Plan provincial de Salud Mental

Dirección de Salud Mental
Año 2025

San Juan Gobierno | Ministerio de **Salud**

Autoridades

Dr. Marcelo Orrego
Gobernador de la Provincia de San Juan

Dr. José Fabián Martin
Vicegobernador y Presidente Nato de la Cámara de Diputados de San Juan

Dr. Amilcar Dobladez
Ministro de Salud

Dr. Alejandro Navarta
Secretario Técnico

C.P.N Gabriel Porra
Secretario Administrativo Contable

Dr. Gastón Jofré
Secretario de Planeamiento y Control de Gestión

Dr. Pablo Arroyo
Secretario de Medicina Preventiva, Emergencia y Catástrofe

Dra. Noelia Villena Sassul
Directora de Salud Mental
Médica Psiquíatra

PLAN PROVINCIAL DE SALUD MENTAL

Ministerio de Salud de San Juan

Dirección de Salud Mental

Ministro: Dr. Amilcar Dobladéz.

Secretario Técnico: Dr. Alejandro Navarta.

Directora: Dra. Noelia Villena Sassul.

Año 2025

FUNDAMENTACIÓN:

Los organismos internacionales coinciden en señalar el impacto de las condiciones de salud mental sobre los resultados de salud, bienestar y desarrollo de los pueblos (OMS, 2022). De allí que el abordaje del padecimiento mental, constituye uno de los ejes priorizados dentro de las Políticas Sanitarias de diversos países a nivel mundial.

“En nuestro país, la salud mental está contemplada en uno de los ejes del Plan Nacional de Salud (2020- 2030). Su abordaje se regula a través de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (LNSM), como norma que garantiza el derecho de todas las personas a la atención efectiva y oportuna. Esta norma reconoce a la persona con padecimiento mental como un sujeto de derecho y plantea una modalidad de abordaje comunitario”. (Plan Nacional de Salud Mental 2023-2027, p.9)

En base a ello, se conceptualiza a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concepción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Este reconocimiento implica la promoción de la salud mental, la prevención y atención de padecimientos mentales, la participación comunitaria y la detección y el abordaje de los determinantes sociales de la salud. (Plan Nacional de Salud Mental 2023-2027, p.9)

En nuestra provincia, se cuenta con una amplia trayectoria de planes y programas a través de los que se dio inicio al proceso de adecuación de las prácticas en relación a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

La reciente creación de la Dirección de Salud Mental en la provincia de San Juan, constituye un hito para el desarrollo de políticas públicas, enmarcando de manera integrada las respuestas al padecimiento subjetivo y social, desde el fortalecimiento de los recursos sociales y comunitarios. La misma permite profundizar y potenciar los procesos de transformación en marcha, mediante la formulación del Plan integral, desde una perspectiva de salud mental comunitaria. Desde esta posición, se promueven prácticas de cuidado y atención, no sólo accesibles, integradoras y cercanas a la comunidad, sino potenciadoras de la participación y el protagonismo de los usuarios y sus comunidades en la construcción de contextos y prácticas más saludables.

Desde allí se piensa un sistema de salud mental de base comunitaria-territorial, con diversos dispositivos articulados en redes, intra e intersectoriales, desde una perspectiva de curso de vida y en el continuo salud-enfermedad-atención-cuidado. Para tal fin, es necesario redefinir las incumbencias por cada nivel de atención y sensibilizar al equipo de salud para pensarse como integrantes de una red articulada: tanto al interior del sistema sanitario, como con otros organismos estatales, usuarios y organizaciones de la sociedad civil.

ANTECEDENTES:

Como se ha señalado, la provincia cuenta con un amplio recorrido en materia de Políticas Públicas de Salud Mental.

Como un primer antecedente, en la década de 1980, se crea la "División de Salud Mental", dependiente de la Secretaría de Estado de Salud Pública, Departamento de Medicina Sanitaria. Aproximadamente veinte años después, se crea la División de Psicología, dependiente del Departamento de Medicina Asistencial. Ambas divisiones trabajaron en conjunto, desde su creación, hasta la conformación de la actual Dirección de Salud Mental.

En noviembre de 1999, se crea la Ley Provincial de Salud Mental N°6976, constituyendo un primer marco normativo para las prácticas de salud mental en la provincia.

En el año 2012, a raíz del escenario planteado en nuestro país por la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental N°26657, se diseña el "PLAN PROVINCIAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES" (PPSMA), cuyo objetivo fue *"Establecer estrategias y un cronograma para cada una de las áreas de actuación, fundadas en nuevas políticas de salud que impulsen un enfoque de trabajo comunitario, y no solo institucional de salud mental, así como, la rehabilitación y reinserción social de los usuarios pasen a ser objetivos primordiales a ser cumplidos"*.

Entre las acciones llevadas a cabo desde este marco, se destacan:

- La realización periódica de un Diagnóstico de situación Salud Mental de la provincia, incluyendo: relevamiento de recursos humanos, conformación de equipos SM en los diferentes niveles de atención, infraestructura para atención ambulatoria e internación y comunicación interinstitucional.
- La progresiva y continua inclusión de recursos humanos de salud mental en los distintos niveles de atención, subrayando el "Proyecto de Psiquiatría en la Periferia" y la inclusión de psicopedagogos en diversas zonas sanitarias.
- La descentralización de las acciones de las cinco zonas sanitarias a través de la figura del referente zonal de salud mental, con funciones de coordinación y gestión local.
- La refuncionalización del Hospital Monovalente "El Zonda", en el actual "Hospital General Julieta Lanteri".
- Fiscalizaciones y visitas de inspección en instituciones del sector privado y auditoría interna del ministerio para habilitación de geriátricos, clínicas y centros educativos terapéuticos.
- Fiscalizaciones en conjunto con Dirección De Fiscalización y Control De Gestión a Clínicas de SM e Instituciones especializadas en adicciones.
- Creación de la Comisión Provincial de Prevención del Suicidio (2008), devenido en Programa Provincial de Prevención del Suicidio, en 2010 (Resolución MSP1375/12).
- La creación de Centro Terapéutico Aurora Pérez, para la asistencia de niños y adolescentes con psicosis y autismo.
- La creación del "Centro de Día Terapéutico" en 25 de Mayo.
- Creación del Centro Comunitario de Salud Mental "Pulga Messi" en Rawson.

- Conformación de un Registro Epidemiológico de prestaciones de salud mental (psicología y psiquiatría), con base en CIE-10.
- Elaboración y actualización anual de una "Guía Provincial de Recursos Humanos e Institucionales en Salud Mental".
- Implementación de un registro único de psicofármacos.
- La realización de diversos espacios de intercambio de experiencias y capacitación como: la intervención con los equipos de Salud Mental en Emergencias y Catástrofes.
- La conformación de la "Red de Salud Mental Integrada" (resolución N° 3284-MSP-2022) cuyo objetivo fue la integración de la red de salud mental a la red de salud general, en articulación con el Centro Operativo Médico (COM).
- La participación y coordinación en la "Red de Abordaje Intersectorial de Emergentes en Salud Mental" (RAISEM), para la creación de protocolos unificados, capacitaciones y modalidades de abordajes interministeriales.
- Articulaciones intraministeriales: Programa de Salud en Contexto De Encierro e interministeriales: Encuentros de capacitación: urgencias/ emergencias en SM, circuito de prestaciones SM, dirigidos al COM, Referentes SM, Sistema Pre hospitalario público y privado y guardias generales de los diferentes hospitales de 2° y 3° nivel.
- Capacitación MHGAP, asistió dupla (psicólogo/Psiquiatra) de nuestra provincia para capacitación de formadores realizada en Ciudad de Bs As.
- Realización del Encuentro Regional Cuyo de Prevención De Suicidio, con Directores De Área de Salud Mental de Mendoza, San Luis, La Rioja y DNSMyCP. Sede San Juan.

PROCESO COLABORATIVO:

Para la elaboración e implementación del Plan Provincial de Salud Mental se propuso un proceso de construcción colectiva que se desarrolló de la siguiente forma:

1- Elaboración de esquema general por parte de equipo interdisciplinario convocado por la Dirección de Salud Mental a tal fin, en base a lineamientos nacionales e internacionales.

2- Adecuación de los lineamientos del Plan Nacional de Salud Mental a la realidad provincial.

3- Presentación de la propuesta general a decisores y autoridades Ministeriales.

4- Discusión con referentes y equipos de salud mental del Ministerio de Salud.

5- Trabajo con Asociaciones, Colegios Profesionales y Organizaciones afines al campo de la Salud Mental.

6- Inclusión de la perspectiva de los usuarios en la elaboración de los proyectos locales.

7- Sistematización de lo trabajado en un Plan Provincial de Salud Mental Comunitaria, con disposiciones reglamentarias para la implementación.

AUTORES:

COORDINACIÓN:

Directora de Salud Mental: Dra. Noelia Villena Sassul- Médica Psiquiatra.

Dra. Débora Riveros- Médica Psiquiatra. Dirección de Salud Mental.

Lic. Carina Ruggeri - Psicóloga. Dirección de Salud Mental.

Lic. Nerina Diaz - Trabajadora Social. Dirección de Salud Mental.

EQUIPO COLABORADOR:

Lic. Andrea, Reynoso Servant - Psicopedagoga.

Lic. Ana, Videla - Acompañante terapéutica.

Lic. Celina, Carrascosa - Psicóloga.

Lic. Laura, Martínez - Psicóloga.

Lic. Pamela, Pérez -Socióloga.

Lic. Valeria, Sarmiento - Trabajadora Social.

CONSULTORES INTERNOS:

Dirección de Materno Infancia. Dra. Lenka Dumandzic.

Dirección de Programas de Salud. Dr. Facundo Gimenez.

Departamento de Medicina Asistencial: Dra Romina Mataix

CONSULTORES EXTERNOS:

- Asociación de Acompañantes Terapéuticos de San Juan.
- Asociación de Psiquiatras de San Juan.
- Colegio de Psicólogos de San Juan
- Colegio de Psicopedagogos de San Juan
- Colegio de Trabajadores Sociales de San Juan.
- Foro de Salud Mental y Derechos Humanos de San Juan.

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

El Plan Provincial se sustenta en el marco referencial y principios del Plan Nacional de Salud Mental 2023-2027, que incluye:

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". (Plan Nacional de Salud Mental 2023-2027, p. 9).

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); 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).

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.

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 Nº 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". (Plan Nacional de Salud Mental 2023-2027, p. 10).

3. Perspectiva de cursos de vida

El Enfoque de Curso de Vida aborda los momentos del continuo de la vida, reconoce que el desarrollo humano y los resultados en salud dependen de la interacción de diferentes factores a lo largo del curso de la vida, de experiencias acumulativas y situaciones presentes de cada individuo influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural. Supone abarcar la totalidad de la trayectoria de una persona y reconocer la existencia de períodos críticos de crecimiento y desarrollo en todas las edades, donde la exposición a ciertos factores ambientales puede ser más nociva para la salud y afectar más al potencial de salud a largo plazo (Bacallao Gallestey, J., 2016). Es decir, a diferencia de un enfoque orientado a la enfermedad, que se centra en intervenciones para una sola afección, a menudo en una sola etapa de la vida, el enfoque de curso de vida considera las etapas críticas, las transiciones y los entornos en los que se pueden hacer grandes diferencias para promover o restaurar la salud y el bienestar. Aporta la mirada longitudinal que conecta los distintos eventos a lo largo de la vida. Las etapas no están desconectadas, sino que cada una de ellas influye sobre la siguiente y también sobre etapas distantes en el horizonte temporal.

“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 ello implica planificar e integrar intervenciones específicas para cada momento vital, en especial lo que respecta a niñeces, adolescencias, y a personas mayores”. (Plan Nacional de Salud Mental 2023-2027, p. 11)

Este enfoque propone un cambio en el entendimiento del proceso salud -enfermedad- atención-cuidado. No se trata de atender una problemática puntual que pueda afectar a una persona o a una comunidad en un momento particular, sino que se promueve una mirada integral, que tiene en cuenta los procesos biológicos, conductuales, psicosociales y ecológicos que operan en todo el curso de vida y que están determinados por las características individuales y el entorno. Se deben considerar especialmente aquellas situaciones potencialmente problemáticas devenidas de procesos de violencia, exclusión social, desigualdad e inequidad y sus consecuencias para la subjetividad.

“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”. (Plan Nacional de Salud Mental 2023-2027, p. 12)

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”. (Plan Nacional de Salud Mental 2023-2027, p. 13).

Este enfoque permite “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”. (Plan Nacional de Salud Mental 2023-2027, p. 13).

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, socioeconómicos, 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”. (Plan Nacional de Salud Mental 2023-2027, p. 13)

“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”. (Plan Nacional de Salud Mental 2023-2027, p. 13)

“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”. (Plan Nacional de Salud Mental 2023-2027, p. 13- 14)

Es menester destacar que del Plan Provincial de Salud Mental se desprenden distintos Programas que se prevé operativizar a través de proyectos locales participativos, desde una perspectiva de SMC

VISIÓN:

La visión de la Dirección de Salud Mental es una sociedad en la que se valore, fomente y proteja la salud mental, se prevengan los padecimientos mentales, donde las personas ejerzan la totalidad de sus derechos humanos y accedan de forma oportuna a una atención sanitaria y social de gran calidad y culturalmente respetuosa, con el fin de lograr el mayor nivel posible de salud y la plena participación en la sociedad, sin estigmatizaciones ni discriminaciones.

EJES DE TRABAJO Y OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

Fortalecer las políticas públicas en Salud Mental de la provincia de San Juan, desde una perspectiva comunitaria y de derechos, para favorecer el acceso a un sistema de atención de calidad, accesible, equitativo y participativo.

Desarrollar un sistema integrado de servicios de base comunitaria, en el que se promueva la salud mental, se prevengan los padecimientos y se acceda a una atención sanitaria y social oportuna.

EJE I- RECTORÍA EN SALUD MENTAL COMUNITARIA.

OBJETIVO:

Fortalecer las capacidades institucionales del Ministerio de Salud y de otros sectores de la sociedad, para la transformación, desde una perspectiva comunitaria y de derecho, del modelo de atención de Salud Mental, a través de estrategias que garanticen la calidad, accesibilidad y equidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1.1. Formalizar la creación de la Dirección de Salud Mental (DSM), mediante la reglamentación de su estructura organizativa y funcional, el plan provincial de salud mental (PPSM) y el presupuesto anual, en acuerdo a los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 (LNSM).

1.2. Conformar una Comisión Provincial de Salud Mental que articule interministerial e intersectorialmente la formulación de políticas públicas a nivel provincial, incluyendo el sector público, privado y no gubernamental.

1.3. Impulsar la conformación y puesta en funcionamiento del Órgano de Revisión de Salud Mental de la Provincia (ORSM), tendiente a garantizar y proteger los derechos humanos de las personas con padecimiento mental, y el respeto por los principios de dignidad, autonomía, libertad y no discriminación, en el marco de la LNSM N° 26.657.

1.4. Diseñar la estructura organizativa y funcional de la red de salud mental, en acuerdo a recomendaciones de buenas prácticas en salud mental comunitaria (BPSMC), según la Ley Nacional N°26.657, incluyendo el sector público, privado y no gubernamental.

1.5. Conformar el Observatorio de Salud Mental (OSM) con funciones de vigilancia epidemiológica, investigación, divulgación y capacitación en el área.

1.6. Establecer la programación anual de las líneas de acción provinciales en salud mental, en acuerdo al análisis de situación de salud mental comunitaria (ASISMC).

RESULTADOS ESPERADOS:

1.1.1. Dirección de Salud Mental creada formalmente a través de la norma legal correspondiente.

1.1.2. PPSM 2025- 2027, diseñado con participación de autoridades gubernamentales, equipos de salud, especialistas en salud mental, instituciones, organizaciones, grupos sociales y usuarios; refrendado mediante norma legal y publicado.

1.1.3. DSM con estructuración interna definida (cargos, funciones y personal asignado), incluida

formalmente en el organigrama del Ministerio de Salud.

1.1.4. Presupuesto de la DSM definido y asignado, en acuerdo a la proporción del presupuesto sanitario provincial, sugerida por la LNSM N°26.657.

1.2.1. Comisión provincial de SM conformada intersectorialmente, con funciones y agenda de trabajo definida, incluyendo el sector público, privado y no gubernamental.

1.2.2. Políticas Públicas de SMC formuladas intersectorialmente.

1.3.1. Órgano de Revisión funcionando en acuerdo a los lineamientos de la LNSM N°26.657.

1.4.1. Diseño general de la estructura organizativa y funcional de la red de salud mental, incluyendo el sector público, privado y no gubernamental.

1.4.2. Manual Provincial de BPSMC, para toda la red de atención integrada.

1.4.3. Manual de puestos y funciones, con incumbencias por disciplinas y niveles de atención, según organigrama funcional, en acuerdo a BPSMC.

1.4.4. Red de SM funcionando en base a las recomendaciones de BPSMC.

1.5.1. OSM con funciones de vigilancia epidemiológica, investigación, divulgación y capacitación.

1.6.1. Programación bianual de las líneas de acción en SMC, diseñadas según ASISMC, formalizada en un documento y socializada en toda la red asistencial.

EJE II- PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN LA RED DE SALUD MENTAL

OBJETIVO:

Garantizar la prestación de servicios de salud mental integrales e integrados, por cursos de vida y con perspectiva comunitaria y de derecho, según las problemáticas prevalentes, los emergentes en salud mental y las características de la población, incluyendo las prestaciones del sector público, privado y de la sociedad civil.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

2.1. Realizar la programación anual de líneas de acción en la red asistencial, según ASISMC correspondiente; en acuerdo con el Plan Provincial de Salud Mental (PPSM) vigente y el Manual Provincial de Buenas Prácticas en Salud Mental Comunitaria (BPSMC).

