud Mental.

Por último plantea el tema de la internación y expone que debe haber casas de medio camino y se debe reorganizar el mismo.

A continuación, se convoca a la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. En representación a dicha entidad se hacen presentes, Flavia Torricelli, Milagros Oberti y Pablo Cymerman. A continuación Flavia Torricelli toma la palabra.

Manifiesta que en las rondas participativas se incluya la participación de los usuarios.

Agrega que se debe poner el acento en todo lo que sea interdisciplinario, en lo intersectorial y en lo interministerial, a los fines de desarticular los manicomiales.

Con relación al marco operativo contemplado en el Plan, informa que se debería detallar en ese punto quienes serian los que tendrían que habilitar, evaluar, fiscalizar, es decir, quienes serian las instancias adecuadas para el diseño, control y planificación de este punto.

Por último propone realizar en el Plan Nacional una mención especial a los niños, niñas y adolescentes.

Acto seguido le otorga la palabra a Milagros Oberti quien agradece la participación y propone incorporar la palabra consumos problemáticos en el nombre del plan.

A continuación, se convoca a la Universidad del Chubut. En representación a dicha entidad se hacen presentes, Anibal Aguaisol e Ingrid Ruscitti. A continuación Anibal Aguaisol toma la palabra.

Manifiesta que le parece fundamental descentrar la mira de Buenos Aires y central la lógica en una mirada territorial.

Informa que la intersectorial plasmada en el Plan es clave para llevarlo a cabo.

Plantea como desafío a llevar a cabo el Plan a otros actores no contemplados como los usuarios y usuarias, y familiares y amigos de los mismos.

Agrega que el Plan debe tener una mirada que incluya en el género, a la infancia, adolescencia, mujeres, personas con discapacidad, poblaciones originarias.

Por último agrega que hay que pensar un Plan Integral de Drogas, que incluya un debate sobre la despenalización de sustancias e inclusión de un dispositivo para usuarios que se encuentren en esta situación.

Acto seguido le otorga la palabra a Ingrid Ruscitti quien agradece la participación y propone trabajar en la plena reglamentación de los programas de inclusión laborales.

A continuación, se convoca a la Universidad Nacional de Hurlingham. En representación a dicha entidad se hace presente, Marcela Vidondo quien toma la palabra y agradece la participación. Manifiesta que hay que incorporar a más actores sociales ya que la intersectorialidad es fundamental.

Agrega que hay que favorecer el campo de la investigación de la salud mental.

Por último expresa que se debe tener en cuenta el impacto que está teniendo la pandemia en el campo de la salud mental.

A continuación, se convoca a la Universidad Nacional de Lanús. En representación a dicha entidad se hacen presentes, Cecilia Ros y Alejandro Wilner. A continuación Alejandro Wilner toma la palabra.

Propone la inclusión en el Plan de dos ejes, uno referido a la salud de los trabajadores y trabajadoras y otro referido a la salud mental de las personas privadas de la libertad.

Agrega que el Plan debe contener metas, indicadores y plazos.

Informa que con relación al eje de Salud mental en el primer nivel de atención se debería abordar en el Plan, la problemática de las infancias y las juventudes y además de las problemáticas que están vinculadas a la violencia de género, las vinculadas a la diversidad sexual y cultural, las problemáticas educativas.

Manifiesta incorporar en el Plan un eje fuerte referido a la promoción y prevención de la salud mental.

Expresa que se debe agregar un eje sobre la supervisión matricial en el primer nivel de atención.

Por último agrega que se incluya en el eje de derechos humanos el enfoque de diversidad atravesando género y cultural y otro sobre la reorientación del gasto que implique financiar distintos dispositivos intermedios y sociolaborales.

Acto seguido le otorga la palabra a Cecilia Ros quien agradece la participación y manifiesta que se debe incluir en el Plan un eje vinculado a las personas que cuidan, no solo orientado a la formación, sino incluir otras líneas de acción vinculadas a las condiciones de trabajo y otras acciones vinculadas a acciones de apoyo para atender el sufrimiento y los obstáculos que padecen los trabajadores de la salud mental.

Por último propone ampliar y complementar el término Recursos Humanos contemplado en el Plan.

A continuación, se convoca a la Universidad Nacional de Villa María. En representación a dicha entidad se hace presentes, Elizabeth Theiler y Silvana Pons. A continuación Elizabeth Theiler toma la palabra y agradece la participación.

Manifiesta que hay que pensar la transversalidad en la aplicación del Plan.

Informa que en la universidad reciben demandas respecto de las pocas instancias que dan una mirada integral respecto de la salud mental a la hora del ejercicio profesional y agrega que se debe reforzar este tema en las distintas instancias curriculares e incluir algún tipo de práctica asociada a los espacios de la epistemología, a los espacios de la construcción teórica que se puedan construir a través de procesos de investigación.

Informa que hay que agregar la comunicación en el eje de la prevención y protección.

Por último informa que en cuanto a las estrategias de formación resulta necesario incorporar otras disciplinas. Acto seguido le otorga la palabra a Silvana Pons quien agradece la participación y manifiesta que en cuanto a la formación permanente le parece importante puntualizar la generación de estrategias y acciones para formalizar y capacitar al personal de salud.

Agrega que con relación a la comunicación hay que reforzarla y pensarlo más transversalmente en cuanto a los medios y a las redes.

Por último propone la inclusión y generación de órganos de control en instancias locales y provinciales.

A continuación toma la palabra Hugo Barrionuevo quien agradece a los presentes su participación y destaca que todos los aportes brindados son fundamentales para fortalecer el armado del Plan.

Agrega que tanto los usuarios como las asociaciones civiles fueron convocados para la elaboración del Plan.

Informa que hay una deficiencia en cuanto a los procesos de internación, por lo cual se está trabajando con la Dirección Nacional de Calidad en Salud en una norma que regularice esta situación.

Manifiesta que también se está trabajando en una norma de notificación de las internaciones dado que en la actualidad no se notifica al Ministerio de Salud de la Provincia ni al Ministerio de Salud de la Nación.

Expone que desde la Dirección Nacional se está trabajando fuertemente en el tema de la formación.

A continuación, Andrea Demasi manifiesta que aquellos que tengan documentos con propuestas para enviar, envíen sus comentarios por mail a más tardar el día 23 de diciembre de 2020 para que se incorporen al borrador del plan.

Habiendo concluido las exposiciones de los participantes, el Director Nacional de Salud Mental y Adicciones Hugo Barrionuevo agradece a los presentes su participación y sus aportes, y destaca la importancia del envío de los mismo como la ampliación de los enviados, a fin de poder revisar el documento y hacer los comentarios que correspondan.

Siendo las 11:10 hs. se da por finalizada la reunión.

ANEXO IX

Aportes a la consulta de expertas y expertos nacionales y organismos internacionales

A los 22 días del mes de diciembre del año 2020, siendo las 9:35 hs. se reúnen vía videoconferencia a través de la plataforma Telesalud del Ministerio de Salud de la Nación, vía Webex, Expertos, que tratan el tema de la salud mental desde diferentes ámbitos, previamente convocados, a los fines de comenzar a trabajar el borrador del Plan Nacional de Salud Mental, el cual ha sido remitido con anterioridad para el análisis.

El Director Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, Dr. Hugo Barrionuevo da la bienvenida a los presentes y solicita a cada expositor que haga sus aportes y opiniones en un tiempo de no más de 8 minutos aproximadamente, para que cada uno de los presentes tengan tiempo para exponer. Sin perjuicio de ello, informa que se fijará un plazo más amplio para que puedan enviar las opiniones y sugerencias por escrito. Comunica a los presentes que se elaborará un Acta de la reunión y que la misma será grabada para registrar los aportes e intervenciones que se hagan durante la reunión.

A continuación se otorga la palabra por orden alfabético a los expositores que se encuentran presentes.

En primer lugar se le otorga la palabra a Alejandra Barcala. Acto seguido Alejandra Barcala, toma la palabra.

Saluda a los presentes, agradece la participación y felicita a la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones por la propuesta.

Manifiesta que hay que incluir el tema de la niñez y de la infancia más detalladamente en el Plan, darle un enfoque generacional claro.

Agrega que se deben incorporar mayores acciones de promoción y protección en relación a la niñez y la infancia y sobre todo para aquellos que tiene trastornos mentales severos.

Informa que hay que trabajar en conjunto en el proceso de desinstitucionalización de niños, niñas y adolescentes.

A continuación, se le otorga la palabra a Alfredo Carballeda quien toma la palabra.

Manifiesta que se debe pensar en un sistema integrado de salud mental y afirma que lo que más puede aportar a esa integralidad es la territorialidad.

Coincide con lo expuesto anteriormente en cuanto al cuidado de los niños.

Agrega que el primer nivel de atención debe articular adecuadamente con los demás niveles, pensando el territorio como dispositivo, como el lugar de la atención, contención y el lugar de acompañamiento.

Vuelve a remarcar la importancia de la territorialidad, en el campo de la salud comunitaria de la salud mental y la necesidad de un sistema integrado de salud mental.

A continuación, se le otorga la palabra a Beatriz Janin, quien toma la palabra.

Saluda a los presentes y agradece la participación.

En relación al Plan, manifiesta que es muy importante que estén presentes las cuestiones vinculadas a los niños, niñas y adolescentes.

Informa que hoy en día la mirada de los niños y niñas estaba basada en las patologías.

Por último, agrega que hay que destinar más recursos y espacios para tratar los temas de la salud mental en los niños, niñas y adolescentes y sobre todo que haya gente formada en la materia.

A continuación, se le otorga la palabra a Carlos Tisera, quien toma la palabra.

Saluda a los presentes, agradece la participación y expone que es un orgullo para él participar en este espacio. En relación al Plan, manifiesta que hay que tener una mirada integral de la infancia desde su nacimiento.

En relación a la formación de las residencias, expone que hay que realizar una reestructuración de base de las mismas.

Por último, expone que hay que realizar un abordaje serio e integral que abarque la virtualidad en el campo de la medicina.

A continuación, se le otorga la palabra a Claudia Molina, quien toma la palabra.

Saluda a los presentes y agradece enfáticamente la participación en este espacio.

Con respecto al Plan manifiesta incluir un sistema integral de cuidado y atención a los adultos mayores.

Agrega que hay que preparar a los profesionales para la atención de las personas mayores. Informa que falta formación en nivel de grado y posgrado sobre este tema.

Expone que hoy en día no hay espacios para las personas mayores y hay que pensar en espacios intermedios para su atención.

Por último, manifiesta que hay que repensar las residencias.

Acto seguido, se le otorga la palabra a Liliana Colauti, quien toma la palabra.

Manifiesta que se debe agregar en el Plan la atención psicológica en los hospitales generales.

Informa que la mirada integral es fundamental y que hay que tener una mirada más constitutiva de la salud.

En relación a la formación afirma que hay un déficit tanto en grado, como en posgrado y hay que hacer hincapié en el acercamiento con el paciente.
Cierra dando las gracias por la participación.

A continuación, se le otorga la palabra a Sandra Merlo, quien toma la palabra.

Agradece la participación y celebra que se realicen estos espacios.

Destaca la incorporación del federalismo en el Plan y que se haya marcado como un punto central.
Resalta la inclusión de perspectivas de género en el Plan.

Manifiesta que el presupuesto es una cuestión central y que no lo vio enunciado en el Plan.

En relación a la elaboración de guías y protocolos contenidos en el Plan, sugiere que se tengan en cuenta las diversas particularidades del federalismo de nuestro país a la hora de su redacción.

En cuanto al punto sobre las políticas de sensibilización y estigmatización considera que es central y que hay que desarrollarlo con mayor amplitud.

Resalta que la inclusión sociolaboral contenida en el Plan es un eje importante.

Por último plantea ampliar el punto sobre el acceso de las personas con padecimiento mental en conflicto con la Ley Penal.

Acto seguido, se le otorga la palabra a Federico Falk, quien toma la palabra.

Resalta la importancia de tener un Plan Nacional y Federal.

Con respecto al primer nivel de atención, destaca que hay que tener una mirada intersectorial y brindarle mayores recursos.

Manifiesta la importancia de una verdadera capacitación a los agentes de cuidado.

En relación al segundo nivel de atención, agrega incluir todo lo que tiene que ver con el stress laboral y formar equipos de trabajos integrales.

En función al tercer nivel de atención remarca la inclusión en el Plan el trabajo interdisciplinario y agrega que se debería incorporar más articulación con los demás niveles.

Cierra su exposición informando que a la vigilancia epidemiológica hay que pensarla como una estrategia general de acompañamiento.

A continuación, se le otorga la palabra a Silvia Faraone, quien toma la palabra.