2.2. Ampliar la cobertura local y favorecer la adecuación de las prácticas del Primer Nivel de Atención (CAPS, CIC´s, postas de salud y equipos de Atención Primaria) a la perspectiva de SMC y a la LNSM N°26.657, fortaleciendo la participación protagónica de todo el equipo de salud y la comunidad, con énfasis en intervenciones de promoción, prevención y atención de problemáticas prevalentes y/o prioritarias.

2.3. Ampliar la cobertura y profundizar la adecuación de prácticas de SM en el segundo nivel de atención (Hospitales Generales Departamentales), mediante el desarrollo de programas asistenciales especializados, para problemáticas prevalentes, prioritarias y/o emergentes en salud mental, con enfoque de curso de vida y perspectiva de SMC.

2.4. Fortalecer la cobertura y adecuación de prácticas de SM en el tercer nivel de atención (Hospitales Descentralizados, Centros Terapéuticos Especializados y Equipos de Apoyo Territorial en Salud Mental), mediante el desarrollo de programas asistenciales para la gestión de casos complejos, con perspectiva de SMC.

2.5. Ampliar la red de atención de SM a través de la creación y/o fortalecimiento de dispositivos intermedios y sistemas de apoyo en la atención ambulatoria de los padecimientos mentales y emergentes en salud mental, con prácticas adecuadas a la perspectiva de SMC.

2.6. Ampliar el acceso a la atención mediante la incorporación de prestaciones de tele consulta en salud mental, de diversa complejidad.

2.7. Implementar acciones directas e indirectas para la protección de la Salud Mental de grupos en situación de mayor vulnerabilidad antes, durante y después de la ocurrencia de emergencias y/o desastres y otros emergentes de SM.

2.8. Generar y/o fortalecer sistemas de articulación y apoyo en la tarea, tendientes a garantizar la continuidad de los cuidados, la calidad del servicio, tanto como el cuidado de la salud del recurso humano.

RESULTADOS ESPERADOS

2.1.1. ASISMC realizado en el conjunto de los efectores de la red asistencial, como insumo para la planificación.

2.1.2. Programación anual de los efectores de la red asistencial, diseñado según ASISMC correspondiente y en acuerdo a PPSM y MBPSMC.

2.2.1. Equipos de Atención Primaria, con recursos de salud mental adecuados, en cantidad, perfil y distribución, al desarrollo de intervenciones de promoción, prevención y atención de problemáticas prevalentes y/o prioritarias, desde una lógica territorial y participativa de SMC.

2.2.2. Equipos de Atención Primaria que implementan el Programa MhGAP y MhGAP comunitario (OPS-OMS) para el fortalecimiento del acceso a la atención integral de condiciones mentales, neurológicas y por consumo de sustancias.

2.2.3 Equipos de Atención Primaria que desarrollan intervenciones y proyectos comunitarios de promoción, prevención y atención de problemáticas prevalentes y/o prioritarias, desde una lógica territorial y participativa de SMC.

2.3.1 Hospitales Generales Departamentales, fortalecidos mediante la redistribución y/o asignación de recursos profesionales de salud mental (Psicólogos, psiquiatras, psicopedagogos, trabajadores sociales, acompañantes terapéuticos y otros afines) necesarios según ASISMC.

2.3.2 Conformación de Servicios, Unidades o Áreas interdisciplinarias de SM en HGD, que desarrollan programas asistenciales especializados, para problemáticas prevalentes, prioritarias y/o emergentes en salud mental, con enfoque de curso de vida y perspectiva de SMC.

2.3.3 Atención de urgencias y demanda espontánea en SM, garantizando la continuidad de los cuidados.

2.3.4. Desarrollo de programas de atención y cuidado a usuarios, durante la Internación y externación por motivos de salud mental, con una lógica de SMC.

2.4.1. Hospitales Generales Descentralizados, Centros Terapéuticos Especializados y Equipos de Apoyo Territorial de Tercer Nivel, fortalecidos con recursos de salud mental adecuados, en cantidad, perfil y distribución; que garantizan a nivel provincial, el desarrollo de programas asistenciales para la gestión de casos complejos, desde una perspectiva de SMC.

2.4.2. Equipos interdisciplinarios de salud, fortalecidos para la atención de problemáticas psicosociales y de salud mental en servicios de urgencias, garantizando la continuidad de los cuidados, de los Hospitales Generales Descentralizados.

2.4.3. Desarrollo de programas de asistencia a usuarios, durante la Internación y externación por motivos de salud mental, con una lógica de SMC.

2.4.4. Implementación de programas para la atención especializada de problemáticas críticas y de comorbilidad, desde una perspectiva de SMC.

2.5.1. Dispositivos intermedios y/o sistema de apoyo para la atención ambulatoria de los padecimientos mentales y emergentes en salud mental, creados y/o fortalecidos, según necesidades y recursos locales de cada departamento.

2.5.2. Dispositivos intermedios y/o sistema de apoyo con recursos profesionales adecuados en cantidad, perfil y distribución, para la atención ambulatoria de los padecimientos mentales y emergentes en salud mental.

2.5.3. Desarrollo de programas intersectoriales de atención ambulatoria de los padecimientos mentales y emergentes en salud mental, adecuados a la perspectiva de SMC.

2.6.1. Prestaciones de tele consulta en salud mental, incorporadas a la red asistencial, en los distintos niveles de atención.

2.7.1. Plan de contingencia para la atención de grupos en situación de mayor vulnerabilidad antes, durante y después de la ocurrencia de emergencias y/o desastres, u otros emergentes de SM; por efector, departamentos y zonas sanitarias.

2.7.2. Plan de contingencia provincial, para el apoyo a equipos de salud y primera línea en situaciones de emergencias y/o desastres u otros emergentes de SM.

2.7.3. Programa Provincial de Prevención del Suicidio, con acciones integradas e integrales, en acuerdo a la perspectiva de SMC.

2.8.1. Espacios de articulación, formación, supervisión y apoyo en la tarea, de modalidad presencial y/o remota, funcionando en toda la red asistencial.

III. COMUNICACIÓN SOCIO COMUNITARIA EN SALUD MENTAL

Objetivo:

Diseñar e implementar acciones de sensibilización y comunicación socio- comunitaria en Salud Mental, con enfoque territorial y perspectiva de derechos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.1. Establecer un Plan Anual de Comunicación Social y Comunitaria en Salud Mental.

3.2. Contribuir a líneas de acción de educación para la salud, destinada a la población general, desde estrategias de comunicación comunitaria.

3.3. Sensibilizar sobre comunicación responsable en el tratamiento de temas de Salud Mental destinada a las y los trabajadores del campo de la comunicación y actores no convencionales.

3.4. Propiciar la creación de un banco de materiales, prácticas y experiencias territoriales en comunicación basadas en el modelo de la SMC.

RESULTADOS ESPERADOS

3.1.1. Plan Anual de Comunicación Social y Comunitaria en Salud Mental, aprobado.

3.1.2. Espacios de comunicación sobre Salud Mental en medios gráficos, televisivos, radiales y/o digitales, instalados como parte de un plan comunicacional.

3.1.3. Realizar campañas de difusión/sensibilización sobre la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y temáticas de salud mental, para la población general.

3.2.1. Estrategias de comunicación comunitarias incluidas en líneas de educación para la salud.

3.3.1. Trabajadores del campo de la comunicación y actores no convencionales sensibilizados y/o capacitados en el tratamiento de la comunicación responsable de temas de SM.

3.4.1. Banco de materiales, prácticas y experiencias territoriales en comunicación basadas en el modelo de la SMC.

IV. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA E INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL

Objetivo:

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.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4.1. Desarrollar un sistema de información y vigilancia epidemiológica en salud mental.

4.2. Impulsar y jerarquizar el componente Salud Mental en los programas de investigación del Ministerio de Salud de la provincia y otros organismos.

RESULTADOS ESPERADOS

4.1.1. Plan de Análisis de Salud Mental Comunitaria (ASISMC) provincial diseñado, con niveles de complejidad e integración crecientes (locales, departamentales, zonales, provinciales).

4.1.2. Actualización anual del Análisis de Salud Mental Comunitaria (ASISMC).

4.1.3. Realizar aportes para la innovación y mejora de los sistemas de Historia Clínica Digital y Registro Estadísticos actuales, acordes a los lineamientos del PPSM.

4.1.4. Coordinar con el área de soporte técnico de sistemas, al menos una capacitación para administrativos y profesionales, en el uso óptimo de los sistemas de registros.

4.1.5.. Desarrollar un plan de monitoreo, evaluación y seguimiento de las consultas e internaciones por motivos de Salud Mental, formalizado en un documento, con actualización anual.

4.1.6. Implementar un Plan de monitoreo, evaluación y seguimiento de dispositivos de cuidado, acompañamiento, asistencia y prácticas en Salud Mental, formalizado en un documento, de actualización anual.

4.1.7. Realizar la sistematización de, al menos una práctica de SMC, por Área Programática, Hospitales Descentralizados, Dispositivos intermedios y Centros Especializados, formalizado en un documento de acceso público.

4.2.1. Implementar un Proyecto de investigación del Ministerio de Salud de la provincia con componentes de SM, por periodo.

4.2.2. Implementar un Proyecto de investigación del Ministerio de Salud de la provincia y otros organismos con componentes de SM, en el periodo.

4.2.3. Desarrollar al menos un proyecto de Investigación en SMC, con perspectiva participativa y base territorial

V. CAPACITACIÓN Y DOCENCIA.

Objetivo:

Garantizar la formación en Salud Mental Comunitaria de las y los trabajadores del campo de la salud, equipos de salud de otros sectores y actores no convencionales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

5.1 Diseñar y desarrollar trayectos formativos en Salud Mental Comunitaria en acuerdo con Asociaciones Profesionales, Ministerio de Salud de la Nación, Universidades Nacionales y Organismos Internacionales

5.2 Promover la formación continua y la capacitación en servicio de las y los trabajadores de las disciplinas de Salud Mental, en acuerdo a las problemáticas críticas, prevalentes y emergentes, según cursos de vida y desde la perspectiva en SMC.

5.3 Implementar la capacitación en la Guía MhGAP (OPS- OMS) y Herramientas de MhGAP comunitario, dirigidas al personal de salud y actores no convencionales, para identificar e intervenir de manera temprana, sobre los padecimientos mentales.

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

5.5. Promover el desarrollo y/o fortalecimiento de sistemas de supervisión y/o apoyo remoto, tanto para prácticas asistenciales como de promoción y prevención.

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

5.7. Incluir componentes de salud mental en las distintas Residencias del Ministerio de Salud, a través de seminarios, cursos, ateneos, conversatorios y/o grupos de reflexión.

5.8. Promover el desarrollo de programas de pregrado y extensión universitaria vinculados a SMC, con anclaje territorial y articulación con efectores y dispositivos comunitarios

5.9. Actualizar la capacitación en Salud Mental Comunitaria, de organismos públicos, fuerzas de seguridad, equipos técnicos judiciales y agentes de intervención social no convencionales en general.

RESULTADOS ESPERADOS

5.1.1. Realizar acuerdos con Asociaciones Profesionales, Ministerio de Salud de la Nación, Universidades Nacionales y/u Organismos Internacionales, para implementar trayectos formativos en SMC.

5.2.1. Profesionales de Salud Mental formados en Salud Mental Comunitaria para el abordaje de problemáticas críticas, prevalentes y emergentes, según cursos de vida.

5.3.1. Personal de salud y actores no convencionales, capacitados en la Guía MhGAP y Herramientas de MhGAP comunitario.

5.4.1. Planes de formación implementados para equipos de salud que asisten las urgencias en

domicilio, espacios institucionales y/o vía pública.

5.5.1. Espacios de supervisión y sistemas de apoyo, presenciales o remotos, creados y /o fortalecidos, tanto para prácticas asistenciales como de promoción y prevención.

5.6.1. Residencias de salud mental (Psicología Clínica, Psiquiatría y RISAM) con programas y prácticas orientadas desde la perspectiva de Salud Mental Comunitaria.

5.7.1. Residencias de Especialidades Médicas que incluyen componentes de Salud Mental como parte de sus programas y prácticas formativas.

5.8.1. Planes de pregrado, grado y extensión universitaria desarrollados con perspectiva de SMC, con anclaje territorial y articulación con efectores y dispositivos comunitarios.

5.9.1. Programas de capacitación y actualización en SMC, conformados con organismos públicos, fuerzas de seguridad, equipos técnicos judiciales y agentes de intervención social no convencionales en general.

PLAN DE IMPLEMENTACIÓN

EJE I: RECTORÍA EN SALUD MENTAL COMUNITARIA

Objetivo 1. Fortalecer las capacidades institucionales del Ministerio de Salud y de otros sectores de la sociedad, para la transformación, desde una perspectiva comunitaria y de derecho, del modelo de atención de Salud Mental, a través de estrategias que garanticen la calidad, accesibilidad y equidad.

Objetivos Específicos	Metas			Indicador	Fuente de Verificación
	Primera Etapa: Mayo 2025- diciembre 2025.	**Segunda Etapa: Enero 2026- diciembre 2026**	**Tercera Etapa: Enero 2027 en adelante**		
1.1. Formalizar la creación de la Dirección de Salud Mental (DSM), mediante la reglamentación de su estructura organizativa y funcional, el plan provincial de SM (PPSM) y el presupuesto anual, en acuerdo a los lineamientos de la LNSM.	1.1.1. DSM creada formalmente a través de la norma legal correspondiente.			1.1.1. Norma Legal sancionada.	1.1.1. Decreto publicado en Boletín Oficial.
	1.1.2.PPSM 2025- 2027, diseñado con participación de autoridades gubernamentales, equipos de salud, especialistas en salud mental, instituciones, organizaciones, grupos sociales y usuarios; refrendado mediante norma legal y publicado.	1.1.2. PPSM 2025- 2027 evaluado y rediseñado anualmente con participación de autoridades gubernamentales, equipos de salud, especialistas en salud mental, instituciones, organizaciones, grupos sociales y usuarios; refrendado mediante norma legal y publicado.		1.1.2.a. Cantidad de reuniones con autoridades, representantes de equipos de salud, especialistas en salud mental, instituciones, organizaciones, grupos sociales y usuarios para la construcción del PPSM/ cantidad de reuniones previstas. .	1.1.2.a. Actas de reuniones con con autoridades, representantes de equipos de salud, especialistas en salud mental, instituciones, organizaciones, grupos sociales y usuarios para la construcción del PPSM
				1.1.2.b. Norma legal de PPSM sancionada.	1.1.2.b. Resolución en Dirección de Despacho Del Ministerio de Salud/Decreto publicado en Boletín Oficial.

				1.1.2.c. Documento anual del PPSM publicado.	1.1.2.c. Publicación de documento del PPSM en Boletín Oficial/SISanJuan.
Objetivos Específicos	**Metas**			**Indicador**	**Fuente de Verificación**
	Primera Etapa: Mayo 2025- diciembre 2025.	**Segunda Etapa: Enero 2026- diciembre 2026**	**Tercera Etapa: Enero 2027 en adelante**		
Continúa 1.1.	1.1.3. DSM con estructuración interna definida (con cargos y personal asignado), incluida formalmente en el organigrama del Ministerio de Salud.	1.1.3. Inclusión de representantes de asociaciones profesionales, entidades académicas, agrupaciones de derechos humanos, de usuarios y familiares en el órgano de revisión.		1.1.3.a. Norma legal de organigrama DSM sancionada.	1.1.3.a. Resolución en Dirección de Despacho Del Ministerio de Salud
				1.1.3.b. Norma legal de Inclusión de DSM en Organigrama del MSSJ sancionada.	1.1.3.b. Resolución en Dirección de Despacho Del Ministerio de Salud
	1.1.4. Conocer la proporción del presupuesto sanitario 2024-2025 destinado a salud mental.	1.1.4. Adecuación progresiva del presupuesto asignado a SM, a la proporción del presupuesto sanitario sugerido por la LNSM.		1.1.4. Porcentaje del presupuesto sanitario, asignado a Salud Mental/Porcentaje sugerido por LNSM	1.1.4. Asignación presupuestaria del Ministerio de Economía Finanzas y Hacienda de la Provincia/ Ley 26.657
1.2. Conformación de una Comisión Provincial de Salud Mental que articule interministerial e intersectorialmente para la formulación de políticas públicas a nivel provincial, incluyendo el	1.2.1. Comisión provincial de SM conformada por representantes del sector público, privado y de la sociedad civil, con reuniones plenarias trimestrales, durante todo el período.			1.2.1.a. Norma legal del Convenio marco para la constitución de la Comisión Provincial de Salud Mental.	1.2.1.a. Registro de convenio Marco en Dirección de Despacho Del Ministerio de Salud.
				1.2.1.b. Cantidad de reuniones plenarias de la Comisión Provincial de Salud Mental, por año/ Cantidad de reuniones previstas.	1.2.1.b. Acta de reuniones plenarias de la Comisión Provincial de Salud Mental.

sector público, privado y de la sociedad civil.		1.2.2. Formulación y desarrollo intersectorial de, al menos, una línea de acción conjunta, como Política Pública Provincial de SM, por período.		1.2.2.Cantidad de líneas de acción sobre problemáticas de Salud Mental, formuladas y desarrolladas intersectorialmente, por año/ Cantidad prevista.	1.2.2. Resoluciones en Dirección de Despacho Del Ministerio de Salud/ Informes de gestión de la Comisión Provincial de Salud Mental.
Objetivos Específicos	**Metas**			**Indicador**	**Fuente de Verificación**
	Primera Etapa: Mayo 2025- diciembre 2025.	**Segunda Etapa: Enero 2026- diciembre 2026**	**Tercera Etapa: Enero 2027 en adelante**		
1.3. Impulsar la conformación y puesta en funcionamiento del Órgano de Revisión de Salud Mental de la provincia, en acuerdo a la Ley N° 26.657.	1.3.1. Órgano de Revisión conformado, con representantes de la Subsecretaría de Derechos Humanos, Ministerio de Seguridad y Justicia, y Ministerio de Salud.	1.3.1. Inclusión de representantes de asociaciones profesionales, entidades académicas, agrupaciones de derechos Humanos, de usuarios y familiares en el Órgano de Revisión.		1.3.1.a. Norma legal de creación del Órgano de Revisión en la provincia.	1.3.1. Registro de norma legal en Digesto Jurídico Provincial y Boletín Oficial.
				1.3.1.b. Designación de integrantes del Órgano de Revisión de la Provincia de San Juan.	1.3.1.b. Resolución en Dirección de Despacho Del Ministerio de Salud./ Registro de norma legal en Digesto Jurídico Provincial y Boletín Oficial.
		1.3.2. Órgano de Revisión Provincial en funcionamiento, con reuniones plenarias trimestrales.		1.3.2. Cantidad de reuniones de trabajo del Órgano de Revisión Provincial, por año.	1.3.2. Actas de reuniones de trabajo del Órgano de Revisión Provincial, por año.
1.4. Diseñar la estructura organizativa y funcional de la red de salud mental, en acuerdo a recomendaciones de Buenas Prácticas en Salud Mental Comunitaria (BPSMC),	1.4.1. Diseño general de la estructura organizativa y funcional de la red de salud mental, en acuerdo a BPSMC y LNSM.			1.4.1. Documento con diseño general de estructura y funcionamiento de la red de salud mental, en acuerdo a la LNSM y BPSMC, aprobado mediante norma legal.	1.4.1. Resolución en Dirección de Despacho Del Ministerio de Salud.

según la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 incluyendo el sector público, privado y de la sociedad civil.					
Objetivos Específicos	**Metas**			**Indicador**	**Fuente de Verificación**
	Primera Etapa: Mayo 2025- diciembre 2025.	**Segunda Etapa: Enero 2026- diciembre 2026**	**Tercera Etapa: Enero 2027 en adelante**		
Continúa 1.4.		1.4.2. Manual BPSMC, elaborado con representantes del sector público, privado y de la sociedad civil.		1.4.2.a. Cantidad de sectores involucrados en el diseño del Manual Provincial de BPSMC/ cantidad prevista.	1.4.2.a. Actas de reuniones para elaboración de manual de BPSMC.
				1.4.2.b. Documento del Manual de BPSMC, aprobado mediante resolución ministerial y publicado.	1.4.2.b. Resolución en Despacho del Ministerio de Salud/publicación en SIS Sanjuan.
		1.4.3. Manual de puestos y funciones para, al menos, el 50% de los perfiles profesionales de la red de salud mental, definidos en acuerdo a BPSMC y LNSM.	1.4.3. Manual de puestos y funciones para el 100% de los perfiles profesionales de la red de salud mental, definidos en acuerdo a BPSMC y LNSM.	1.4.3. Porcentaje de perfiles de salud mental que cuentan con Manual de puestos y funciones, en acuerdo a BPSMC y LNSM.	1.4.3. Resoluciones de Manuales de Puesto y Función, por perfiles de SM, en Dirección de Despacho Del Ministerio de Salud/Listado de perfiles puestos y funciones de salud mental, en DSM.

		1.4.4. Al menos un 30% de la Red de Salud Mental, funcionando en base a recomendaciones del Manual de BPSMC.	1.4.4. Al menos un 60% de la Red de Salud Mental, funcionando en base a recomendaciones del Manual de BPSMC.	1.4.4. Cantidad de instituciones que certifican BPSMC/ cantidad de instituciones que prestan servicios en la red de salud mental.	1.4.4. Listado de instituciones que prestan servicios en la red de salud mental- Informes de evaluación anual de instituciones que prestan servicios en la red SM.
Objetivos Específicos	**Metas**			**Indicador**	**Fuente de Verificación**
	Primera Etapa: Mayo 2025- diciembre 2025.	**Segunda Etapa: Enero 2026- diciembre 2026**	**Tercera Etapa: Enero 2027 en adelante**		
1.5. Conformar el Observatorio de Salud Mental (OSM) con funciones de vigilancia epidemiológica, investigación, divulgación y capacitación.	1.5.1. Inclusión del OSM en el organigrama de la DSM, con roles, funciones y plan de acción definidos.			1.5.1 OSM incluido en el organigrama de la DSM, con roles, funciones y plan de acción definidos.	1.5.1 Resolución en Dirección de Despacho Del Ministerio de Salud.
		1.5.2. Incluir la participación de, al menos, dos (2) especialistas de disciplinas y áreas afines, en el OSM de la DSM.		1.5.2. OSM conformado interdisciplinariamente, a través de la norma legal correspondiente.	1.5.2. Resolución en Despacho del Ministerio de Salud.
			1.5.3. Incluir la progresiva participación de, al menos, dos (2) representantes del intersector, en el OSM de la DSM.	1.5.3. OSM conformado interdisciplinaria e intersectorialmente, a través de la norma legal correspondiente.	1.5.3. Resolución en Despacho del Ministerio de Salud.

1.6. Establecer la Programación bianual de las Líneas de Acción Provinciales en Salud Mental, en acuerdo al análisis de situación de salud mental comunitaria (ASISMC).	1.6.1. Programación bianual de las Líneas de Acción en Salud Mental, diseñadas según ASISMC, formalizada en un documento y socializada en toda la red asistencial.			1.6.1. Documento de Programación 2026-2027.	1.6.1.a. Resolución en Dirección de Despacho Del Ministerio de Salud/ Circular del Ministerio de Salud de San Juan.

EJE II- PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN LA RED DE SALUD MENTAL

Objetivo 2. Garantizar la prestación de servicios de salud mental integrales e integrados, por cursos de vida y con perspectiva comunitaria y de derecho, según las problemáticas prevalentes, los emergentes en salud mental y las características de la población, incluyendo las prestaciones del sector público, privado y de la sociedad civil.

Objetivos Específicos	Metas				
	Primera Etapa: Mayo 2025- Diciembre 2025.	**Segunda Etapa: Enero 2026- diciembre 2026**	**Tercera Etapa: Enero 2027 en adelante**	**Indicador**	**Fuente de Verificación**
2.1. Realizar la programación anual de líneas de acción en la red asistencial, según análisis de situación de salud mental comunitaria (ASISMC) correspondiente; en acuerdo con el Plan Provincial de Salud Mental (PPSM) vigente y el Manual Provincial de Buenas Prácticas en Salud Mental Comunitaria (MNPSMC).	2.1.1 Establecer línea de base para el ASISMC.	2.1.1. ASISMC realizado, por, al menos, el 30% de los efectores de la red asistencial.	2.1.1. ASISMC realizado, por, al menos, el 60% de los efectores de la red asistencial.	2.1.1 Cantidad de Efectores con ASISMC /cantidad de efectores de la red asistencial, por periodo.	2.1.1 Documentos de ASISMC reportados a la DSM por coordinadores y jefes de servicio de la red asistencial, por periodo.
	2.1.2. Establecer línea de base sobre programación vigente en los efectores de la red asistencial.	2.1.2. Programación anual existente en, al menos, el 30% de los efectores de la red asistencial, diseñado según ASISMC correspondiente y en acuerdo al PPSM y MBPSMC.	2.1.2. Programación anual existente en al menos el 60% de los efectores de la red asistencial, diseñado según ASISMC correspondiente y en acuerdo a PPSM y MBPSMC.	2.1.2. Cantidad de efectores con programación según ASISMC, acorde a criterios /Cantidad de efectores de la red asistencial.	2.1.2. Documentos de Programación Anual, reportados a la DSM por coordinadores y jefes de servicio de la red asistencial, por periodo.

Objetivos Específicos	**Metas**			**Indicador**	**Fuente de Verificación**
	Primera Etapa: Mayo 2025- Diciembre 2025.	**Segunda Etapa: Enero 2026- diciembre 2026**	**Tercera Etapa: Enero 2027 en adelante**		
2.2. Ampliar la cobertura local y favorecer la adecuación de las prácticas del Primer Nivel de Atención (PNA) a la perspectiva de SMC y a la Ley Nacional de salud Mental N°26.657, fortaleciendo la participación protagónica de todo el equipo de salud y la comunidad, con énfasis en intervenciones de promoción, prevención y atención de problemáticas prevalentes y/o prioritarias.	2.2.1.Establecer línea de base sobre adecuación en cantidad, perfil y distribución de recursos de salud mental en el Primer Nivel de Atención (PNA).	2.2.1 Fortalecimiento de, al menos, el 30% de los Equipos de Atención Primaria, mediante la redistribución y/o asignación de recursos de salud mental (Psicólogos, psicopedagogos, trabajadores sociales y otros, afines) adecuados, en cantidad, perfil y distribución según ASISM.	2.2.1 Fortalecimiento de, al menos, el 60% de los Equipos de Atención Primaria, mediante la redistribución y/o asignación de recursos de salud mental (Psicólogos, psicopedagogos, trabajadores sociales y otros, afines) adecuados, en cantidad, perfil y distribución según ASISM.	2.2.1. Cantidad de recursos profesionales de salud mental en el PNA/ Cantidad de recursos profesionales necesarios según ASISMC, por periodo.	2.2.1. Documentos de ASISMC reportados por coordinadores zonales, DSM/ Nómina de recursos profesionales por efector, registrada en base de datos de la DIrección de Salud Mental, por periodo.
	2.2.3. Demarcación de línea de base respecto a la atención de problemáticas de Salud Mental prevalentes y prioritarias, en efectores del PNA.	2.2.3. Fortalecimiento del acceso a la atención de condiciones Mentales, Neurológicas y por Consumo de Sustancias, mediante la implementación del Programa MhGAP y MhGAP comunitario en, al menos, el 30% de los efectores del PNA.	2.2.3. Fortalecimiento del acceso a la atención de condiciones Mentales, Neurológicas y por Consumo de Sustancias, mediante la implementación del Programa MhGAP y MhGAP comunitario en, al menos, el 60% de los efectores del PNA.	2.2.3. Cantidad de efectores del PNA que atienden condiciones Mentales, Neurológicas y por Consumo de Sustancias/ Cantidad de efectores del PNA.	2.2.3. Documentos de ASISMC reportados por coordinadores zonales, DSM/Nómina de efectores del PNA inscriptos en REFES- SISA, por periodo.

	2.2.2. Demarcación de línea de base respecto a la adecuación de las prácticas de salud mental en el PNA, a la perspectiva de SMC, prevista por la Ley N°26.657.	2.2.2. Desarrollo de intervenciones de promoción, prevención y atención de problemáticas prevalentes y/o prioritarias, desde una lógica territorial y participativa de SMC, en al menos el 30% de los efectores de l PNA.	2.2.2. Desarrollo de intervenciones de promoción, prevención y atención de problemáticas prevalentes y/o prioritarias, desde una lógica territorial y participativa de SMC, en al menos el 60% de los efectores de l PNA.	2.2.2. Cantidad de efectores del PNA que desarrollan prácticas de SMC / Cantidad de efectores del PNA, por periodo.	2.2.2. Documentos de ASISMC e informes reportados por coordinadores zonales, DSM/Nómina de efectores del PNA inscriptos en REFES- SISA, por periodo.

Objetivos Específicos	**Metas**			**Indicador**	**Fuente de Verificación**
	Primera Etapa: Mayo 2025- Diciembre 2025.	**Segunda Etapa: Enero 2026- diciembre 2026**	**Tercera Etapa: Enero 2027 en adelante**		
2.3. Ampliar la cobertura y profundizar la adecuación de prácticas de SM en el segundo nivel de atención (Hospitales Generales Departamentales- HGD), mediante el desarrollo de programas asistenciales especializados, para problemáticas prevalentes, prioritarias y/o emergentes en salud mental, con enfoque de curso de vida y perspectiva de SMC.	2.3.1. Establecimiento de la línea de base respecto a la adecuación de los recursos profesionales de Salud Mental, en cantidad, perfil y distribución, en el Segundo Nivel de Atención.	2.3.1. Fortalecimiento de, al menos el 30%, de los Hospitales Generales Departamentales, mediante la redistribución y/o asignación de recursos profesionales de salud mental (Psicólogos, psiquiatras, psicopedagogos, trabajadores sociales, acompañantes terapéuticos y otros afines) necesarios según ASISMC.	2.3.1. Fortalecimiento de, al menos el 60%, de los Hospitales Generales Departamentales, mediante la redistribución y/o asignación de recursos profesionales de salud mental (Psicólogos, psiquiatras, psicopedagogos, trabajadores sociales, acompañantes terapéuticos y otros afines) necesarios según ASISMC.	2.3.1. Cantidad de Hospitales Generales Departamentales con recursos profesionales de SM, acordes en cantidad y perfil/Cantidad de hospitales generales departamentales.	2.3.1. Documentos de ASISMC reportados por coordinadores zonales de salud mental/ Nómina de profesionales designados en Hospitales Generales Departamentales, registrada en base de datos de la Dirección de salud Mental/ Listado de hospitales generales departamentales en REFES-SISA.
	2.3.2. Establecimiento de línea de base respecto a la organización y	2.3.2. Conformación, en el 30% de los HGD, de un Servicio, Unidad o Área	2.3.2. Conformación, en el 60% de los HGD, de un Servicio, Unidad o Área	2.3.2.a. Cantidad de efectores HGD con Servicio, Unidad o Área	2.3.2.a. Resolución en Dirección de Despacho del MS/ Listado de hospitales

	funcionamiento de los equipos de salud mental en Hospitales Generales departamentales, de segundo nivel.	interdisciplinaria de SM, que desarrolla programas asistenciales especializados, para problemáticas prevalentes, prioritarias y/o emergentes en salud mental, con enfoque de curso de vida y perspectiva de SMC.	interdisciplinaria de SM, que desarrolla programas asistenciales especializados, para problemáticas prevalentes, prioritarias y/o emergentes en salud mental, con enfoque de curso de vida y perspectiva de SMC.	interdisciplinaria de Salud Mental, establecidos mediante norma legal/ Cantidad de hospitales de segundo nivel.	generales departamentales en REFES-SISA.
Objetivos Específicos	**Metas**			**Indicador**	**Fuente de Verificación**
	Primera Etapa: Mayo 2025- Diciembre 2025.	**Segunda Etapa: Enero 2026- diciembre 2026**	**Tercera Etapa: Enero 2027 en adelante**		
continúa 2.3.				2.3.2.b. Cantidad de efectores HGD que desarrollan programas asistenciales especializados, para problemáticas prevalentes, prioritarias y/o emergentes en SM, con enfoque de curso de vida y perspectiva de SMC./ Cantidad de HGD.	2.3.2.b. Documentos de ASISMC e informes reportados por coordinadores zonales, DSM/ Listado de hospitales generales departamentales en REFES-SISA.
	2.3.3. Establecimiento de línea de base respecto a la atención de urgencias y demanda espontánea de salud mental en el segundo nivel de atención.	2.3.3. Atención de urgencias y demanda espontánea en SM, garantizando la continuidad de los cuidados, en el 30% de los efectores de segundo nivel.	2.3.3. Atención de urgencias y demanda espontánea en SM, garantizando la continuidad de los cuidados, en el 60% de los efectores de segundo nivel.	2.3.3. Cantidad de efectores de segundo nivel, con dispositivos interdisciplinarios de atención de urgencias y demanda espontánea en salud mental, orientados a garantizar la continuidad de los cuidados/cantidad de efectores de segundo nivel.	2.3.3. Documentos de ASISMC reportados por coordinadores zonales de SM/ Nómina de profesionales asignados equipos de atención de urgencias y demanda espontánea registrada en DSM/ Listado de hospitales generales departamentales en

					REFES-SISA.
	2.3.4. Establecimiento de línea de base, respecto a prácticas de atención y cuidado, durante procesos de internación-externación por motivos de salud mental.	2.3.4. Desarrollo de prácticas de atención y cuidado desde una lógica de SMC, durante procesos de internación - externación por motivos de SM, en el 30% de los HGD.	2.3.4. Desarrollo de prácticas de atención y cuidado desde una lógica de SMC, durante procesos de internación - externación por motivos de SM, en el 60% de los HGD.	2.3.4. Cantidad de equipos interdisciplinarios que aplican lógica de SMC durante la internación - externación por motivos de SM/Cantidad de equipos de HGD.	2.3.4. Informes de coordinadores zonales de SM/Listado de Hospitales Generales Departamentales, REFES-SISA.

Objetivos Específicos	**Metas**			**Indicador**	**Fuente de Verificación**
	Primera Etapa: Mayo 2025- Diciembre 2025.	**Segunda Etapa: Enero 2026- diciembre 2026**	**Tercera Etapa: Enero 2027 en adelante**		
2.4. Fortalecer la cobertura y adecuación de prácticas de SM en el tercer nivel de atención (Hospitales Descentralizados, Centros Terapéuticos Especializados y Equipos de Apoyo Territorial en Salud Mental), mediante el desarrollo de programas asistenciales para la gestión de casos	2.4.1. Establecimiento de la línea de base respecto a adecuación de recursos de Salud Mental, en el tercer nivel de atención.	2.4.1. Fortalecimiento de, al menos el 30%, de los efectores de tercer nivel mediante la redistribución y/o asignación de recursos profesionales de salud mental, necesarios Según ASISMC.	2.4.1. Fortalecimiento de, al menos el 60%, de los efectores de tercer nivel mediante la redistribución y/o asignación de recursos profesionales de salud mental, necesarios Según ASISMC.	2.4.1. Cantidad de recursos profesionales de salud mental en el tercer nivel de atención/ Cantidad de recursos profesionales necesarios según ASISMC, por periodo.	2.4.1. Documentos de ASISMC reportados por Jefes de Servicio, coordinadores de Centros Especializados/ Nómina de recursos profesionales por efector, registrada en base de datos de la Dirección de Salud Mental, por periodo.

complejos, con perspectiva de SMC.	2.4.2. Establecimiento de línea de base respecto a la atención de problemáticas psicosociales y de salud mental, en servicios de urgencias del tercer nivel de atención.		2.4.2. Equipos interdisciplinarios de salud, fortalecidos para la atención de problemáticas psicosociales y de salud mental en servicios de urgencias, garantizando la continuidad de los cuidados, en al menos el 50% de los Hospitales Generales Descentralizados.	2.4.2. Cantidad de Hospitales Generales Descentralizados, con dispositivos interdisciplinarios de atención de problemáticas psicosociales y de salud mental, orientados a garantizar la continuidad de los cuidados/cantidad de Hospitales generales descentralizados.	2.4.2. . Documentos de ASISMC reportados por Jefes de Servicios de SM/ Nómina de profesionales asignados equipos de atención de urgencias en Hospitales Generales descentralizados registrada en DSM/ Listado de hospitales generales descentralizados en REFES-SISA.
Objetivos Específicos	**Metas**			**Indicador**	**Fuente de Verificación**
	Primera Etapa: Mayo 2025- Diciembre 2025.	**Segunda Etapa: Enero 2026- diciembre 2026**	**Tercera Etapa: Enero 2027 en adelante**		
continúa 2.4.	2.4.3 Establecimiento de línea de base, respecto a prácticas de atención y cuidado, durante procesos de internación-externación por motivos de salud mental, en Hospitales Generales Descentralizados.		2.4.3. Desarrollo de prácticas de atención y cuidado desde una lógica de SMC, durante procesos de internación -externación por motivos de SM, en el 50% de los HG Descentralizados.	2.4.3. Cantidad de Hospitales Generales Descentralizados, que aplican lógica de SMC durante la internación -externación por motivos de SM/Cantidad de Hospitales Generales Descentralizados, por periodo	2.4.3. Informes de Jefes de Servicio de SM/ Listado de Hospitales Generales Descentralizados, REFES-SISA.