Con respecto al Plan sugiere que en la parte de antecedentes, se fundamente el mismo brevemente en base a los problemas existentes.

Manifiesta que el Plan debe ser muy claro en que los procesos de desinstitucionalización, propone que se incluya en el mismo la mirada de la ética y la vigilancia permanente en la transinstitucionalización.

Informa que entiende el marco operativo como otra cuestión distinta a como está plasmada en el Plan, que sus aportes en relación a ello fueron enviados por mail.

En cuanto a los ejes manifiesta que la problemática de los consumos problemáticos debe estar más visibilizada en el Plan.

Agrega que le parece interesante reforzar las acciones de acuerdo con Universidades y los equipos de investiga-

ción.

Expone que hay que incorporar los derechos sexuales y reproductivos de las personas internadas con padecimientos mentales.

Por último manifiesta que el Plan debería contener las líneas de formación interdisciplinarias que deberían tener los profesionales que actúan en el campo de la salud mental.

A continuación, Beatriz Janin pide la palabra. Acto seguido se le otorga la palabra.

Manifiesta que el tema del certificado de discapacidad en los niños debe estar incluido en el Plan.

A continuación toma la palabra Hugo Barrionuevo quien agradece a los presentes su participación y destaca que todos los aportes brindados son fundamentales para fortalecer el armado del Plan.

Con respecto al presupuesto informa que el mismo se terminará de elaborar cuando se tenga el Plan, manifiesta que no se puede tener un presupuesto sin primero tener un Plan que marque el camino a seguir.

Respecto del territorio manifiesta que hay que reformar el PMO. Agrega que desde la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones se está trabajando en dicha reforma con la incorporación de prestaciones.

Expone que a raíz de los aportes brindados, se va a incorporar un eje al Plan referido a la promoción de la Salud Mental.

Informa que hay una deficiencia en cuanto a los procesos de internación, por lo cual se está trabajando con la Dirección Nacional de Calidad en Salud en una norma que regularice esta situación.

Manifiesta que también se está trabajando en una norma de notificación de las internaciones dado que en la actualidad no se notifica al Ministerio de Salud de la Provincia ni al Ministerio de Salud de la Nación.

A continuación, Andrea Demasi informa que aquellos que tengan documentos con propuestas para enviar, envíen sus comentarios por mail a más tardar el día 12 de enero de 2021 para que se incorporen al borrador del plan.

Habiendo concluido las exposiciones de los participantes, el Director Nacional de Salud Mental y Adicciones Hugo Barrionuevo agradece a los presentes su participación y sus aportes, y destaca la importancia del envío de los mismo, así como la ampliación de los ya enviados, a fin de poder revisar el documento y hacer los comentarios que correspondan.

Siendo las 11:45 hs. se da por finalizada la reunión.

ANEXO X

Aportes a la consulta de gremios que representan a las trabajadoras y trabajadores de la Salud

A los 21 días del mes de diciembre del año 2020, siendo las 10:00 hs. se reúnen vía videoconferencia a través de la plataforma Webex representantes Gremiales, previamente convocados, a los fines de comenzar a trabajar el borrador del Plan Nacional de Salud Mental, el cual ha sido remitido con anterioridad para el análisis.

El Director Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, Dr. Hugo Barrionuevo da la bienvenida a los presentes y comunica a los presentes que se elaborará un Acta de la reunión y que la misma será grabada para registrar los aportes e intervenciones que se hagan durante la reunión.

A continuación toma la palabra Andrea Induni y Alejandro Todaro, quienes se hacen presentes en representación del Sindicato de los Trabajadores Públicos Nacionales, Provinciales y Municipales, Unión Del Personal Civil De La

Nación (UPCN).

Acto seguido Andrea Induni, saluda a los presentes e informa que hará una breve exposición y que en estos días enviara sus aportes por escrito.

Manifiesta que los trabajadores de la salud están pasando un momento muy angustiante y que sería necesario ampliar el uso de las licencias para el personal de salud.

Afirma que hay que preparar a los trabajadores y trabajadoras de la salud no solo con insumos sino con cierta fortaleza para ejercer sus prácticas.

A continuación toma la palabra Alejandro Todaro quien manifiesta el estrés laboral que están sufriendo todo los trabajadores y trabajadoras de la salud mental y solicita que se implementen dispositivos grupales para abordar este tema y el del uso de sustancias entre el personal de salud.

Por último agrega que se deberían crear equipos de abordaje territorial de salud mental extrajurisdiccional.

Habiendo concluido las exposiciones de los participantes, el Director Nacional de Salud Mental y Adicciones Hugo Barrionuevo agradece a los presentes su participación y sus aportes.

Siendo las 10:40 hs. se da por finalizada la reunión.

ANEXO XI

Aportes a la consulta de Organismos del Estado Nacional – ronda complementaria

A los 14 días del mes de enero del año 2021, siendo las 10:07 hs. se reúnen vía videoconferencia a través de la plataforma Telesalud del Ministerio de Salud de la Nación, vía Webex, representantes de organismos nacionales, que tratan el tema de la salud mental desde diferentes ámbitos, previamente convocados, a los fines de comenzar a trabajar el borrador del Plan Nacional de Salud Mental, el cual ha sido remitido con anterioridad para el análisis.

El Director Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, Dr. Hugo Barrionuevo da la bienvenida a los presentes, agradece su participación y le otorga la palabra a la Lic. Andrea Demasi.

Andrea Demasi solicita a cada expositor que haga sus aportes y opiniones en un tiempo de no más de 8 minutos aproximadamente, para que cada uno de los presentes tenga tiempo para exponer. Sin perjuicio de ello, informa que se fijará un plazo más amplio para que puedan enviar las opiniones y sugerencias por escrito.

Comunica a los presentes que se elaborará un Acta de la reunión y que la misma será grabada para registrar los aportes e intervenciones que se hagan durante la reunión.

A continuación se otorga la palabra por orden alfabético a los organismos que se encuentran presentes.

En primer lugar se convoca a la Defensoría Nacional de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. En representación a dicho organismo se hace presente Clarisa Adem, quien toma la palabra.

Saluda a los presentes, agradece la participación y felicita a la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones por la propuesta.

Manifiesta que es necesario destacar en el Plan la temática de niñas, niños y adolescentes.

Expone que es importante contar con un registro de niñas, niños y adolescentes en dispositivos de salud mental. Por último informa que enviará sus aportes por escrito.

A continuación, se convoca al Ministerio de las Mujeres, Género y Diversidad. En representación a dicho organismo se hace presente Florencia Yellati, quien toma la palabra.