	2.4.4. Establecimiento de línea de base sobre efectores de tercer nivel que desarrollan programas de atención especializada de problemáticas críticas y de comorbilidad, con perspectiva de SMC.	2.4.4. Programas de atención especializada de problemáticas críticas y de comorbilidad, con perspectiva de SMC, en al menos el 30% de los efectores de tercer nivel.	2.4.4. Programas de atención especializada de problemáticas críticas y de comorbilidad, con perspectiva de SMC, en al menos el 60% de los efectores de tercer nivel.	2.4.4. Cantidad de efectores de tercer nivel. que desarrollan Programas de atención especializada de problemáticas críticas y de comorbilidad, con perspectiva de SMC/ Cantidad de efectores de tercer nivel, por periodo.	2.4.4. Informes de Coordinadores de Centros Especializados y Jefes de Servicio de SM presentados a la DSM/ Listado de Hospitales Generales Descentralizados y Centros Especializados, registrados en REFES-SISA.
Objetivos Específicos	**Metas**			**Indicador**	**Fuente de Verificación**
	Primera Etapa: Mayo 2025- Diciembre 2025.	**Segunda Etapa: Enero 2026- diciembre 2026**	**Tercera Etapa: Enero 2027 en adelante**		
2.5. Ampliar la red de atención de SM a través de la creación y/o fortalecimiento de dispositivos intermedios y sistemas de apoyo en la atención ambulatoria de los padecimientos mentales y emergentes en salud mental, con recursos adecuados en cantidad, perfil y distribución, con prácticas adecuadas a los	2.5.1. Establecimiento de línea de base respecto a dispositivos intermedios y sistemas de apoyo, que brindan atención ambulatoria de los padecimientos mentales y emergentes en salud mental, por departamento.	2.5.1. Al menos un dispositivo intermedio y/o sistema de apoyo en la atención ambulatoria de los padecimientos mentales y emergentes en salud mental, creados y/o fortalecidos, en al menos el 30% de los departamentos, según necesidades y recursos locales.	2.5.1. Al menos un dispositivo intermedio y/o sistema de apoyo en la atención ambulatoria de los padecimientos mentales y emergentes en salud mental, creados y/o fortalecidos, en al menos el 60% de los departamentos, según necesidades y recursos locales.	2.5.1. Total de dispositivos intermedios y/o sistemas de apoyo, por departamento/ Total de departamentos.	2.5.1. Resolución en Dirección de Despacho del Ministerio de Salud/Listado de Dispositivos intermedios y/o sistemas de apoyo, registrados en REFES-SISA.

lineamientos de la Ley de Salud Mental N°26.657.					
	2.5.2. Establecimiento de la línea de base respecto a adecuación de recursos de Salud Mental, en dispositivos intermedios y/o sistemas de apoyo.	2.5.2. Fortalecimiento de, al menos el 30%, de los dispositivos intermedios y/o sistemas de apoyo, mediante la redistribución y/o asignación de recursos profesionales de salud mental, necesarios Según ASISMC.	2.5.2. Fortalecimiento de, al menos el 60%, de los dispositivos intermedios y/o sistemas de apoyo, mediante la redistribución y/o asignación de recursos profesionales de salud mental, necesarios Según ASISMC.	2.5.2. Cantidad de recursos profesionales de salud mental en dispositivos intermedios y/o sistemas de apoyo./ Cantidad de recursos profesionales necesarios según ASISMC, por periodo.	2.5.2.. Documentos de ASISMC reportados por coordinadores de dispositivos intermedios y/o sistemas de apoyo/ Nómina de recursos profesionales por efector, registrada en base de datos de la Dirección de Salud Mental, por periodo.
Objetivos Específicos	**Metas**			**Indicador**	**Fuente de Verificación**
	Primera Etapa: Mayo 2025- Diciembre 2025.	**Segunda Etapa: Enero 2026- diciembre 2026**	**Tercera Etapa: Enero 2027 en adelante**		

Continúa 2.5.	2.5.3. Establecimiento de línea de base respecto a la adecuación de las prácticas de dispositivos intermedios y sistemas de apoyo, a la perspectiva de SMC.	2.5.3. Programas intersectoriales de atención ambulatoria de los padecimientos mentales y emergentes en salud mental, adecuados a la perspectiva de SMC, en el 30% de los dispositivos intermedios y sistemas de apoyo provinciales.	2.5.3. Programas de atención ambulatoria de los padecimientos mentales y emergentes en salud mental, adecuados a la perspectiva de SMC, en el 30% de los dispositivos intermedios y sistemas de apoyo provinciales.	2.5.3. Total de dispositivos intermedios y/o sistemas de apoyo, que desarrollan programas adecuados a la perspectiva de SMC/ Total de dispositivos intermedios y/o sistemas de apoyo provinciales.	2.5.3. Informes de Coordinadores de dispositivos intermedios y/o sistemas de apoyo/ Listado de dispositivos intermedios y/o sistemas de apoyo, registrados en REFES-SISA.
2.6. Ampliar el acceso a la atención mediante la incorporación de prestaciones de tele consulta, de diversa complejidad.	2.6.1. Establecimiento de línea de base respecto a prestaciones de teleconsulta de diversa complejidad.		2.6.1. Creación de al menos una modalidad de acceso a prestaciones de teleconsulta en salud mental, en un 30% de los efectores de la red asistencial.	2.6.1. Total de efectores que cuentan con recursos de teleconsulta en salud mental/ Total de efectores de la red asistencial.	2.6.1. Resolución en Dirección de Despacho del Ministerio de Salud de la Provincia/Total de efectores de salud registrados en REFES-SISA.
Objetivos Específicos	**Metas**			**Indicador**	**Fuente de Verificación**
	Primera Etapa: Mayo 2025- Diciembre 2025.	**Segunda Etapa: Enero 2026- diciembre 2026**	**Tercera Etapa: Enero 2027 en adelante**		

2.7. Implementar acciones directas e indirectas para la protección de la Salud Mental de grupos en situación de mayor vulnerabilidad antes, durante y después de la ocurrencia de emergencias y/o desastres y otros emergentes de SM.	2.7.1. Establecimiento de la línea de base respecto a acciones directas e indirectas para la protección de la Salud Mental de grupos en situación de mayor vulnerabilidad antes, durante y después de la ocurrencia de emergencias y/o desastres y otros emergentes de SM.	2.7.1. Actualización del Plan de contingencia para la atención de grupos en situación de mayor vulnerabilidad antes, durante y después de la ocurrencia de emergencias y/o desastres, u otros emergentes de SM; por efector, departamentos y zonas sanitarias, por periodo.		2.7.1. Plan de contingencia para la atención de grupos en situación de mayor vulnerabilidad antes, durante y después de la ocurrencia de emergencias y/o desastres, u otros emergentes de SM; actualizado.	2.7.1. Resolución en Dirección de Despacho del Ministerio de Salud de la Provincia.
	2.7.2. Establecimiento de línea de base respecto al plan de contingencia provincial, para el apoyo a equipos de salud y primera línea en situaciones de emergencias y/o desastres u otros emergentes de SM.	2.7.1. Actualización del Plan de contingencia para el apoyo a equipos de salud y primera línea en situaciones de emergencias y/o desastres u otros emergentes de SM, por periodo.		2.7.1. Documento del Plan de contingencia para el apoyo a equipos de salud y primera línea en situaciones de emergencias y/o desastres u otros emergentes de SM, por periodo.	2.7.1. Resolución en Dirección de Despacho del Ministerio de Salud de la Provincia.
Objetivos Específicos	**Metas**			**Indicador**	**Fuente de Verificación**
	Primera Etapa: Mayo 2025- Diciembre 2025.	**Segunda Etapa: Enero 2026- diciembre 2026**	**Tercera Etapa: Enero 2027 en adelante**		

	2.7.3. Establecimiento de línea de base respecto al Programa Provincial de Prevención del Suicidio.	2.7.3. Actualización del Programa Provincial de Prevención del Suicidio, con acciones integradas e integrales, en acuerdo a la perspectiva de SMC, por periodo.		2.7.1. Documento del Programa Provincial de Prevención del Suicidio, con acciones integradas e integrales, en acuerdo a la perspectiva de SMC, por periodo.	2.7.1. Resolución en Dirección de Despacho del Ministerio de Salud de la Provincia.
2.8. Generar y/o fortalecer sistemas de articulación y apoyo en la tarea, tendientes a garantizar tanto la continuidad de los cuidados, la calidad del servicio, como el cuidado de la salud del recurso humano.	2.8. Establecimiento de la línea de base en relación a espacios de articulación, formación, supervisión y apoyo en la tarea, de modalidad presencial y/o remota, en toda la red asistencial.	2.8. Espacios de articulación, formación, supervisión y apoyo en la tarea, de modalidad presencial y/o remota, funcionando en el 30% de la red asistencial.	2.8. Espacios de articulación, formación, supervisión y apoyo en la tarea, de modalidad presencial y/o remota, funcionando en el 60% de la red asistencial.	2.8. cantidad de espacios de articulación, formación, supervisión y apoyo en la tarea, de modalidad presencial y/o remota, funcionando en toda la red asistencial creados.	2.8. Informes de Coordinadores Zonales, de Centros Especializados y Jefes de Servicios/ Resolución en Dirección de Despacho del Ministerio de Salud.

III. COMUNICACIÓN SOCIO COMUNITARIA EN SALUD MENTAL

Objetivo 3. Diseñar e implementar acciones de sensibilización y comunicación socio- comunitaria en Salud Mental, con enfoque territorial y perspectiva de derechos.

Objetivos Específicos	Metas			Indicador	Fuente de Verificaciòn
	Primera Etapa: Mayo 2025- diciembre 2025.	**Segunda Etapa: Enero 2026- diciembre 2026**	**Tercera Etapa: Enero 2027 en adelante**		
3.1. Establecer un Plan Anual de Comunicación Social y Comunitaria en Salud Mental.	3.1.1. Establecer la línea de base respecto a acciones de comunicación social y comunitaria en Salud Mental, antecedentes y actuales.	3.1.1. Plan Anual de Comunicación Social y Comunitaria en Salud Mental, aprobado.		3.1.1. Documento del Plan Anual de Comunicación Social y Comunitaria en Salud Mental.	3.1.1 Resolución en Dirección de Despacho Ministerio de Salud.
	3.1.2. Establecer línea de base respecto a espacios de comunicación en medios gráficos, televisivos, radiales y/o digitales, antecedentes y actuales.	3.1.2. Espacios de comunicación sobre Salud Mental en medios gráficos, televisivos, radiales y/o digitales, instalados como parte del plan comunicacional.		3.1.2. Cantidad de espacios de comunicación instalados en medios gráficos, televisivos, radiales y/o digitales.	3.1.2.a. Resolución de Acuerdos marco en Dirección de Despacho Ministerio de Salud. 3.1.2.b. Banco de experiencias en Salud Mental.

	3.1.3. Establecer la línea de base respecto a campañas de difusión/sensibilización , antecedentes y actuales.	3.1.3. Realizar al menos una campaña de difusión/sensibilización sobre la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y temáticas de salud mental, para la población general.		3.1.3.Cantidad de campañas de difusión/sensibilización implementadas.	3.1.3.a. Resolución en Dirección de Despacho Ministerio de Salud. 3.1.3.b. Banco de experiencias en Salud Mental.
Objetivos Específicos	**Metas**			**Indicador**	**Fuente de Verificación**
	Primera Etapa: Mayo 2025- diciembre 2025.	**Segunda Etapa: Enero 2026- diciembre 2026**	**Tercera Etapa: Enero 2027 en adelante**		
3.2. Contribuir a líneas de acción en educación para la salud, destinada a la población general, desde estrategias de comunicación comunitaria.	3.2.1 Establecer línea de base respecto a Estrategias de comunicación comunitarias incluidas en líneas de educación para la salud, antecedentes y actuales.	3.2.1. Construir al menos tres estrategias de comunicación comunitarias incluidas en líneas de educación para la salud.		3.2.1 Cantidad de Estrategias de comunicación comunitarias incluidas en líneas de educación para la salud	3.2.1.a. Resolución en Dirección de Despacho Ministerio de Salud. 3.2.1.b. Banco de experiencias en Salud Mental.
3.3. Sensibilizar sobre comunicación responsable en el tratamiento de temas de Salud Mental destinada a las y los trabajadores del campo de la	3.3.1. Establecer línea de base respecto a capacitaciones sobre comunicación responsable, antecedentes y actuales.	3.3.1. Desarrollar al menos una capacitación anual a Trabajadores del campo de la comunicación y actores no convencionales para el tratamiento		3.3.1. Total de capacitaciones desarrolladas, por año.	3.3.1.a. Resolución en Dirección de Despacho Ministerio de Salud. 3.3.2.b. Planillas de asistencia a encuentros de capacitación/ Certificaciones de aprobación de cursos.

comunicación y actores no convencionales.		responsable de temas de SM.			
3.4. Propiciar la creación de un banco de materiales, prácticas y experiencias territoriales en comunicación basadas en el modelo de la SMC.			3.4.1. Banco de materiales, prácticas y experiencias, conformado.	3.4.1. Sitio web habilitado como Banco de materiales, prácticas y experiencias territoriales en comunicación basadas en el modelo de la SMC.	3.4.1.a. Resolución en Dirección de Despacho Ministerio de Salud. 3.2.2b. Link de acceso a Banco de materiales, prácticas y experiencias territoriales.

IV. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA E INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL

Objetivo 4. Desarrollar e implementar un sistema de información, vigilancia epidemiológica e investigación orientado a la toma de decisiones y la producción de conocimientos en materia de políticas públicas en SMC.

Objetivos específicos	Metas			Indicador	Fuente de verificación
	Primera Etapa: Mayo 2025-diciembre 2025.	**Segunda Etapa: Enero 2026-diciembre 2026**	**Tercera Etapa: Enero 2027 en adelante**		
4.1. Desarrollar un sistema de información y vigilancia epidemiológica en salud mental.	4.1.1. Plan de Análisis de Salud Mental Comunitaria (ASISMC) provincial diseñado, con niveles de complejidad e integración crecientes (locales, departamentales, zonales, provinciales).			4.1.1. Documento del Plan de Análisis de Salud Mental Comunitaria (ASISMC), aprobado por norma legal correspondiente.	4.1.1. Resolución en Dirección de Despacho Ministerio de Salud.
		4.1.2. Actualización anual del Análisis de Salud Mental Comunitaria (ASISMC).		4.1.2. Documento de ASISMC provincial, aprobado por norma legal correspondiente.	4.1.2. Resolución en Dirección de Despacho Ministerio de Salud.

Objetivos específicos	Metas			Indicador	Fuente de verificación
	Primera Etapa: Mayo 2025-diciembre 2025.	**Segunda Etapa: Enero 2026-diciembre 2026**	**Tercera Etapa: Enero 2027 en adelante**		
continúa 4.1.	4.1.3. Realizar aportes para la innovación y mejora de los sistemas de Historia Clínica Digital y Registro Estadísticos actuales, acordes a los lineamientos del PPSM.	4.1.3. Sistema de Historia Clínica Digital y Registro Estadístico, unificados y adecuados al PPSM		4.1.3. Documento con aportes para la innovación y mejora de los sistemas de Historia Clínica Digital y Registro Estadísticos actuales, acordes a los lineamientos del PPSM.	4.1.3. Resolución en Dirección de Despacho Ministerio de Salud.
		4.1.4. Coordinar con el área de soporte técnico de sistemas, al menos una capacitación para administrativos y profesionales, en el uso óptimo de los sistemas de registros.		4.1.4.Total de capacitaciones realizadas en el periodo.	4.1.4. Planillas de registro de asistencia de la DSM:
		4.1.5. Desarrollar un plan de monitoreo, evaluación y seguimiento de las consultas e internaciones por motivos de Salud Mental, formalizado en un documento, con actualización anual.		4.4.5. Informe de monitoreo, evaluación y seguimiento, aprobado por norma legal, por año.	4.4.5. Expediente en Dirección de Despacho Ministerio de Salud.

Objetivos específicos	Metas			Indicador	Fuente de verificación
	Primera Etapa: Mayo 2025- diciembre 2025.	Segunda Etapa: Enero 2026- diciembre 2026	Tercera Etapa: Enero 2027 en adelante		
continúa 4.1.		4.1.6. Implementar un Plan de monitoreo, evaluación y seguimiento de dispositivos de cuidado, acompañamiento, asistencia y prácticas en Salud Mental, formalizado en un documento, de actualización anual.		4.1.6. Informe de monitoreo, evaluación y seguimiento, aprobado por norma legal, por año.	4.1.6. Expediente en Dirección de Despacho Ministerio de Salud.
		4.1.7. Realizar la sistematización de, al menos una práctica de SMC, por Área Programática, Hospitales Descentralizados, Dispositivos intermedios y Centros Especializados, formalizado en un documento de acceso público.		4.1.7. Documento de sistematización de prácticas, publicado.	4.1.7. Expediente en Dirección de Despacho Ministerio de Salud.
4.2. Impulsar y jerarquizar el componente Salud Mental en los programas de investigación del Ministerio de Salud de la provincia y otros organismos.	4.21.. Delimitar la línea de base respecto a Proyectos de investigación del Ministerio de Salud con componentes de SM.	4.2.1. Implementar un Proyecto de investigación del Ministerio de Salud de la provincia con componentes de SM, por periodo.	4.2.1. Implementar un Proyecto de investigación del Ministerio de Salud de la provincia y otros organismos con componentes de SM, en el periodo.	4.2.1. Total de Proyectos de investigación del Ministerio de Salud con componentes de SM, implementado, por período.	4.2.1. Registro Nacional de Investigaciones en Salud (RENIS). Sistema información en Salud de Argentina (SISA).

Objetivos específicos	Metas			Indicador	Fuente de verificación
	Primera Etapa: Mayo 2025- diciembre 2025.	Segunda Etapa: Enero 2026- diciembre 2026	Tercera Etapa: Enero 2027 en adelante		
			4.2.2. Desarrollar al menos un proyecto de Investigación en SMC, con perspectiva participativa y base territorial.	4.2.2 Total de Proyectos de Investigación en SMC con perspectiva participativa y base territorial Implementado.	4.2.2. Registro Nacional de Investigaciones en Salud (RENIS). Sistema información en Salud de Argentina (SISA).

V. CAPACITACIÓN Y DOCENCIA.

Objetivo 5: Garantizar la formación en Salud Mental Comunitaria de las y los trabajadores del campo de la salud, equipos de salud de otros sectores y actores no convencionales.

Objetivos Específicos	Metas			Indicadores	Fuente de Verificación
	Primera Etapa: Mayo 2025- diciembre 2025.	**Segunda Etapa: Enero 2026- diciembre 2026**	**Tercera Etapa: Enero 2027 en adelante**		
5.1 Diseñar y desarrollar trayectos formativos en Salud Mental Comunitaria en acuerdo con Asociaciones Profesionales, Ministerio de Salud de la Nación, Universidades Nacionales y Organismos Internacionales	5.1.1. Establecer línea de base, trayectos formativos en Salud Mental en acuerdo con Asociaciones Profesionales, Ministerio de Salud de la Nación, Universidades Nacionales y Organismos Internacionales	5.1.1. Realizar al menos un acuerdo con Asociaciones Profesionales, Ministerio de Salud de la Nación, Universidades Nacionales y/u Organismos Internacionales, para implementar trayectos formativos en SMC, por periodo.		5.1.1 Total de acuerdos realizados, por periodo.	5.1.1 Resolución de actas convenios, en Dirección de Despacho del Ministerio de Salud.
5.2 Promover la formación continua y la capacitación en servicio de trabajadores de las de Salud Mental, acorde a problemáticas críticas, prevalentes y emergentes, según cursos de vida y desde la perspectiva en SMC.		5.2.1. Capacitar al menos al 60% de los Profesionales de Salud Mental en Salud Mental Comunitaria.		5.2.1 Total de profesionales capacitados/Total de profesionales de la red asistencial.	5.2.1.a. Planilla de asistencia a encuentros de capacitación. 5.2.1.b. Certificaciones emitidas por autoridad pertinente.

Objetivos Específicos	Metas			Indicadores	Fuente de Verificación
	Primera Etapa: Mayo 2025- diciembre 2025.	**Segunda Etapa: Enero 2026- diciembre 2026**	**Tercera Etapa: Enero 2027 en adelante**		
5.3 Implementar la capacitación en la Guía MhGAP (OPS- OMS) y Herramientas de MhGAP comunitario, dirigidas al personal de salud y actores no convencionales, para identificar e intervenir de manera temprana, sobre los padecimientos mentales.	5.3.1. Establecer línea de base, capacitación en la Guía MhGAP (OPS- OMS) y Herramientas de MhGAP comunitario, dirigidas al personal de salud y actores no convencionales, para identificar e intervenir de manera temprana, sobre los padecimientos mentales.	5.3.1. Capacitar al menos al 30% del personal de salud en la Guía MhGAP y Herramientas de MhGAP comunitario.	5.3.1. Capacitar al menos al 60% del personal de salud en la Guía MhGAP y Herramientas de MhGAP comunitario.	5.3.1 Total de personal de salud capacitados en la guía Mhgap y herramientas de MhGap comunitario/Total personal de la red asistencial.	5.3.1.a. Planilla de asistencia a encuentros de capacitación. 5.3.1.b. Certificaciones emitidas por autoridad pertinente.
		5.3.2. Capacitar al menos 100 actores no convencionales de salud, en Herramientas de MhGAP comunitario, por periodo.		5.3.2. Total de agentes no convencionales de salud, capacitados en herramientas de MhGap comunitario, por periodo.	5.3.2.a. Planilla de asistencia a encuentros de capacitación. 5.3.2.b. Certificaciones emitidas por autoridad pertinente.
5.4. Impulsar la formación/actualización en el abordaje de las crisis en SM, para equipos de salud que asisten las urgencias en domicilio, espacios institucionales y/o vía pública.		5.4.1. Desarrollar al menos un Plan de formación/Actualización en abordaje de crisis en SM; para equipos de salud que asisten las urgencias en domicilio, espacios institucionales		5.4.1 Cantidad de Planes de formación/actualización para equipos de salud que asisten las urgencias en domicilio, espacios institucionales y/o vía	5.4.1.a. Planilla de asistencia a encuentros de capacitación. 5.4.1.b. Certificaciones emitidas por autoridad pertinente.

		y/o vía pública, por periodo.		pública, implementados por periodo.	
Objetivos Específicos	**Metas**			**Indicadores**	**Fuente de Verificación**
	Primera Etapa: Mayo 2025- diciembre 2025.	**Segunda Etapa: Enero 2026- diciembre 2026**	**Tercera Etapa: Enero 2027 en adelante**		
5.5. Promover el desarrollo y/o fortalecimiento de espacios de supervisión y/o sistema de apoyo remoto, tanto para prácticas asistenciales como de promoción y prevención.	5.5.1. Establecer línea de base respecto a espacios de supervisión y/o sistema de apoyo remoto, tanto para prácticas asistenciales como de promoción y prevención.	5.5.1. Implementar al menos un espacio de supervisión y/o sistema de apoyo remoto por Zona sanitaria, Hospitales Descentralizados, Dispositivos intermedios y Centros Especializados.		5.5.1 Total de espacios de supervisión y sistemas de apoyo, implementados/. espacios de supervisión y sistemas de apoyo, previstos.	5.5.1.a. Actas de reunión de la Dirección de Salud Mental. 5.5.1.b. Informes de coordinadores zonales, jefes de servicio, coordinadores de dispositivos intermedio y Centros Especializados.
5.6. Fortalecer la perspectiva comunitaria de las Residencias en Salud Mental.	5.6.1. Establecer línea de base respecto a la perspectiva comunitaria de las Residencias en Salud Mental.	5.6.1. Residencias en salud mental (Psicología clínica, psiquiatría, RISAM) con programas y prácticas orientadas desde la perspectiva de Salud Mental Comunitaria.		5.6.1 Cantidad de residencias de salud mental orientadas desde la perspectiva de Salud Mental Comunitaria/ Total de residencias de salud mental.	5.6.1. Planes de estudio de las residencias de Salud Mental. División de Residencias Médicas. Ministerio de Salud de San Juan.

5.7. Incluir componentes de salud mental en las distintas Residencias del Ministerio de Salud, a través de seminarios, cursos, ateneos, conversatorios y/o grupos de reflexión	5.7.1. Establecer línea de base sobre abordaje de componentes de salud mental en las distintas Residencias del Ministerio de Salud	5.7.1. Que al menos el 30% de las Residencias del Ministerio de Salud incluyan componentes de Salud Mental como parte de sus programas y prácticas formativas.		5.7.1 Cantidad de residencias que incluyen componentes de Salud Mental/total de residencias del Ministerio de Salud Provincial.	5.7.1. Planes de estudio de las residencias de Salud Mental. División de Residencias Médicas. Ministerio de Salud de San Juan.
Objetivos Específicos	**Metas**			**Indicadores**	**Fuente de Verificación**
	Primera Etapa: Mayo 2025-diciembre 2025.	**Segunda Etapa: Enero 2026-diciembre 2026**	**Tercera Etapa: Enero 2027 en adelante**		
5.8. Promover el desarrollo de programas de formación de grado y extensión universitaria vinculados a SMC.	5.8.1. Establecer línea de base sobre el desarrollo de programas de formación de grado y extensión universitaria vinculados a SMC.		5.8.1. Realizar convenios, con al menos una entidad de Educación Terciaria o Universitaria, para el desarrollo de propuestas de formación en SMC, durante el periodo.	5.8.1 Cantidad de convenios celebrados con entidades de Educación Terciaria o Universitaria, para el desarrollo de propuestas de formación en SMC, durante el periodo.	5.8.1 Resolución en Dirección de Despacho Ministerio de Salud.
			5.8.2. Colaborar en el desarrollo de al menos un proyecto de extensión comunitaria, en conjunto con entidades de Educación Terciaria y Universitaria, en el periodo.	5.8.2. Cantidad de convenios celebrados con entidades de Educación Terciaria o Universitaria, para el desarrollo de proyectos de extensión comunitaria, durante el periodo.	5.8.2. Resolución en Dirección de Despacho Ministerio de Salud.

5.9. Actualizar la capacitación en Salud Mental Comunitaria, de organismos públicos, fuerzas de seguridad, equipos técnicos judiciales y agentes de intervención social no convencionales en general.	5.9.1. Establecer la línea de base, respecto a capacitación en Salud Mental Comunitaria, de organismos públicos, fuerzas de seguridad, equipos técnicos judiciales y agentes de intervención social no convencionales en general.	5.9.1. Desarrollar al menos un Programa de capacitación y actualización en SMC, por periodo.		5.9.1 Total de Programas de capacitación y actualización en SMC.	5.9.1.a. Resolución de acuerdos interministeriales, en DIrección de Despacho del Ministerio de Salud. 5.9.1.b. Certificados de capacitación emitidos.

ABREVIATURAS Y GLOSARIO:

ASISMC: Análisis de Situación de Salud Mental Comunitaria. Amplía y especifica el Análisis de Situación de Salud (ASIS) integrando componentes de salud mental comunitaria.

CAPS: Centro de Atención Primaria de la Salud.

CIC o CICs: Centro o Centros de Integración Comunitaria.

Condiciones MNS: en el contexto de la estrategia MhGAP (OPS- OMS), refiere a condiciones Mentales, Neurológicas y por consumo de Sustancias prioritarias en Atención Primaria.

DSM: Dirección de Salud Mental de la provincia de San Juan.

LNSM: Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

MHGAP: (**Mental Health Gap Action Programme)** Sigla en inglés que identifica el programa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que tiene como objetivo mejorar el acceso a los servicios de salud mental. El programa proporciona herramientas y guías prácticas para ayudar a los profesionales de la salud, no especialistas en salud mental, a identificar y manejar los trastornos mentales prioritarios. Tiene un componente clínico (Guía MhGAP 2.0) y un componente comunitario (Herramientas de MhGAP para usar en la comunidad), entre otros.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PNSMyCM: Plan Nacional de Salud Mental y Consumos Problemáticos 2023-2027. Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos. Ministerio de Salud de la Nación.

PPSM: Plan Provincial de Salud Mental 2024- 2027. Dirección de Salud Mental. Ministerio de Salud de San Juan.

SM: Salud Mental.

SMC: Salud Mental Comunitaria.

Área Programática: El Ministerio de Salud de San Juan organiza la prestación de los servicios de salud en diecinueve (19) Áreas Programáticas, que coinciden con los departamentos municipales.

(BPSMC) Buenas prácticas en Salud Mental Comunitaria : a los efectos del presente documento se consideran buenas prácticas en Salud Mental Comunitaria iniciativas que: 1) estén dirigidas al desarrollo de redes comunitarias; b) constituyan aportes innovadores en los distintos niveles de atención, desde un modelo comunitario; c) contribuyan a resolver situaciones problemáticas que dieron origen a dichas prácticas; d) cuenten con un cúmulo suficiente de evidencias sobre los resultados logrados; e) generen impacto positivo en las personas usuarias de la misma.

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. (PNSM)

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 sustitutivos 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.

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 Nº 603/2013 de la Ley Nacional Nº 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”.

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.

Zonas Sanitarias: El Ministerio de Salud de San Juan organiza la prestación de servicios en cinco (5) Zonas Sanitarias, las cuales agrupan las diferentes Áreas Programáticas. Zona Sanitaria I (Capital, Chimbas, 9 de Julio, Santa Lucía); Zona Sanitaria II (Angaco, Caucete, San Martín, 25 de mayo, Valle Fértil); Zona Sanitaria III (Albardón, Calingasta, Iglesia); Zona Sanitaria IV (Rivadavia, Ullum, Zonda); Zona Sanitaria V (Pocito, Rawson, Sarmiento).

LEY 26.657

SALUD PUBLICA

Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones Complementarias. Derógase la Ley Nº 22.914

HONORABLE CONGRESO DE LA NACION
Sancionada: 25 de Noviembre de 2010
Promulgada: 02 de Diciembre de 2010
Publicada en el Boletín Oficial el 03 de Diciembre de 2010

Fuente: Infoleg (http://infoleg.mecon.gov.ar)
Página del documento:
http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm
09 de Agosto de 2012

Ministerio Público de la Defensa

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

Ley:

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

Capítulo I

Derechos y garantías

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

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

Capítulo II

Definición

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

Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas.

En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

a) Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso;

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

c) Elección o identidad sexual;

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

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

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

Capítulo III

Ambito de aplicación

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

Capítulo IV

Derechos de las personas con padecimiento mental

ARTICULO 7° — El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;

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

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

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

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

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

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

h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión;

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

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

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

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

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

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

o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados;

p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

Capítulo V

Modalidad de abordaje

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

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

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

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

ARTICULO 11. — La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

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

Capítulo VI

Del equipo interdisciplinario

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

Capítulo VII

Internaciones

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

ARTICULO 15. — La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.

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

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

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

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

ARTICULO 17. — En los casos en que la persona no estuviese acompañada por familiares o se desconociese su identidad, la institución que realiza la internación, en colaboración con los organismos públicos que correspondan, debe realizar las averiguaciones tendientes a conseguir datos de los familiares o lazos afectivos que la persona tuviese o indicase, o esclarecer su identidad, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible. La institución debe brindar colaboración a los requerimientos de información que solicite el órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

ARTICULO 18. — La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de SESENTA (60) días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al órgano de revisión creado en el artículo 38 y al juez. El juez debe evaluar, en un plazo no mayor de CINCO (5) días de ser notificado, si la internación continúa teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria, con los requisitos y

garantías establecidos para esta última situación. En caso de que la prolongación de la internación fuese por problemáticas de orden social, el juez deberá ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos y la externación a la mayor brevedad posible, comunicando dicha situación al órgano de revisión creado por esta ley.

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

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

a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra;

b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento;

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

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

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

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

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

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

ARTICULO 22. — La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento. El juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento.

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

artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal.

ARTICULO 24. — Habiendo autorizado la internación involuntaria, el juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a TREINTA (30) días corridos a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación.

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

ARTICULO 25. — Transcurridos los primeros SIETE (7) días en el caso de internaciones involuntarias, el juez, dará parte al órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

ARTICULO 26. — En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los artículos 20, 21, 22, 23, 24 y 25 de la presente ley. En el caso de niños, niñas y adolescentes, además se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos.

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

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

ARTICULO 29. — A los efectos de garantizar los derechos humanos de las personas en su relación con los servicios de salud mental, los integrantes, profesionales y no profesionales del equipo de salud son responsables de informar al órgano de revisión creado por la presente ley y al juez competente, sobre cualquier sospecha de irregularidad que implicara un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento o limitación indebida de su autonomía. La sola comunicación a un superior jerárquico dentro de la institución no relevará al equipo de salud de tal responsabilidad si la situación irregular persistiera. Dicho procedimiento se podrá realizar bajo reserva de identidad y contará con las garantías debidas del resguardo a su fuente laboral y no será considerado como violación al secreto profesional.

Debe promoverse la difusión y el conocimiento de los principios, derechos y garantías reconocidos y las responsabilidades establecidas en la presente ley a todos los integrantes de los equipos de salud, dentro de un lapso de NOVENTA (90) días de la sanción de la presente ley, y al momento del ingreso de cada uno de los trabajadores al sistema.

Capítulo VIII

Derivaciones

ARTICULO 30. — Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar. Los traslados deben efectuarse con acompañante del entorno familiar o afectivo de la persona. Si se trata de derivaciones con internación, debe procederse del modo establecido en el Capítulo VII de la

presente ley. Tanto el servicio o institución de procedencia como el servicio o institución de destino, están obligados a informar dicha derivación al Organo de Revisión, cuando no hubiese consentimiento de la persona.

Capítulo IX

Autoridad de Aplicación

ARTICULO 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.

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

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

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

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

ARTICULO 36. — La Autoridad de Aplicación, en coordinación con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental. Dichos planes, así como todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

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

Capítulo X

Organo de Revisión

ARTICULO 38. — Créase en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa el Organo de Revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.