Menciona que hay que reforzar en el Plan la perspectiva de diversidad y el enfoque interseccional.

Pone a disposición para incluir en el Plan, el Plan Nacional de acción contra las violencias producido por el Ministerio de las Mujeres, Género y Diversidad.

Por último, agrega que hay que transversalizar la perspectiva de género y diversidad en distintos momentos de la política pública y que sea desde un enfoque no dicotómico.

A continuación, se convoca al Ministerio de Seguridad. En representación a dicho organismo se encuentra presente Mariano Copo, quien toma la palabra.

Saluda a los presentes, agradece la participación y felicita a la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones por la propuesta.

Manifiesta que desde su mirada el borrador del Plan está muy bien y refleja los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental.

Menciona que ampliaría en el Plan el abordaje de la prevención de suicidios y el fortalecimiento de las redes de apoyo y asistencia a nivel nacional.

Por último destaca la incorporación en el Plan de las temáticas de sensibilización sobre los estigmas que sufren las personas con padecimientos mentales o en tratamientos de salud mental.

A continuación, se convoca al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI). En representación a dicho organismo se hacen presente Laura Acevedo y Juan José Costa. A continuación toma la palabra Laura Acevedo quien agradece la invitación y otorga la palabra a Juan José Costa.

Juan José Costa toma la palabra, saluda a los presentes y agradece la invitación.

Manifiesta que hay que trabajar fuertemente en la implementación de políticas intersectoriales.

Expone que hay obstáculos para lograr las habilitaciones para las viviendas asistidas para las personas que son externadas.

Informa que desde el PAMI se está trabajando en la formalización del acompañamiento terapéutico como práctica para poder retomar y fortalecer los vínculos.

Acto seguido toma la palabra Laura Acevedo quien resalta la importancia de los Módulos de Integración Comunitaria que dependen de los prestadores contratados por el instituto y agrega que es necesaria la articulación con otros organismos para ampliar la oferta que pueden realizar los usuarios de los mismos.

Por último manifiesta que hay mucha resistencia a la instalación de casas de asistencia para usuarios externalizados.

A continuación, se convoca a la Superintendencia de Servicios de Salud. En representación a dicho organismo se hace presente Andrea Carbone, quien toma la palabra.

Saluda los presentes y felicita a la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones por el borrador del Plan.

Informa a los presentes que el problema que tiene la Superintendencia de Servicios de Salud es la parte de los prestadores y la parte económica. Agrega que para dicho organismo es muy difícil homologar del régimen de hospitales públicos de gestión descentralizada, los dispositivos de salud mental.

Destaca que es muy importante la parte comunicacional para que el prestador incorpore nuevas prestaciones. Por último informa que enviará sus aportes por mail.

A continuación, Andrea Demasi informa que aquellos que tengan documentos con propuestas para enviar, envíen sus comentarios por mail, por favor, a más tardar el día 22 de enero de 2021 para que se incorporen al borrador del plan.

A continuación toma la palabra Hugo Barrionuevo quien agradece a los presentes su participación y destaca que todos los aportes brindados son fundamentales para fortalecer el armado del Plan. Comunica que al día de hoy se han recibido más de 90 aportes de diferentes actores.

Informa que desde la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones se está trabajando en la elaboración de las Directrices de Organización y Funcionamiento de Servicios de Salud Mental.

Habiendo concluido las exposiciones de los participantes, el Director Nacional de Salud Mental y Adicciones Hugo Barrionuevo agradece a los presentes su participación y sus aportes, y destaca la importancia del envío de los mismos, así como la ampliación de los ya enviados, a fin de poder revisar el documento y hacer los comentarios que correspondan.

Siendo las 11:20 hs. se da por finalizada la reunión.

ANEXO XII

Aportes a la consulta de Asociaciones de Usuarías, Usuarios y Familiares, Organizaciones No Gubernamentales y Organizaciones de la Sociedad Civil – ronda complementaria

A los 15 días del mes de enero del año 2021, siendo las 10:10 hs. se reúnen vía videoconferencia a través de la plataforma Telesalud del Ministerio de Salud de la Nación, vía Webex, representantes de distintas Organizaciones de la Sociedad Civil, que tratan el tema de la salud mental desde diferentes ámbitos, previamente convocados, a los fines de comenzar a trabajar el borrador del Plan Nacional de Salud Mental, el cual ha sido remitido con anterioridad para el análisis.

El Director Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, Dr. Hugo Barrionuevo da la bienvenida a los presentes, agradece su participación y le otorga la palabra a la Lic. Andrea Demasi.

Andrea Demasi solicita a cada expositor que haga sus aportes y opiniones en un tiempo de no más de 8 minutos aproximadamente, para que cada uno de los presentes tenga tiempo para exponer. Sin perjuicio de ello, informa que se fijará un plazo más amplio para que puedan enviar las opiniones y sugerencias por escrito.

Comunica a los presentes que se elaborará un Acta de la reunión y que la misma será grabada para registrar los aportes e intervenciones que se hagan durante la reunión.

A continuación se otorga la palabra por orden alfabético a las Organizaciones de la Sociedad Civil que se encuentran presentes.

En primer lugar se convoca a la Asociación Casa Club Gualaguaychú. En representación a dicha asociación se hace presente Edith Rosa Amores, quien toma la palabra.

Saluda a los presentes y agradece la participación.

Propone incorporar en el Plan la inclusión de acompañantes terapéuticos para las personas con discapacidad.

A continuación, se convoca a la Asociación Civil Confluir. En representación a dicha asociación se hace presente María Morillo.

A continuación María Morillo toma la palabra e informa de la situación de la salud mental en la provincia de Córdoba.

Manifiesta que el Estado no se preocupa por los usuarios ni por los profesionales y hay falta de profesionales.

Menciona que los chicos externados en la provincia de Córdoba no tienen donde ir y que para solucionar esa situación es necesario contar con casas de asilo temporales y casas de medio camino.

Exclama que la situación de Córdoba en materia de salud mental es preocupante y que hay falta de recursos de todo tipo.

A continuación, se convoca a la Asociación Civil los Abuelos del Francés. En representación a dicha asociación se hacen presentes Norma Montenegro, Daiana Manzi, Alejandro Mantero y Estela Altaef. Acto seguido Daiana Manzi toma la palabra.

Saluda a los presentes y agradece la participación.