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

ARTICULO 40. — Son funciones del Organo de Revisión:

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

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

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

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

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

f) Requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares;

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

h) Realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación;

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

j) Promover y colaborar para la creación de órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, sosteniendo espacios de intercambio, capacitación y coordinación, a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones;

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

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

Capítulo XI

Convenios de cooperación con las provincias

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

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

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

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

Capítulo XII

Disposiciones complementarias

ARTICULO 42. — Incorpórase como artículo 152 ter del Código Civil:

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

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

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

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

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

ARTICULO 44. — Derógase la Ley 22.914.

ARTICULO 45. — La presente ley es de orden público.

ARTICULO 46. — Comuníquese al Poder Ejecutivo Nacional.

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

— REGISTRADA BAJO EL Nº 26.657 —

JULIO C. C. COBOS. — EDUARDO A. FELLNER. — Enrique Hidalgo. — Juan H. Estrada.

Ley 26.378

Fecha de Publicación: B.O. 09/06/2008.

Sancionada: Mayo 21 de 2008

Promulgada: Junio 6 de 2008

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

ARTICULO 1º — Apruébase la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo,** aprobados mediante resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas A/ RES/ 61/ 106, el día 13 de diciembre de 2006. Ambos instrumentos jurídicos forman parte del presente como “Anexo 1” y “Anexo 2” respectivamente.

ARTICULO 2º — Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTIUN DIAS DEL MES DE MAYO DEL AÑO DOS MIL OCHO.

— REGISTRADO BAJO EL Nº 26.378 —

EDUARDO A. FELLNER. — JULIO CESAR C. COBOS. — Enrique Hidalgo. — Juan H. Estrada.

Naciones Unidas A/RES/61/106
Asamblea General Distr. General
24 de enero de 2007
Sexagésimo primer período de sesiones
Tema 67 b) del programa
Resolución aprobada por la Asamblea General 61/106.

CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

La Asamblea General, Recordando su resolución 56/168, de 19 de diciembre de 2001, por la que decidió establecer un comité especial, abierto a la participación de todos los Estados Miembros y observadores de las Naciones Unidas para que examinase las propuestas relativas a una convención internacional amplia e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad, sobre la base de un enfoque holístico de la labor realizada en las esferas del desarrollo social, los derechos humanos y la 2 no discriminación y teniendo en cuenta las recomendaciones de la Comisión de Derechos Humanos y de la Comisión de Desarrollo Social, Recordando también sus resoluciones anteriores pertinentes, la última de las cuales

es la resolución 60/232, de 23 de diciembre de 2005, así como las resoluciones pertinentes de la Comisión de Desarrollo Social y la Comisión de Derechos Humanos,
Acogiendo con agrado las importantes contribuciones que han hecho las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales y las instituciones nacionales de derechos humanos a la labor del Comité Especial,

1. Expresa su reconocimiento al Comité Especial por haber concluido la elaboración de los proyectos de Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y de Protocolo Facultativo de esa Convención;

2. Aprueba la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y el Protocolo Facultativo de la Convención que figuran en el anexo de la presente resolución, que estarán abiertos a la firma en la Sede de las Naciones Unidas, en Nueva York, a partir del 30 de marzo de 2007;

3. Exhorta a los Estados a que consideren la posibilidad de firmar y ratificar la Convención y el Protocolo Facultativo como cuestión prioritaria y expresa la esperanza de que entren en vigor en breve;

4. Pide al Secretario General que proporcione el personal y las instalaciones necesarios para el eficaz cumplimiento de las funciones de la Conferencia de los Estados Partes y el Comité previstos en la Convención y el Protocolo Facultativo después de la entrada en vigor de la Convención, así como para la difusión de información sobre la Convención y el Protocolo Facultativo;

5. Pide también al Secretario General que aplique progresivamente normas y directrices sobre la accesibilidad de las instalaciones y los servicios del sistema de las Naciones Unidas, teniendo en cuenta las disposiciones pertinentes de la Convención, en particular cuando se hagan trabajos de renovación;

6. Pide a los organismos y organizaciones de las Naciones Unidas que tomen medidas para difundir información sobre la Convención y el Protocolo Facultativo y promover su comprensión, e invita a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales a que hagan otro tanto;

7. Pide al Secretario General que le presente, en su sexagésimo segundo período de sesiones, un informe relativo a la situación de la Convención y el Protocolo Facultativo y la aplicación de la presente resolución, en relación con el subtema titulado “Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad”.

76a sesión plenaria
13 de diciembre de 2006

Anexo I

Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad

Preámbulo

Los Estados Partes en la presente Convención,

a) Recordando los principios de la Carta de las Naciones Unidas que proclaman que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad y el valor inherentes y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana,

b) Reconociendo que las Naciones Unidas, en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en los Pactos Internacionales de Derechos Humanos, han reconocido y proclamado que toda persona tiene los derechos y libertades enunciados en esos instrumentos, sin distinción de ninguna índole,

c) Reafirmando la universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, así como la necesidad de garantizar que las personas con discapacidad los ejerzan plenamente y sin discriminación,

d) Recordando el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares,

e) Reconociendo que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás, f) Reconociendo la importancia que revisten los principios y las directrices de política que figuran en el Programa de Acción Mundial para los Impedidos y en las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad como factor en la promoción, la formulación y la evaluación de normas, planes, programas y medidas a nivel nacional, regional e internacional destinados a dar una mayor igualdad de oportunidades a las personas con discapacidad,

g) Destacando la importancia de incorporar las cuestiones relativas a la discapacidad como parte integrante de las estrategias pertinentes de desarrollo sostenible,

h) Reconociendo también que la discriminación contra cualquier persona por razón de su discapacidad constituye una vulneración de la dignidad y el valor inherentes del ser humano,

i) Reconociendo además la diversidad de las personas con discapacidad,

j) Reconociendo la necesidad de promover y proteger los derechos humanos de todas las personas con discapacidad, incluidas aquellas que necesitan un apoyo más intenso,

k) Observando con preocupación que, pese a estos diversos instrumentos y actividades, las personas con discapacidad siguen encontrando barreras para participar en igualdad de condiciones con las demás en la vida social y que se siguen vulnerando sus derechos humanos en todas las partes del mundo,

l) Reconociendo la importancia de la cooperación internacional para mejorar las condiciones de vida de las personas con discapacidad en todos los países, en particular en los países en desarrollo,

m) Reconociendo el valor de las contribuciones que realizan y pueden realizar las personas con discapacidad al bienestar general y a la diversidad de sus comunidades, y que la promoción del pleno goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales por las personas con discapacidad y de su plena participación tendrán como resultado un mayor sentido de pertenencia de estas personas y avances significativos en el desarrollo económico, social y humano de la sociedad y en la erradicación de la pobreza,

n) Reconociendo la importancia que para las personas con discapacidad reviste su autonomía e independencia individual, incluida la libertad de tomar sus propias decisiones,

o) Considerando que las personas con discapacidad deben tener la oportunidad de participar activamente en los procesos de adopción de decisiones sobre políticas y programas, incluidos los que les afectan directamente,

p) Preocupados por la difícil situación en que se encuentran las personas con discapacidad que son víctimas de múltiples o agravadas formas de discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional, étnico, indígena o social, patrimonio, nacimiento, edad o cualquier otra condición,

q) Reconociendo que las mujeres y las niñas con discapacidad suelen estar expuestas a un riesgo mayor, dentro y fuera del hogar, de violencia, lesiones o abuso, abandono o trato negligente, malos tratos o explotación,

r) Reconociendo también que los niños y las niñas con discapacidad deben gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas, y recordando las obligaciones que a este respecto asumieron los Estados Partes en la Convención sobre los Derechos del Niño,

s) Subrayando la necesidad de incorporar una perspectiva de género en todas las actividades destinadas a promover el pleno goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales por las personas con discapacidad,

t) Destacando el hecho de que la mayoría de las personas con discapacidad viven en condiciones de pobreza y reconociendo, a este respecto, la necesidad fundamental de mitigar los efectos negativos de la pobreza en las personas con discapacidad,

u) Teniendo presente que, para lograr la plena protección de las personas con discapacidad, en particular durante los conflictos armados y la ocupación extranjera, es indispensable que se den condiciones de paz y seguridad basadas en el pleno respeto de los propósitos y principios de la Carta de las Naciones Unidas y se respeten los instrumentos vigentes en materia de derechos humanos,

v) Reconociendo la importancia de la accesibilidad al entorno físico, social, económico y cultural, a la salud y la educación y a la información y las comunicaciones, para que las personas con discapacidad puedan gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales,

w) Conscientes de que las personas, que tienen obligaciones respecto a otras personas y a la comunidad a la que pertenecen, tienen la responsabilidad de procurar, por todos los medios, que se promuevan y respeten los derechos reconocidos en la Carta Internacional de Derechos Humanos,

x) Convencidos de que la familia es la unidad colectiva natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a recibir protección de ésta y del Estado, y de que las personas con discapacidad y sus familiares deben recibir la protección y la asistencia necesarias para que las familias puedan contribuir a que las personas con discapacidad gocen de sus derechos plenamente y en igualdad de condiciones,

y) Convencidos de que una convención internacional amplia e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad contribuirá significativamente a paliar la profunda desventaja social de las personas con discapacidad y promoverá su participación, con igualdad de oportunidades, en los ámbitos civil, político, económico, social y cultural, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados,

Convienen en lo siguiente:

Artículo 1º

Propósito

El propósito de la presente Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas,

mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Artículo 2º

Definiciones

A los fines de la presente Convención:

La “comunicación” incluirá los lenguajes, la visualización de textos, el Braille, la comunicación táctil, los macrotipos, los dispositivos multimedia de fácil acceso, así como el lenguaje escrito, los sistemas auditivos, el lenguaje sencillo, los medios de voz digitalizada y otros modos, medios y formatos aumentativos o alternativos de comunicación, incluida la tecnología de la información y las comunicaciones de fácil acceso; Por “lenguaje” se entenderá tanto el lenguaje oral como la lengua de señas y otras formas de comunicación no verbal;

Por “discriminación por motivos de discapacidad” se entenderá cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo.

Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables;

Por “ajustes razonables” se entenderán las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales;

Por “diseño universal” se entenderá el diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado. El “diseño universal” no excluirá las ayudas técnicas para grupos particulares de personas con discapacidad, cuando se necesiten.

Artículo 3º

Principios generales

Los principios de la presente Convención serán:

a) El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;

b) La no discriminación;

c) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;

d) El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;

e) La igualdad de oportunidades;

f) La accesibilidad;

g) La igualdad entre el hombre y la mujer;

h) El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

Artículo 4º

Obligaciones generales

1. Los Estados Partes se comprometen a asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad. A tal fin, los Estados Partes se comprometen a:

a) Adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean pertinentes para hacer efectivos los derechos reconocidos en la presente Convención;

b) Tomar todas las medidas pertinentes, incluidas medidas legislativas, para modificar o derogar leyes, reglamentos, costumbres y prácticas existentes que constituyan discriminación contra las personas con discapacidad;

c) Tener en cuenta, en todas las políticas y todos los programas, la protección y promoción de los derechos humanos de las personas con discapacidad;

d) Abstenerse de actos o prácticas que sean incompatibles con la presente Convención y velar por que las autoridades e instituciones públicas actúen conforme a lo dispuesto en ella;

e) Tomar todas las medidas pertinentes para que ninguna persona, organización o empresa privada discrimine por motivos de discapacidad;

f) Emprender o promover la investigación y el desarrollo de bienes, servicios, equipo e instalaciones de diseño universal, con arreglo a la definición del artículo 2 de la presente Convención, que requieran la menor adaptación posible y el menor costo para satisfacer las necesidades específicas de las personas con discapacidad,

promover su disponibilidad y uso, y promover el diseño, universal en la elaboración de normas y directrices;

g) Emprender o promover la investigación y el desarrollo, y promover la disponibilidad y el uso de nuevas tecnologías, incluidas las tecnologías de la información y las comunicaciones, ayudas para la movilidad, dispositivos técnicos y tecnologías de apoyo adecuadas para las personas con discapacidad, dando prioridad a las de precio asequible;

h) Proporcionar información que sea accesible para las personas con discapacidad sobre ayudas a la movilidad, dispositivos técnicos y tecnologías de apoyo, incluidas nuevas tecnologías, así como otras formas de asistencia y servicios e instalaciones de apoyo;

i) Promover la formación de los profesionales y el personal que trabajan con personas con discapacidad respecto de los derechos reconocidos en la presente Convención, a fin de prestar mejor la asistencia y los servicios garantizados por esos derechos.

2. Con respecto a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas hasta el máximo de sus recursos disponibles y, cuando sea necesario, en el marco de la cooperación internacional, para lograr, de manera progresiva, el pleno ejercicio de estos derechos, sin perjuicio de las obligaciones previstas en la presente Convención que sean aplicables de inmediato en virtud del derecho internacional.

3. En la elaboración y aplicación de legislación y políticas para hacer efectiva la presente Convención, y en otros procesos de adopción de decisiones sobre cuestiones relacionadas con las personas con discapacidad, los Estados Partes celebrarán consultas estrechas y colaborarán activamente con las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan.

4. Nada de lo dispuesto en la presente Convención afectará a las disposiciones que puedan facilitar, en mayor medida, el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad y que puedan figurar en la legislación de un Estado Parte o en el derecho internacional en vigor en dicho Estado.
No se restringirán ni derogarán ninguno de los derechos humanos y las libertades fundamentales reconocidos o existentes en los Estados Partes en la presente Convención de conformidad con la ley, las convenciones y los convenios, los reglamentos o la costumbre con el pretexto de que en la presente Convención no se reconocen esos derechos o libertades o se reconocen en menor medida.

5. Las disposiciones de la presente Convención se aplicarán a todas las partes de los Estados federales sin limitaciones ni excepciones.

Artículo 5º

Igualdad y no discriminación

1. Los Estados Partes reconocen que todas las personas son iguales ante la ley y en virtud de ella y que tienen derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en igual medida sin discriminación alguna.

2. Los Estados Partes prohibirán toda discriminación por motivos de discapacidad y garantizarán a todas las personas con discapacidad protección legal igual y efectiva contra la discriminación por cualquier motivo.

3. A fin de promover la igualdad y eliminar la discriminación, los Estados Partes adoptarán todas las medidas pertinentes para asegurar la realización de ajustes razonables.

4. No se considerarán discriminatorias, en virtud de la presente Convención, las medidas específicas que sean necesarias para acelerar o lograr la igualdad de hecho de las personas con discapacidad.

Artículo 6º

Mujeres con discapacidad

1. Los Estados Partes reconocen que las mujeres y niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación y, a ese respecto, adoptarán medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes para asegurar el pleno desarrollo, adelanto y potenciación de la mujer, con el propósito de garantizarle el ejercicio y goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales establecidos en la presente Convención.

Artículo 7º

Niños y niñas con discapacidad

1. Los Estados Partes tomarán todas las medidas necesarias para asegurar que todos los niños y las niñas con discapacidad gocen plenamente de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas.

2. En todas las actividades relacionadas con los niños y las niñas con discapacidad, una consideración primordial será la protección del interés superior del niño.

3. Los Estados Partes garantizarán que los niños y las niñas con discapacidad tengan derecho a expresar su opinión libremente sobre todas las cuestiones que les afecten, opinión, que recibirá la debida consideración teniendo en cuenta su edad y madurez, en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas, y a recibir asistencia apropiada con arreglo a su discapacidad y edad para poder ejercer ese derecho.

Artículo 8º

Toma de conciencia

1. Los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas inmediatas, efectivas y pertinentes para:

a) Sensibilizar a la sociedad, incluso a nivel familiar, para que tome mayor conciencia respecto de las personas con discapacidad y fomentar el respeto de los derechos y la dignidad de estas personas;

b) Luchar contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas respecto de las personas con discapacidad, incluidos los que se basan en el género o la edad, en todos los ámbitos de la vida;

c) Promover la toma de conciencia respecto de las capacidades y aportaciones de las personas con discapacidad.

2. Las medidas a este fin incluyen:

a) Poner en marcha y mantener campañas efectivas de sensibilización pública destinadas a:

i) Fomentar actitudes receptivas respecto de los derechos de las personas con discapacidad;
ii) Promover percepciones positivas y una mayor conciencia social respecto de las personas con discapacidad;
iii) Promover el reconocimiento de las capacidades, los méritos y las habilidades de las personas con discapacidad y de sus aportaciones en relación con el lugar de trabajo y el mercado laboral;

b) Fomentar en todos los niveles del sistema educativo, incluso entre todos los niños y las niñas desde una edad temprana, una actitud de respeto de los derechos de las personas con discapacidad;

c) Alentar a todos los órganos de los medios de comunicación a que difundan una imagen de las personas con discapacidad que sea compatible con el propósito de la presente Convención;

d) Promover programas de formación sobre sensibilización que tengan en cuenta a las personas con discapacidad y los derechos de estas personas.

Artículo 9º

Accesibilidad

1. A fin de que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, los Estados Partes adoptarán medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales. Estas medidas, que incluirán la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso, se aplicarán, entre otras cosas, a:

a) Los edificios, las vías públicas, el transporte y otras instalaciones exteriores e interiores como escuelas, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo;

b) Los servicios de información, comunicaciones y de otro tipo, incluidos los servicios electrónicos y de emergencia.

2. Los Estados Partes también adoptarán las medidas pertinentes para:

a) Desarrollar, promulgar y supervisar la aplicación de normas mínimas y directrices sobre la accesibilidad de las instalaciones y los servicios abiertos al público o de uso público;

b) Asegurar que las entidades privadas que proporcionan instalaciones y servicios abiertos al público o de uso público tengan en cuenta todos los aspectos de su accesibilidad para las personas con discapacidad;

c) Ofrecer formación a todas las personas involucradas en los problemas de accesibilidad a que se enfrentan las personas con discapacidad;

d) Dotar a los edificios y otras instalaciones abiertas al público de señalización en Braille y en formatos de fácil lectura y comprensión;

e) Ofrecer formas de asistencia humana o animal e intermediarios, incluidos guías, lectores e intérpretes profesionales de la lengua de señas, para facilitar el acceso a edificios y otras instalaciones abiertas al público;

f) Promover otras formas adecuadas de asistencia y apoyo a las personas con discapacidad para asegurar su acceso a la información;

g) Promover el acceso de las personas con discapacidad a los nuevos sistemas y

tecnologías de la información y las comunicaciones, incluida Internet;

h) Promover el diseño, el desarrollo, la producción y la distribución de sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones accesibles en una etapa temprana, a fin de que estos sistemas y tecnologías sean accesibles al menor costo.

Artículo 10

Derecho a la vida

Los Estados Partes reafirman el derecho inherente a la vida de todos los seres humanos y adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar el goce efectivo de ese derecho por las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.

Artículo 11

Situaciones de riesgo y emergencias humanitarias

Los Estados Partes adoptarán, en virtud de las responsabilidades que les corresponden con arreglo al derecho internacional, y en concreto el derecho internacional humanitario y el derecho internacional de los derechos humanos, todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad y la protección de las personas con discapacidad en situaciones de riesgo, incluidas situaciones de conflicto armado, emergencias humanitarias y desastres naturales.

Artículo 12

Igual reconocimiento como persona ante la ley

1. Los Estados Partes reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica.

2. Los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida.

3. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica:

4. Los Estados Partes asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos. Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto

posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial. Las salvaguardias serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de las personas.

5. Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente artículo, los Estados Partes tomarán todas las medidas que sean pertinentes y efectivas para garantizar el derecho de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a ser propietarias y heredar bienes, controlar sus propios asuntos económicos y tener acceso en igualdad de condiciones a préstamos bancarios, hipotecas y otras modalidades de crédito financiero, y velarán porque las personas con discapacidad no sean privadas de sus bienes de manera arbitraria.

Artículo 13

Acceso a la justicia

1. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad tengan acceso a la justicia en igualdad de condiciones con las demás, incluso mediante ajustes de procedimiento y adecuados a la edad, para facilitar el desempeño de las funciones efectivas de esas personas como participantes directos e indirectos, incluida la declaración como testigos, en todos los procedimientos judiciales, con inclusión de la etapa de investigación y otras etapas preliminares.

2. A fin de asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso efectivo a la justicia, los Estados Partes promoverán la capacitación adecuada de los que trabajan en la administración de justicia, incluido el personal policial y penitenciario.

Artículo 14
Libertad y seguridad de la persona

1. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás:

a) Disfruten del derecho a la libertad y seguridad de la persona;
b) No se vean privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente y que cualquier privación de libertad sea de conformidad con la ley, y que la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de la libertad.

2. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad que se vean privadas de su libertad en razón de un proceso tengan, en igualdad de condiciones con las demás, derecho a garantías de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos y a ser tratadas de conformidad con los objetivos y principios de la presente Convención, incluida la realización de ajustes razonables.

Artículo 15
Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes

1. Ninguna persona será sometida a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido a experimentos médicos o científicos sin su libre consentimiento.

2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, judicial o de otra índole que sean efectivas para evitar que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, sean sometidas a torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Artículo 16
Protección contra la explotación, la violencia y el abuso

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, social, educativo y de otra índole que sean pertinentes para proteger a las personas con discapacidad, tanto en el seno del hogar como fuera de él, contra todas las formas de explotación, violencia y abuso, incluidos los aspectos relacionados con el género.

2. Los Estados Partes también adoptarán todas las medidas pertinentes para impedir cualquier forma de explotación, violencia y abuso asegurando, entre otras cosas, que existan formas adecuadas de asistencia y apoyo que tengan en cuenta el género y la edad para las personas con discapacidad y sus familiares y cuidadores, incluso proporcionando información y educación sobre la manera de prevenir, reconocer y denunciar los casos de explotación, violencia y abuso. Los Estados Partes asegurarán que los servicios de protección, tengan en cuenta la edad, el género y la discapacidad.

3. A fin de impedir que se produzcan casos de explotación, violencia y abuso, los Estados Partes asegurarán que todos los servicios y programas diseñados para servir a las personas con discapacidad sean supervisados efectivamente por autoridades independientes.

4. Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes para promover la recuperación física, cognitiva y psicológica, la rehabilitación y la reintegración social de las personas con discapacidad que sean víctimas de cualquier forma de explotación, violencia o abuso, incluso mediante la prestación de servicios de protección. Dicha recuperación e integración tendrán lugar en un entorno que sea favorable para la salud, el bienestar, la autoestima, la dignidad y la autonomía de la persona y que tenga en cuenta las necesidades específicas del género y la edad.

5. Los Estados Partes adoptarán legislación y políticas efectivas, incluidas legislación y políticas centradas en la mujer y en la infancia, para asegurar que los casos de explotación, violencia y abuso contra personas con discapacidad sean detectados, investigados y, en su caso, juzgados.

Artículo 17
Protección de la integridad personal
Toda persona con discapacidad tiene derecho a que se respete su integridad física y mental en igualdad de condiciones con las demás.

Artículo 18
Libertad de desplazamiento y nacionalidad

1. Los Estados Partes reconocerán el derecho de las personas con discapacidad a la libertad de desplazamiento, a la libertad para elegir su residencia y a una nacionalidad, en igualdad de condiciones con las demás, incluso asegurando que las personas con discapacidad:

a) Tengan derecho a adquirir y cambiar una nacionalidad y a no ser privadas de la suya de manera arbitraria o por motivos de discapacidad;

b) No sean privadas, por motivos de discapacidad, de su capacidad para obtener, poseer y utilizar documentación relativa a su nacionalidad u otra documentación de identificación, o para utilizar procedimientos pertinentes, como el procedimiento de inmigración, que puedan ser necesarios para facilitar el ejercicio del derecho a la libertad de desplazamiento;

c) Tengan libertad para salir de cualquier país, incluido el propio;

d) No se vean privadas, arbitrariamente o por motivos de discapacidad, del derecho a entrar en su propio país.

2. Los niños y las niñas con discapacidad serán inscritos inmediatamente después de su nacimiento y tendrán desde el nacimiento derecho a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y ser atendidos por ellos.

Artículo 19
Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad
11
Los Estados Partes en la presente Convención reconocen el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad, asegurando en especial que:

a) Las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico;

b) Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta;

c) Las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición, en igualdad de condiciones, de las personas con discapacidad y tengan en cuenta sus necesidades.

Artículo 20
Movilidad personal

Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas para asegurar que las personas con discapacidad gocen de movilidad personal con la mayor independencia posible, entre ellas:

a) Facilitar la movilidad personal de las personas con discapacidad en la forma y en el momento que deseen a un costo asequible;

b) Facilitar el acceso de las personas con discapacidad a formas de asistencia humana o animal e intermediarios, tecnologías de apoyo, dispositivos técnicos y ayudas para la movilidad de calidad, incluso poniéndolos a su disposición a un costo asequible;

c) Ofrecer a las personas, con discapacidad y al personal especializado que trabaje con estas personas capacitación en habilidades relacionadas con la movilidad;
d) Alentar a las entidades que fabrican ayudas para la movilidad, dispositivos y tecnologías de apoyo a que tengan en cuenta todos los aspectos de la movilidad de las personas con discapacidad.

Artículo 21
Libertad de expresión y de opinión y acceso a la información
Los Estados Partes adoptarán todas las medidas pertinentes para que las personas con discapacidad puedan ejercer el derecho a la libertad de expresión y opinión, incluida, la libertad de recabar, recibir y facilitar información e ideas en igualdad de condiciones con las demás y mediante cualquier forma de comunicación que elijan con arreglo a la definición del artículo 2 de la presente Convención, entre ellas:

a) Facilitar las personas con discapacidad información dirigida al público en general, de manera oportuna y sin costo adicional, en formatos accesibles y con las tecnologías adecuadas a los diferentes tipos de discapacidad;

b) Aceptar y facilitar la utilización de la lengua de señas, el Braille, los modos, medios, y formatos aumentativos y alternativos de comunicación y todos los demás modos, medios y formatos de comunicación accesibles que elijan las personas con discapacidad en sus relaciones oficiales;

c) Alentar a las entidades privadas que presten servicios al público en general, incluso mediante Internet, a que proporcionen información y servicios en formatos que las personas con discapacidad puedan utilizar y a los que tengan acceso;

d) Alentar a los medios de comunicación, incluidos los que suministran información a través de Internet, a que hagan que sus servicios sean accesibles para las personas con discapacidad;

e) Reconocer y promover la utilización de lenguas de señas.

Artículo 22
12
Respeto de la privacidad

1. Ninguna persona con discapacidad, independientemente de cuál sea su lugar de residencia o su modalidad de convivencia, será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, familia, hogar, correspondencia o cualquier otro tipo de comunicación, o de agresiones ilícitas contra su honor y su reputación. Las personas con discapacidad tendrán derecho a ser protegidas por la ley frente a dichas injerencias o agresiones.

2. Los Estados Partes protegerán la privacidad de la información personal y relativa a la salud y a la rehabilitación de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.

Artículo 23
Respeto del hogar y de la familia

1. Los Estados Partes tomarán medidas efectivas y pertinentes para poner fin a la discriminación contra las personas con discapacidad en todas las cuestiones relacionadas con el matrimonio, la familia, la paternidad y las relaciones personales, y lograr que las personas con discapacidad estén en igualdad de condiciones con las demás, a fin de asegurar que:

a) Se reconozca el derecho de todas las personas con discapacidad en edad de contraer matrimonio, a casarse y fundar una familia sobre la base del consentimiento libre y pleno de los futuros cónyuges;

b) Se respete el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos;

c) Las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas, mantengan su fertilidad, en igualdad de condiciones con las demás.

2. Los Estados Partes garantizarán los derechos y obligaciones de las personas con discapacidad en lo que respecta a la custodia, la tutela, la guarda, la adopción de niños o instituciones similares, cuando esos conceptos se recojan en la legislación nacional; en todos los casos se velará al máximo por el interés superior del niño. Los Estados Partes prestarán la asistencia apropiada a las personas con discapacidad para el desempeño de sus responsabilidades en la crianza de los hijos.

3. Los Estados Partes asegurarán que los niños y las niñas con discapacidad tengan los mismos derechos con respecto a la vida en familia. Para hacer efectivos estos derechos, y a fin de prevenir la ocultación, el abandono, la negligencia y la segregación de los niños y las niñas con discapacidad, los Estados Partes velarán por

que se proporcione con anticipación información, servicios y apoyo generales a los menores con discapacidad y a sus familias.

4. Los Estados Partes asegurarán que los niños y las niñas no sean separados de sus padres contra su voluntad, salvo cuando las autoridades competentes, con sujeción a un examen judicial, determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que esa separación es necesaria en el interés superior del niño. En ningún caso se separará a un menor de sus padres en razón de una discapacidad del menor, de ambos padres o de uno de ellos.

5. Los Estados Partes harán todo lo posible, cuando la familia inmediata no pueda cuidar de un niño con discapacidad, por proporcionar atención alternativa dentro de la familia extensa y, de no ser esto posible, dentro de la comunidad en un entorno familiar.

Artículo 24
Educación
1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la educación.
13
Con miras a hacer efectivo este derecho sin discriminación y sobre la base de la igualdad de oportunidades, los Estados Partes asegurarán un sistema de educación inclusivo a todos los niveles así como la enseñanza a lo largo de la vida, con miras a:

a) Desarrollar plenamente el potencial humano y el sentido de la dignidad y la autoestima y reforzar el respeto por los derechos humanos, las libertades fundamentales y la diversidad humana;

b) Desarrollar al máximo la personalidad, los talentos y la creatividad de las personas con discapacidad, así como sus aptitudes mentales y físicas;

c) Hacer posible que las personas con discapacidad participen de manera efectiva en una sociedad libre.

2. Al hacer efectivo este derecho, los Estados Partes asegurarán que:

a) Las personas con discapacidad no queden excluidas del sistema general de educación por motivos de discapacidad, y que los niños y las niñas con discapacidad no queden excluidos de la enseñanza primaria gratuita y obligatoria ni de la enseñanza secundaria por motivos de discapacidad;

b) Las personas con discapacidad puedan acceder a una educación primaria y secundaria inclusiva, de calidad y gratuita, en igualdad de condiciones con las demás, en la comunidad en que vivan;

c) Se hagan ajustes razonables en función de las necesidades individuales;

d) Se preste el apoyo necesario a las personas con discapacidad, en el marco del sistema general de educación, para facilitar su formación efectiva;

e) Se faciliten medidas de apoyo personalizadas y efectivas en entornos que fomenten al máximo el desarrollo académico y social, de conformidad con el objetivo de la plena inclusión.

3. Los Estados Partes brindarán a las personas con discapacidad la posibilidad de aprender habilidades para la vida y desarrollo social, a fin de propiciar su participación plena y en igualdad de condiciones en la educación y como miembros de la comunidad. A este fin, los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes, entre ellas:

a) Facilitar el aprendizaje del Braille, la escritura alternativa, otros modos, medios y formatos de comunicación aumentativos o alternativos y habilidades de orientación y de movilidad, así como la tutoría y el apoyo entre pares;

b) Facilitar el aprendizaje de la lengua de señas y la promoción de la identidad lingüística de las personas sordas;

c) Asegurar que la educación de las personas, y en particular los niños y las niñas ciegos, sordos o sordociegos se imparta en los lenguajes y los modos y medios de comunicación más apropiados para cada persona y en entornos que permitan alcanzar su máximo desarrollo académico y social.

4. A fin de contribuir a hacer efectivo este derecho, los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para emplear a maestros, incluidos maestros con discapacidad, que estén cualificados en lengua de señas o Braille y para formar a profesionales y personal que trabajen en todos los niveles educativos. Esa formación incluirá la toma de conciencia sobre la discapacidad y el uso de modos, medios y formatos de comunicación aumentativos y alternativos apropiados, y de técnicas y materiales educativos para apoyar a las personas con discapacidad.

5. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad tengan acceso general a la educación superior, la formación profesional, la educación para adultos y el aprendizaje durante toda la vida sin discriminación y en igualdad de condiciones con las demás. A tal fin, los Estados Partes asegurarán que se realicen ajustes razonables para las personas con discapacidad.

Artículo 25
Salud
Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes:

a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;

b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;

c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;

d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;

e) Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable;

f) Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.

Artículo 26

Habilitación y rehabilitación

1. Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales, de forma que esos servicios y programas:

a) Comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona;

b) Apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad, sean voluntarios y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales.

2. Los Estados Partes promoverán el desarrollo de formación inicial y continua para los profesionales y el personal que trabajen en los servicios de habilitación y rehabilitación.

3. Los Estados Partes promoverán la disponibilidad, el conocimiento y el uso de tecnologías de apoyo y dispositivos destinados a las personas con discapacidad, a efectos de habilitación y rehabilitación.

Artículo 27
Trabajo y empleo
1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones con las demás; ello incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad. Los Estados Partes salvaguardarán y promoverán el ejercicio del derecho al trabajo, incluso para las personas que adquieran una discapacidad durante el empleo, adoptando medidas pertinentes, incluida la promulgación de legislación, entre ellas:

a) Prohibir la discriminación por motivos de discapacidad con respecto a todas las cuestiones relativas a cualquier forma de empleo, incluidas las condiciones de selección, contratación y empleo, la continuidad en el empleo, la promoción profesional y unas condiciones de trabajo seguras y saludables;

b) Proteger los derechos de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a condiciones de trabajo justas y favorables, y en particular a igualdad de oportunidades y de remuneración por trabajo de igual valor, a condiciones de trabajo seguras y saludables, incluida la protección contra el acoso, y a la reparación por agravios sufridos;

c) Asegurar que las personas con discapacidad puedan ejercer sus derechos laborales y sindicales, en igualdad de condiciones con las demás;

d) Permitir que las personas con discapacidad tengan acceso efectivo a programas generales de orientación técnica y vocacional, servicios de colocación y formación profesional y continua;

e) Alentar las oportunidades de empleo y la promoción profesional de las personas con discapacidad en el mercado laboral, y apoyarlas para la búsqueda, obtención, mantenimiento del empleo y retorno al mismo;

f) Promover oportunidades empresariales, de empleo por cuenta propia, de constitución de cooperativas y de inicio de empresas propias;

g) Emplear a personas con discapacidad en el sector público;

h) Promover el empleo de personas con discapacidad en el sector privado mediante políticas y medidas pertinentes, que pueden incluir programas de acción afirmativa, incentivos y otras medidas;

i) Velar por que se realicen ajustes razonables para las personas con discapacidad en el lugar de trabajo;

j) Promover la adquisición por las personas con discapacidad de experiencia laboral en el mercado de trabajo abierto; k) Promover programas de rehabilitación vocacional y profesional, mantenimiento del empleo y reincorporación al trabajo dirigidos a personas con discapacidad.

2. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad no sean sometidas a esclavitud ni servidumbre y que estén protegidas, en igualdad de condiciones con las demás, contra el trabajo forzoso u obligatorio.

Artículo 28
Nivel de vida adecuado y protección social

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a un nivel de vida adecuado para ellas y sus familias, lo cual incluye alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a la mejora continua de sus condiciones de vida, y adoptarán las medidas pertinentes para salvaguardar y promover el ejercicio de este derecho sin discriminación por motivos de discapacidad.

2. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la protección social y a gozar de ese derecho sin discriminación por motivos de discapacidad, y adoptarán las medidas pertinentes para proteger y promover el ejercicio de ese derecho, entre ellas:

a) Asegurar el acceso en condiciones de igualdad de las personas con discapacidad a servicios de agua potable y su acceso a servicios, dispositivos y asistencia de otra índole adecuados a precios asequibles para atender las necesidades relacionadas con su discapacidad;

b) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en particular las mujeres y niñas y las personas mayores con discapacidad, a programas de protección social y estrategias de reducción de la pobreza;

c) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad y de sus familias que vivan en situaciones de pobreza a asistencia del Estado para sufragar gastos relacionados con su discapacidad, incluidos capacitación, asesoramiento, asistencia financiera y servicios de cuidados temporales adecuados;

d) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad a programas de vivienda pública;

e) Asegurar el acceso en igualdad de condiciones de las personas con discapacidad a

programas y beneficios de jubilación.