Manifiesta que es necesario incluir dentro del marco legal del Plan la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

Agrega que es importante convocar al PAMI para tratar el tema de las prestaciones para las personas mayores.

Acto seguido le otorga la palabra a Alejandro Mantero, quien toma la palabra e informa que hay que visibilizar a las personas mayores y además hay que articular a través de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones con el PAMI para poder aplicar en conjunto la Ley Nacional de Salud Mental.

A continuación, se convoca a la Asamblea Permanente de Usuarios de los Servicios de Salud Mental. En representación a dicho organismo se hacen presentes Mariana Biaggio y Barbara Kunicki.

Acto seguido toma la palabra Mariana Biaggio quien le otorga la palabra a Barbara Kunicki.

Barbara Kunicki toma la palabra y agradece la participación.

Destaca la importancia de la reinserción de la sociedad de las personas externadas.

Manifiesta que hay personas que tienen viviendas personas continúan internadas.

Exclama que los apoyos para las personas con padecimiento mentales son fundamentales y necesarios.

Menciona que el ejemplo que está dando la provincia de Buenos Aires con el cierre de los manicomios se tendría que hacer a nivel nacional.

Por último, expone la necesidad de rever el tema de la incompatibilidad de las pensiones y otras formas de remuneración.

A continuación, se convoca a la Asociación por los Derechos en Salud Mental. En representación a dicho organismo se hace presente Guadalupe Granja, quien toma la palabra.

Propone incluir dentro del Plan el lenguaje de género.

Expone que hay muchos obstáculos administrativos dentro del primer nivel de atención y considera necesario reforzar los equipos que los conforman.

Informa que hay que promover la accesibilidad a los servicios de salud mental e impulsar una oferta suficiente de servicios para cubrir las necesidades de la población a cargo.

Manifiesta que la creación de servicios móviles de atención de crisis con atención de 24 horas, reforzaría el primer de atención.

Agrega que también es fundamental la generación de protocolos y normas para el abordaje de situaciones de crisis.

En relación a los niños, niñas y adolescentes con padecimientos graves expone que hay que fortalecer la oferta de servicios dado que la misma es muy baja.

Por último, en relación al ítem sobre formación en salud mental en ámbitos educativos, propone que la capacitación se incluya en todos los niveles educativos desde profesorado de nivel inicial, primario, secundario y terciario y que se incorpore todo el paradigma de los derechos humanos en la salud mental en la materia ética o su equivalente en el nivel secundario.

A continuación, se convoca a Intercambios Asociación Civil. En representación a dicha asociación se hace presente Pablo Cymerman, quien toma la palabra.

Saluda a los presentes y agradece la participación.

En relación al Plan en el tercer párrafo de la página 1, donde se detalla quienes van a estar involucrados en las rondas consultivas, sugiere agregar otras organizaciones de usuarios.

Manifiesta que sin despenalizar no hay salud mental por lo tanto propone incorporar dentro del marco normativo establecido en la página 11 del borrador del Plan propiciar modificaciones para la ley de estupefacientes.

Expone que hay que incluir en el Plan la Ley IACOP, Ley 26.934.

Informa que se debe fomentar una articulación interdisciplinaria con otros profesionales de la salud.

En cuanto a los ejes estipulados en el Plan sugiere detallar con que actores y organismos del Estado se articulara y como.

Por último, expone que se debe especificar en el Plan las acciones a llevar a cabo con las provincias e incluir acciones con organismo internacionales de la salud mental.

A continuación, se convoca al Movimiento de Usuarixs y Trabajadorxs en defensa de la Ley Nacional de Salud Mental. En representación a dicho movimiento se hace presente Iris Valles, quien toma la palabra.

Manifiesta que hay que tener en cuenta la realidad de las provincias en el Plan.

Expone que hay que fortalecer la internación domiciliaria.

Informa que hay que reforzar el concepto de rectoría de la CONISMA.

Remarca la importancia que el primer y segundo nivel de atención estén articulados en la producción de proyectos terapéuticos compartidos.

En cuanto al ítem de Vigilancia Epidemiológica proponer realizar capacitaciones constantes a los equipos de salud. A continuación, se convoca al Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos Córdoba. En representación a dicho observatorio se hacen presentes Martin Pasini y Jacinta Burijovich. Acto seguido, Martin Pasini toma la palabra.

Manifiesta que se debe resaltar dentro del marco conceptual del Plan la perspectiva de discapacidad, desde el modelo social de la discapacidad.

Expone que el Estado debe asumir un rol para que las personas usuarias con discapacidad tengan más las herramientas para poder organizarse.

Menciona que la perspectiva de discapacidad también se debe traducir en las líneas de capacitación y en los programas de formación de los profesionales de la salud mental.

Informa que hay que tener una política más activa de comunicación en salud mental.

Señala la necesidad de implementar un reconocimiento/reparación histórica a las personas que han padecido el

manicomio por un largo tiempo.

Acto seguido le otorga la palabra a Jacinta Burijovich, quien toma la palabra y manifiesta la necesidad de pensar en informes sombras para poder darle mayor participación a las asociaciones de usuarios.

A continuación, se convoca a la Red Argentina de Arte y Salud Mental. En representación a dicha Red se hacen presentes Natalia Gómez y Pablo Cunningham. Acto seguido, Natalia Gómez toma la palabra.

Manifiesta que hay que incorporar a los artistas y a los profesores de arte en los equipos interdisciplinarios. Expone que hay que ampliar el presupuesto e incluir talleres de arte.

Propone promover un vínculo con el Ministerio de Cultura para poder financiar los festivales artísticos.

Expresa que sería necesario crear otras figuras legales en AFIP para que los profesionales puedan cobrar por su labor y eso no impacte en las pensiones.

Por último agrega incluir dentro de los antecedentes del Plan las practicas, teorías y experiencias de la época del 60' y 70' que la dictadura intento borrar y se pudieron recuperar.

A continuación toma la palabra Hugo Barrionuevo y transmite un mensaje del Observatorio Social y Económico de Clubes de Barrio y Afines representado por Ricardo Alberro Mayor, que por razones de conectividad no pudieron estar presentes. Se transcribe textualmente el mensaje: "Se necesitan protocolos en los Clubes para saber dónde dirigirse en materia de adicciones y hay aumento de brotes psicóticos y agresividad en niños y jóvenes".

Acto seguido Hugo Barrionuevo quien agradece a los presentes su participación y destaca que todos los aportes brindados son fundamentales para fortalecer el armado del Plan.

Informa que el fin de los manicomios es un objetivo de gestión.

En relación al tema de las viviendas asistidas comunica a los presentes que desde la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones se esta trabajando en conjunto con la ANDIS, en un programa de financiamiento para la remodelación y puesta en equipamiento de viviendas asistidas y con el PMO para estas sean incorporadas como prestaciones.

Expone que desde la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones se está trabajando en la elaboración de las Directrices de Organización y Funcionamiento de Servicios de Salud Mental, las cuales van a ser la base para las habilitaciones.

Menciona que también se está trabajando en una norma de notificación de las internaciones dado que en la actualidad no se notifica a los ministerios de Salud de las provincias ni al Ministerio de Salud de la Nación.

A continuación, Andrea Demasi informa que, por favor, aquellos que tengan documentos con propuestas para enviar, envíen sus comentarios por mail a más tardar el día viernes 22 de enero de 2021 para que se incorporen al borrador del plan.

Habiendo concluido las exposiciones de los participantes, el Director Nacional de Salud Mental y Adicciones Hugo Barrionuevo agradece a los presentes su participación y sus aportes, y destaca la importancia del envío de los mismo, así como la ampliación de los ya enviados, a fin de poder revisar el documento y hacer los comentarios que correspondan.

Siendo las 12:20 hs. se da por finalizada la reunión.

ANEXO XIII

Buenos Aires, 24 de setiembre de 2021

Dir. Dr. Hugo Barrionuevo
Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones Ministerio de Salud de la Nación

CONSEJO CONSULTIVO HONORARIO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES SOBRE VERSIÓN FINAL PRELIMINAR PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL 2021-2025

A partir del pedido de aportes por parte de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones al “Plan Nacional de Salud Mental 2021-2025-Versión Final Preliminar” y considerando que el Consejo Consultivo es el órgano que por ley tiene la función de realizar recomendaciones para el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas de salud mental y adicciones en Argentina, se acuerda en la 39° Reunión Plenaria Extraordinaria del CCHS-MyA desarrollada los días 20 y 21 de setiembre de 2021, enviar a continuación acuerdos respecto a lineamientos políticos y metodológicos a considerar y algunos aportes específicos sobre la versión enviada. En ese sentido el CCHSMyA reconoce la centralidad de contar con un plan de acción que oriente transformaciones en el campo de la salud mental en Argentina en concordancia con el marco normativo vigente. Fue posible también observar la incorporación de un conjunto de las sugerencias formuladas por este Consejo. No obstante ello, identificamos algunas debilidades y formulamos sugerencias a los fines de que puedan ser consideradas.

Consideraciones generales que sugerimos incorporar:

- Resulta de vital importancia explicitar la asignación de presupuesto, ya que, tal como lo indicamos anteriormente, entendemos que es la primera definición necesaria para determinar un plan y evaluar su viabilidad y sustentabilidad.

El tema de consumos problemáticos debería ser tratado con mayor profundidad en el documento y aparecer claramente en el eje 9. con los respectivos objetivos, indicadores, metas y articulaciones para el abordaje en el ámbito sanitario y socio-comunitario.

- Explicitar en todo el documento las referencias para el subsector público, privado y de seguridad social.

- Mencionar los riesgos de la transinstitucionalización (creación y traspaso a pequeños manicomios pero de otro orden, por ejemplo, pequeños geriátricos, instituciones de menores, ámbito penitenciario, dispositivos que se presentan como sustitutivos y reproducen las lógicas manicomiales).

- El enfoque de derechos humanos debería presentarse como una perspectiva transversal a las disciplinas, abordajes y niveles de atención.

- Dado que la intersectorialidad constituye uno de los principios fundantes del paradigma de la salud mental comunitaria, la autoridad de aplicación debería promover la construcción de compromisos de diversos organismos de gestión estatal así como disponer la creación de espacios de articulación en las diversas escalas jurisdiccionales y en todos los niveles de atención.

- Recomendamos enfatizar que no sólo se promueve la transformación de los saberes y prácticas en pos de un modelo de salud mental comunitaria, se promueve también garantizar el acceso a una red de atención y cuidados efectiva y de calidad a lo largo de todo el territorio nacional. Los procesos de transición entre modelos requieren de la especial atención de la autoridad de aplicación orientada a evitar que los procesos transformadores hacia un paradigma de salud mental comunitaria resulten en su contrario: en deshospitalización, con abandono y desasistencia como consecuencia.

- Dado que un cambio de paradigma hacia un modelo de asistencia y cuidado en salud mental implica una transformación cultural que implica a todos los actores que componen el entramado social, resulta crucial atender a las formas de representación no sólo respecto de las personas y sus eventuales padecimientos

sino también de las formas de atención y cuidado.

Además, entendemos como fundamental que el Plan incorpore las siguientes consideraciones específicas:

- Marco Conceptual y referencial: cuando el Plan refiere al marco conceptual (parr. 4, pág.9) se alude a disciplinas y perspectivas “especialmente vinculadas a los Derechos Humanos”. Consideramos de gran importancia incorporar este aspecto en la historización de la salud mental en Argentina, pero señalamos que el enfoque de derechos humanos es un enfoque transversal a todas las disciplinas y no privativo de un conjunto de disciplinas en particular.

- En el mismo apartado, (parr. 1, pág 12), el plan refiere al período de gestión 2015-2019 y su impacto en el campo de la salud mental del país. Entendemos que, si bien contó con señalamientos y algunas limitaciones metodológicas, el Censo Nacional de Salud Mental constituyó una referencia que sería necesario recuperar en tanto sirve de base para la formulación de un diagnóstico general de las problemáticas de salud mental en Argentina. En el mismo sentido, reiteramos nuestra recomendación sobre la necesidad de completar el Censo 2019 atendiendo a las instituciones que en dicha oportunidad no fueron incorporadas al diseño censal (tales como Comunidades terapéuticas, unidades penitenciarias e instituciones gerontopsiquiátricas). Es de destacar que la realización de un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental tanto públicos como privados queda establecida en el art. 35 de la Ley 26.657, donde además se explicita que el mismo debe reiterarse con una periodicidad máxima de dos años.

- Desarrollo de acciones de gestión en págs. 25 a 27, entendemos que no es pertinente a la formulación de un plan en tanto las acciones enunciadas se presentan desarticuladas respecto del Marco conceptual y de los ejes de trabajo propuestos en el Plan.

- En la enunciación de los Principios: (pág. 12), recomendamos explicitar cuál es el ámbito de aplicación del Plan de forma acorde con lo establecido en la Ley 26.657. Considerando necesario especificar en este punto que ello comprende los ámbitos de los efectores públicos, privados y de la seguridad social, incluyendo además el ámbito de ONGs y otro tipo organizaciones que gestionan Comunidades terapéuticas para el tratamiento del consumo problemático. Dado que el ítem correspondiente a Presupuesto es abordado en forma insuficiente (pág. 33) aludiendo sólo textualmente al art. 32 de la Ley 26.657, consideramos que el Plan resultará fortalecido si se incorpora en el ítem 7 y 9. un abordaje detallado de erogaciones presupuestarias que permita consolidar la factibilidad del plan.

- En el apartado Marco Conceptual, Principios: recomendamos referir con claridad y en forma explícita la referencia al art. 4° de la Ley 26.657 que establece que: “Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud”.

- En el eje Territorialidad (pág.18) se sostiene en base al art. 11 de la LNSM que es menester que los dispositivos formen parte de la red de servicios de salud mental con base en la comunidad, pero no se incluye a las cooperativas de trabajo nombradas explícitamente en dicho art. Las cooperativas de trabajo constituyen dispositivos acordes para la inclusión socio-laboral, como para las casas de medio camino.

- En ítem 3, Inclusión social, Obj 3.1., se recomienda incluir otros dispositivos intermedios, tales como casas de medio camino, casas de convivencia, además de viviendas asistidas. En el Obj 3.3.1 se recomienda mencionar también los hospitales de día y todos aquellos dispositivos y/o servicios de salud mental y adicciones que garanticen la vida en comunidad y la continuidad de cuidado para las personas.

- En el punto 5.4.2 debería incluir además de los procesos de internación la atención integral en los procesos de salud enfermedad atención y cuidados en la vida de las personas - Con respecto al ítem 6.a Instancias de intervención específica en el punto 6.a.a Niños, Niñas y Adolescentes consideramos que, en tanto las infancias y sus instituciones son un sector postergado de la salud mental, debieran asignarse prioridades presupuestarias y mayores especificaciones programáticas. Por ejemplo, es necesario integrar en los hospitales pediátricos y también en los generales espacios de atención en emergencias, en situaciones de crisis acordes con las características y necesidades de N,NyA. También la creación de más hospitales de día en

los que N,NyA puedan tener diferentes tipos de abordajes, así como talleres diversos, atención domiciliar especializada, la creación de una red de juegotecas articulada con los efectores de salud mental y educación, como espacios en los que se pueden detectar, prevenir y acompañar situaciones de niñas y niños que pueden pasar desapercibidas hasta que toman un cariz más complicado, la creación de una red de dispositivos móviles que acompañe las situaciones de alta complejidad: N,NyA en situación de calle, maltrato, consumo problemático, autolesiones, intentos de suicidio, desamparos diversos, etc.

- En el ítem 9 Monitoreo y Evaluación: se consideran “Articulaciones mínimas necesarias”, entendemos que la discrecionalidad con la cual se incluye o no en cada objetivo específico la referencia a un organismo como el CCHSMYA, limita la transversalidad que caracteriza a las funciones de este consejo.

- En ítem 9: la tabla de indicadores, metas y articulaciones debería incluir además una formulación de plazos, etapas y asignación de presupuesto correspondiente.

Recomendamos la incorporación de un eje adicional que atienda a la calidad y acceso a la atención y cuidado en salud mental con protección de derechos de personas alojadas en instituciones de encierro (penal, instituciones geriátricas, gerontopsiquiátricas, institutos de menores). Consideramos que es fundamental reforzar la necesidad de que los dispositivos de abordaje de las problemáticas de salud mental en instituciones de encierro en distintas jurisdicciones, sean acordes a los postulados de la ley 26.657, como así también, otros instrumentos internacionales de derechos humanos, tanto de salud mental, como propios del campo penal, como las Reglas Mandela (especialmente la Nº 24, 109 y 110). También se vuelve relevante el Juramento de Atenas del año 1979.

Con referencia a las intervenciones en salud mental en instituciones del ámbito penal:

a) Resulta urgente diferenciar la dependencia y las funciones de los profesionales encargados del “Tratamiento Criminológico”, enmarcada en la Ley de Ejecución Penal Nº 24.660, de los equipos encargados de los tratamientos en salud mental de las personas privadas de la libertad de las diferentes unidades penitenciarias. Para ello, consideramos que los profesionales de los equipos de salud en general, y de salud mental en particular, no sean integrantes de los Servicios Penitenciarios (tanto Federal, como Provinciales), sino que dependan funcionalmente de autoridades sanitarias (pudiendo ser municipales, provinciales o nacionales).

b) El carácter de los dispositivos de abordaje debe ser interdisciplinario, integral, intersectorial y respetuoso de los Derechos Humanos de las personas detenidas. Se vuelve necesario que los equipos profesionales se encuentren capacitados sobre la especificidad del ámbito penal y las problemáticas de salud mental en este ámbito. En esta línea, se debe hacer hincapié en mecanismos de identificación, análisis y denuncia de situaciones de vulneración de derechos humanos y tortura, donde las víctimas sean las personas privadas de la libertad.

c) Resulta fundamental que los abordajes en salud mental en ámbito penitenciario no se limiten a la mera provisión de psicofármacos, según indican múltiples investigaciones e informes realizados sobre la temática de cárceles.

d) Es necesario implementar políticas y programas relacionados con el consumo problemático de sustancias de forma integral. Pese a que la prevalencia de situaciones de consumo en el ámbito penitenciario resulta más alta que en el resto de la sociedad (reconociendo que no necesariamente implica consumos que requieran abordajes en salud), los dispositivos existentes en las unidades carcelarias poseen un muy reducido cupo, con un carácter fuertemente abstencionista. En este punto, consideramos importante señalar que la ley 26.657 incluye a los consumos problemáticos como parte integrante de las políticas de salud mental y en el Decreto Reglamentario 603/13, promueve un abordaje basado en los modelos de reducción de riesgos y daños.

e) Es necesario que se articule con efectores de salud locales que puedan abordar situaciones de personas privadas de la libertad con problemáticas de salud mental que impliquen riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, en caso de que no se posea un dispositivo específico en el interior de las unidades penitenciarias.

f) Se deben generar diálogos inter poderes para problematizar el uso de informes de salud mental, de las Historias Clínicas de las personas detenidas en diferentes procesos judiciales, incluidos los penales. Resulta relevante la capacitación de los operadores judiciales del paradigma de la LNSM. En esta línea, un rol

fundamental poseen los profesionales del área de salud mental que cumplen funciones forenses (Cuerpo Médico Forense, en la justicia Nacional, como dispositivos similares en los diferentes sistemas de justicia provinciales).

Para finalizar, en tanto las recomendaciones de este Consejo no son vinculantes consideramos conveniente la publicación de las mismas ya que como producto de un proceso de discusión y consenso entre las organizaciones que conformamos dicho organismo, resultan un aporte fundamental para la visualización de núcleos problemáticos en el campo de la salud mental, cuyo reconocimiento y abordaje permitirán profundizar la implementación de la Ley 26.657.

Sin otro particular, lo saludamos cordialmente.

Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental y Adicciones

- Asociación Civil Confluir
- Asociación de Profesionales de Servicio Social del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (APSSGCABA) –
- Asociación por los Derechos en Salud Mental (ADESAM) –
- Espacio Intercátedras Cátedra de Salud Pública y Salud Mental (I y II) de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires
- Asociación Argentina de Padres de Autistas (APADEA).
- Asociación Argentina de Salud Mental (AASM) –
- Asociación Civil Forum Infancias
- Asociación Civil Intercambios –
- Asociación Civil Los Abuelos del Francés –
- Asociación de Psicólogos del Gobierno de la ciudad Autónoma de Buenos Aires (APGCABA) -
- Asociación Psicoanalítica Argentina (APA)
- Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) –
- Asociación de Reducción de Daños de la República Argentina (ARDA)
- Asociación de Terapeutas Ocupacionales del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (ATOGBA) –
- Asociación Manos Abiertas y Solidarias (AMAS)-
- Consejo de Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires –
- Conferencia Basaglia Argentina –
- Cooperativa de Trabajo La Huella –
- Federación de Centros Barriales de la Familia Grande Hogar de Cristo
- Grupo de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos (GESMYDH), Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Junta Interna de Delegados y Delegadas de Asociación de Trabajadores del Estado (ATE) Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación –
- Maestría y Doctorado en Salud Mental Comunitaria del Departamento de Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)
- Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de Córdoba
- Red Experiencia Santa Fe –
- Red Estratégica para el Desarrollo Social (REDES) –
- Sociedad Argentina para el Estudio de los Consumos Problemáticos de Sustancias y otras Adicciones (SAEA) –
- Unión de Personal Civil de la Nación, Seccional Públicos Nacionales y del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (UPCN)

12. Colaboraciones

Participaron en el proceso de formulación colaborativa del presente Plan Nacional de Salud Mental:

- Organización Panamericana de la Salud
- UNICEF
- Secretaría de Derechos Humanos de la Nación
- Áreas de Salud Mental y Adicciones de las 24 jurisdicciones del país
- Órgano de Revisión Nacional de la Ley de Salud Mental 26.657
- Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones

- Organizaciones de usuarias, usuarios y familiares (por orden alfabético):

Asamblea de Personas Usuarias y Sobrevivientes de los Servicios de Salud Mental
Asamblea Permanente de Organizaciones de Usuarios
Asociación Argentina de Ayuda a la persona que sufre esquizofrenia
Asociación Argentina de Padres de Autistas
Asociación Casa Club Gualaguaychú
Asociación Civil Confluir
Asociación por los Derechos en Salud Mental
Camino Abierto
Comisión de Apoyo al Hospital de Día y otros dispositivos de Salud Mental de Traslasierra
Grupo de Ayuda Mutua
Los Abuelos del Francés
Manos Abiertas y Solidarias
Movida de Locos
Movimiento de Desmanicomialización de Melchor Romero
Movimiento de Usuarixs y Trabajadorxs en defensa de la Ley Nacional de Salud Mental
Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos - Córdoba
Red Argentina de Arte y Salud Mental
Red de Familiares, Usuarios y Voluntarios

- Organismos Públicos (por orden alfabético):

Agencia Nacional de Discapacidad
ANSES
Comité Nacional de Prevención de la Tortura
Defensoría de Niños, Niñas y Adolescentes
Hospital Nacional en Red Laura Bonaparte
Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo
Ministerio de Educación
Ministerio de Mujeres, Género y Diversidad
Ministerio de Seguridad
Ministerio de Trabajo
PAMI
Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia
Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas
Superintendencia de Servicios de Salud

- Asociaciones Profesionales (por orden alfabético):

Asociación Argentina de Instituciones de Salud Mental
Asociación Argentina de Psiquiatría Infanto Juvenil
Asociación Argentina de Salud Mental
Asociación de Clínicas de la República Argentina
Asociación de Psiquiatras Argentinos
Asociación de Terapistas Ocupacionales del Gob. de la Cdad. de Buenos Aires
Federación de Psicólogos de la República Argentina
Red de Instituciones de Salud Mental de la Cdad. Aut. de Buenos Aires

- Organizaciones de la Sociedad Civil (por orden alfabético):

Asociación Civil Intercambios

Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia

Federación Argentina de Lesbianas, Gays, Bi y Trans

Federación Argentina de ONG para el Tratamiento y Prevención del Abuso de Drogas

Observatorio Social y Económico de Clubes de Barrio y Afines

Red de Cooperativas Sociales

- Sindicatos (por orden alfabético):

Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina

Unión de Personal Civil de la Nación

- Universidades e Institutos de Investigación (por orden alfabético):

Carrera de Trabajo Social - Universidad de Buenos Aires

Cátedra Psicología Preventiva y Epidemiología – Prof. Graciela Zaldúa - Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires

Centro de Salud Mental Comunitaria “Mauricio Goldenberg”

Facultad de Medicina - Universidad de Buenos Aires

Instituto de Investigaciones Gino Germani – Grupo de Estudio en Salud Mental y DDHH

Universidad Nacional de General Sarmiento

Universidad Nacional de Hurlingham

Universidad Nacional de Lanús

Universidad Nacional de Río Negro

Universidad Nacional de Villa María

Universidad Nacional del Chubut

- Expertas y Expertos del campo de la Salud Mental y los consumos problemáticos

- Equipos técnicos de la Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos.

Línea telefónica nacional
para urgencias en Salud Mental

0800.999.0091

Disponible las 24 horas



Ministerio de Salud
Argentina

*primero
la gente*



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
1983/2023 - 40 AÑOS DE DEMOCRACIA

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Referencia: PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 112 pagina/s.