Artículo 29

Participación en la vida política y pública
Los Estados Partes garantizarán a las personas con discapacidad los derechos políticos y la posibilidad de gozar de ellos en igualdad de condiciones con las demás y se comprometerán a:

a) Asegurar que las personas con discapacidad puedan participar plena y efectivamente en la vida política y pública en igualdad de condiciones con las demás, directamente o a través de representantes libremente elegidos, incluidos el derecho y la posibilidad de las personas con discapacidad a votar y ser elegidas, entre otras formas mediante:

i) La garantía de que los procedimientos, instalaciones y materiales electorales sean adecuados, accesibles y fáciles de entender y utilizar;

ii) La protección del derecho de las personas con discapacidad a emitir su voto en secreto en elecciones y referéndum públicos sin intimidación, y a presentarse efectivamente como candidatas en las elecciones, ejercer cargos y desempeñar cualquier función pública a todos los niveles de gobierno, facilitando el uso de nuevas tecnologías y tecnologías de apoyo cuando proceda;

iii) La garantía de la libre expresión de la voluntad de las personas con discapacidad como electores y a este fin, cuando sea necesario y a petición de ellas, permitir que una persona de su elección les preste asistencia para votar;

b) Promover activamente un entorno en el que las personas con discapacidad puedan participar plena y efectivamente en la dirección de los asuntos públicos, sin discriminación y en igualdad de condiciones con las demás, y fomentar su participación en los asuntos públicos y, entre otras cosas:

i) Su participación en organizaciones y asociaciones no gubernamentales relacionadas con la vida pública y política del país, incluidas las actividades y la administración de los partidos políticos;

ii) La constitución de organizaciones de personas con discapacidad que representen a estas personas a nivel internacional, nacional, regional y local, y su incorporación a dichas organizaciones.

Artículo 30

Participación en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a participar, en igualdad de condiciones con las demás, en la vida cultural y adoptarán todas las medidas pertinentes para asegurar que las personas con discapacidad:

a) Tengan acceso a material cultural en formatos accesibles;

b) Tengan acceso a programas de televisión, películas, teatro y otras actividades culturales en formatos accesibles;

c) Tengan acceso a lugares en donde se ofrezcan representaciones o servicios culturales tales como teatros, museos, cines, bibliotecas y servicios turísticos y, en la medida de lo posible, tengan acceso a monumentos y lugares de importancia cultural nacional.

2. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para que las personas con discapacidad puedan desarrollar y utilizar su potencial creativo, artístico e intelectual, no sólo en su propio beneficio sino también para el enriquecimiento de la sociedad.

3. Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes, de conformidad con el derecho internacional, a fin de asegurar que las leyes de protección de los derechos de propiedad intelectual no constituyan una barrera excesiva o discriminatoria para el acceso de las personas con discapacidad a materiales culturales.

4. Las personas con discapacidad tendrán derecho, en igualdad de condiciones con las demás, al reconocimiento y el apoyo de su identidad cultural y lingüística específica, incluidas la lengua de señas y la cultura de los sordos.

5. A fin de que las personas con discapacidad puedan participar en igualdad de condiciones con las demás en actividades recreativas, de esparcimiento y deportivas, los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para:

a) Alentar y promover la participación, en la mayor medida posible, de las personas con discapacidad en las actividades deportivas generales a todos los niveles;

b) Asegurar que las personas con discapacidad tengan la oportunidad de organizar y desarrollar actividades deportivas y recreativas específicas para dichas personas y de participar en dichas actividades y, a ese fin, alentar a que se les ofrezca, en igualdad de condiciones con las demás, instrucción, formación y recursos adecuados;

c) Asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso a instalaciones deportivas, recreativas y turísticas;

d) Asegurar que los niños y las niñas con discapacidad tengan igual acceso con los demás niños y niñas a la participación en actividades lúdicas, recreativas, de esparcimiento y deportivas, incluidas las que se realicen dentro del sistema escolar;

e) Asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso a los servicios de quienes participan en la organización de actividades recreativas, turísticas, de esparcimiento y deportivas.

Artículo 31

Recopilación de datos y estadísticas

1. Los Estados Partes recopilarán información adecuada, incluidos datos estadísticos y de investigación, que les permita formular y aplicar políticas, a fin de dar efecto a la presente Convención. En el proceso de recopilación y mantenimiento de esta información se deberá:

a) Respetar las garantías legales establecidas, incluida la legislación sobre protección de datos, a fin de asegurar la confidencialidad y el respeto de la privacidad de las personas con discapacidad;

b) Cumplir las normas aceptadas internacionalmente para proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales, así como los principios éticos en la recopilación y el uso de estadísticas.

2. La información recopilada de conformidad con el presente artículo se desglosará, en su caso, y se utilizará como ayuda para evaluar el cumplimiento por los Estados Partes de sus obligaciones conforme a la presente Convención, así como para identificar y eliminar las barreras con que se enfrentan las personas con discapacidad en el ejercicio de sus derechos.

3. Los Estados Partes asumirán la responsabilidad de difundir estas estadísticas y asegurar que sean accesibles para las personas con discapacidad y otras personas.

Artículo 32

Cooperación internacional

1. Los Estados Partes reconocen la importancia de la cooperación internacional y su promoción, en apoyo de los esfuerzos nacionales para hacer efectivos el propósito y los objetivos de la presente Convención, y tomarán las medidas pertinentes y efectivas a este respecto, entre los Estados y, cuando corresponda, en asociación con las organizaciones internacionales y regionales pertinentes y la sociedad civil, en particular organizaciones de personas con discapacidad. Entre esas medidas cabría incluir:

a) Velar por que la cooperación internacional, incluidos los programas de desarrollo internacionales, sea inclusiva y accesible para las personas con discapacidad;

b) Facilitar y apoyar el fomento de la capacidad, incluso mediante el intercambio y la distribución de información, experiencias, programas de formación y prácticas recomendadas;

c) Facilitar la cooperación en la investigación y el acceso a conocimientos científicos y técnicos;

d) Proporcionar, según corresponda, asistencia apropiada, técnica y económica, incluso facilitando el acceso a tecnologías accesibles y de asistencia y compartiendo esas tecnologías, y mediante su transferencia.

2. Las disposiciones del presente artículo se aplicarán sin perjuicio de las obligaciones que incumban a cada Estado Parte en virtud de la presente Convención.

Artículo 33

Aplicación y seguimiento nacionales

1. Los Estados Partes, de conformidad con su sistema organizativo, designarán uno o más organismos gubernamentales encargados de las cuestiones relativas a la aplicación de la presente Convención y considerarán detenidamente la posibilidad de establecer o designar un mecanismo de coordinación para facilitar la adopción de medidas al respecto en diferentes sectores y a diferentes niveles.

2. Los Estados Partes, de conformidad con sus sistemas jurídicos y administrativos, mantendrán, reforzarán, designarán o establecerán, a nivel nacional, un marco, que constará de uno o varios mecanismos independientes, para promover, proteger y supervisar la aplicación de la presente Convención.

Cuando designen o establezcan esos mecanismos, los Estados Partes tendrán en cuenta los principios relativos a la condición jurídica y el funcionamiento de las instituciones nacionales de protección y promoción, de los derechos humanos.

3. La sociedad civil, y en particular las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan, estarán integradas y participarán plenamente en todos los niveles del proceso de seguimiento.

Artículo 34

Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad

1. Se creará un Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, “el Comité”) que desempeñará las funciones que se enuncian a continuación.

2. El Comité constará, en el momento en que entre en vigor la presente Convención, de 12 expertos.
Cuando la Convención obtenga otras 60 ratificaciones o adhesiones, la composición del Comité se incrementará en seis miembros más, con lo que alcanzará un máximo de 18 miembros.

3. Los miembros del Comité desempeñarán sus funciones a título personal y serán personas de gran integridad moral y reconocida competencia y experiencia en los temas a que se refiere la presente Convención.

Se invita a los Estados Partes a que, cuando designen a sus candidatos, tomen debidamente en consideración la disposición que se enuncia en el párrafo 3 del artículo 4 de la presente Convención.

4. Los miembros del Comité serán elegidos por los Estados Partes, que tomarán en consideración una distribución geográfica equitativa, la representación de las diferentes formas de civilización y los principales ordenamientos jurídicos, una representación de género equilibrada y la participación de expertos con discapacidad.

5. Los miembros del Comité se elegirán mediante voto secreto de una lista de personas designadas por los Estados Partes de entre sus nacionales en reuniones de la Conferencia de los Estados Partes. En estas reuniones, en las que dos tercios de los Estados Partes constituirán quórum, las personas elegidas para el Comité serán las que obtengan el mayor número de votos y una mayoría absoluta de votos de los representantes de los Estados

Partes presentes y votantes.

6. La elección inicial se celebrará antes de que transcurran seis meses a partir de la fecha de entrada en vigor de la presente Convención. Por lo menos cuatro meses antes de la fecha de cada elección, el Secretario General de las Naciones Unidas dirigirá una carta a los Estados Partes invitándolos a que presenten sus candidatos en un plazo de dos meses. El Secretario General preparará después una lista en la que figurarán, por orden alfabético, todas las personas así propuestas, con indicación de los Estados Partes que las hayan propuesto, y la comunicará a los Estados Partes en la presente Convención.

7. Los miembros del Comité se elegirán por un período de cuatro años. Podrán ser reelegidos si se presenta de nuevo su candidatura. Sin embargo, el mandato de seis de los miembros elegidos en la primera elección expirará al cabo de dos años; inmediatamente después de la primera elección, los nombres de esos seis miembros serán sacados a suerte por el presidente de la reunión a que se hace referencia en el párrafo 5 del presente artículo.

8. La elección de los otros seis miembros del Comité se hará con ocasión de las elecciones ordinarias, de conformidad con las disposiciones pertinentes del presente artículo.

9. Si un miembro del Comité fallece, renuncia o declara que, por alguna otra causa, no puede seguir desempeñando sus funciones, el Estado Parte que lo propuso designará otro experto que posea las cualificaciones y reúna los requisitos previstos en las disposiciones pertinentes del presente artículo para ocupar el puesto durante el resto del mandato.

10. El Comité adoptará su propio reglamento.

11. El Secretario General de las Naciones Unidas proporcionará el personal y las instalaciones que sean necesarios para el efectivo desempeño de las funciones del Comité con arreglo a la presente Convención y convocará su reunión inicial.

12. Con la aprobación de la Asamblea General de las Naciones Unidas, los miembros del Comité establecido en virtud de la presente Convención percibirán emolumentos con cargo a los recursos de las Naciones Unidas en los términos y condiciones que la Asamblea General decida, tomando en consideración la importancia de las responsabilidades del Comité.

13. Los miembros del Comité tendrán derecho a las facilidades, prerrogativas e inmunidades que se conceden a los expertos que realizan misiones para las Naciones Unidas, con arreglo a lo dispuesto en las secciones pertinentes de la Convención sobre Prerrogativas e Inmunidades de las Naciones Unidas.

Artículo 35

Informes presentados por los Estados Partes

1. Los Estados Partes presentarán al Comité, por conducto del Secretario General de las Naciones Unidas, un informe exhaustivo sobre las medidas que hayan adoptado para cumplir sus obligaciones conforme a la presente Convención y sobre los progresos realizados al respecto en el plazo de dos años contado a partir de la entrada en vigor de la presente Convención en el Estado Parte de que se trate.

2. Posteriormente, los Estados Partes presentarán informes ulteriores al menos cada cuatro años y en las demás ocasiones en que el Comité se lo solicite.

3. El Comité decidirá las directrices aplicables al contenido de los informes.

4. El Estado Parte que haya presentado un informe inicial exhaustivo al Comité no tendrá que repetir, en sus informes ulteriores, la información previamente facilitada. Se invita a los Estados Partes a que, cuando preparen informes para el Comité, lo hagan mediante un procedimiento abierto y transparente y tengan en cuenta debidamente lo dispuesto en el párrafo 3 del artículo 4 de la presente Convención.

5. En los informes se podrán indicar factores y dificultades que afecten al grado de cumplimiento de las obligaciones contraídas en virtud de la presente Convención.

Artículo 36

Consideración de los informes

1. El Comité considerará todos los informes, hará las sugerencias y las recomendaciones que estime oportunas respecto a ellos y se las remitirá al Estado Parte de que se trate. Este podrá responder enviando al Comité cualquier información

que desee. El Comité podrá solicitar a los Estados Partes más información con respecto a la aplicación de la presente Convención.

2. Cuando un Estado Parte se haya demorado considerablemente en la presentación de un informe, el Comité podrá notificarle la necesidad de examinar la aplicación de la presente Convención en dicho Estado Parte, sobre la base de información fiable que se ponga a disposición del Comité, en caso de que el informe pertinente no se presente en un plazo de tres meses desde la notificación. El Comité invitará al Estado Parte interesado a participar en dicho examen. Si el Estado Parte respondiera presentando el informe pertinente, se aplicará lo dispuesto en el párrafo 1 del presente artículo.

3. El Secretario General de las Naciones Unidas pondrá los informes a disposición de todos los Estados Partes.

4. Los Estados Partes darán amplia difusión pública a sus informes en sus propios países y facilitarán el acceso a las sugerencias y recomendaciones generales sobre esos informes.

5. El Comité transmitirá, según estime apropiado, a los organismos especializados, los fondos y los programas de las Naciones Unidas, así como a otros órganos competentes, los informes de los Estados Partes, a fin de atender una solicitud o una indicación de necesidad de asesoramiento técnico o asistencia que figure en ellos, junto con las observaciones y recomendaciones del Comité, si las hubiera, sobre esas solicitudes o indicaciones.

Artículo 37

Cooperación entre los Estados Partes y el Comité

1. Los Estados Partes cooperarán con el Comité y ayudarán a sus miembros a cumplir su mandato.

2. En su relación con los Estados Partes, el Comité tomará debidamente en consideración medios y arbitrios para mejorar la capacidad nacional de aplicación de la presente Convención, incluso mediante la cooperación internacional.

Artículo 38

Relación del Comité con otros órganos

A fin de fomentar la aplicación efectiva de la presente Convención y de estimular la cooperación internacional en el ámbito que abarca:

a) Los organismos especializados y demás órganos de las Naciones Unidas tendrán derecho a estar representados en el examen de la aplicación de las disposiciones de

la presente Convención que entren dentro de su mandato. El Comité podrá invitar también a los organismos especializados y a otros órganos competentes que considere apropiados a que proporcionen asesoramiento especializado sobre la aplicación de la Convención en los ámbitos que entren dentro de sus respectivos mandatos.
El Comité podrá invitar a los organismos especializados y a otros órganos de las Naciones Unidas a que presenten informes sobre la aplicación de la Convención en las esferas que entren dentro de su ámbito de actividades;

b) Al ejercer su mandato, el Comité consultará, según proceda, con otros órganos pertinentes instituidos en virtud de tratados internacionales de derechos humanos, con miras a garantizar la coherencia de sus respectivas directrices de presentación de informes, sugerencias y recomendaciones generales y a evitar la duplicación y la superposición de tareas en el ejercicio de sus funciones.

Artículo 39

Informe del Comité

El Comité informará cada dos años a la Asamblea General y al Consejo Económico y Social sobre sus actividades y podrá hacer sugerencias y recomendaciones de carácter general basadas en el examen de los informes y datos recibidos de los Estados Partes en la Convención. Esas sugerencias y recomendaciones de carácter general se incluirán en el informe del Comité, junto con los comentarios, si los hubiera, de los Estados Partes.

Artículo 40

Conferencia de los Estados Partes

1. Los Estados Partes se reunirán periódicamente en una Conferencia de los Estados Partes, a fin de considerar todo asunto relativo a la aplicación de la presente Convención.

2. El Secretario General de las Naciones Unidas convocará la Conferencia de los Estados Partes en un plazo que no superará los seis meses contados a partir de la entrada en vigor de la presente Convención. Las reuniones ulteriores, con periodicidad bienal o cuando lo decida la Conferencia de los Estados Partes, serán convocadas por el Secretario General.

Artículo 41

Depositario

El Secretario General de las Naciones Unidas será el depositario de la presente Convención.

Artículo 42

Firma

La presente Convención estará abierta a la firma de todos los Estados y las organizaciones regionales de integración en la Sede de las Naciones Unidas, en Nueva York, a partir del 30 de marzo de 2007.

Artículo 43

Consentimiento en obligarse

La presente Convención estará sujeta a la ratificación de los Estados signatarios y a la confirmación oficial de las organizaciones regionales de integración signatarias. Estará abierta a la adhesión de cualquier Estado u organización regional de integración que no la haya firmado.

Artículo 44

Organizaciones regionales de integración

1. Por “organización regional de integración” se entenderá una organización constituida por Estados soberanos de una región determinada a la que sus Estados miembros hayan transferido competencia respecto de las cuestiones regidas por la presente Convención.
Esas organizaciones declararán, en sus instrumentos de confirmación oficial o adhesión, su grado de competencia con respecto a las cuestiones regidas por la presente Convención.
Posteriormente, informarán al depositario de toda modificación sustancial de su grado de competencia.

2. Las referencias a los “Estados Partes” con arreglo a la presente Convención serán aplicables a esas organizaciones dentro de los límites de su competencia.

3. A los efectos de lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 45 y en los párrafos 2 y 3 del artículo 47 de la presente Convención, no se tendrá en cuenta ningún instrumento depositado por una organización regional de integración.

4. Las organizaciones regionales de integración, en asuntos de su competencia, ejercerán su derecho de voto en la Conferencia de los Estados Partes, con un número de votos igual al número de sus Estados miembros que sean Partes en la presente Convención. Dichas organizaciones no ejercerán su derecho de voto si sus Estados miembros ejercen el suyo, y viceversa.

Artículo 45

Entrada en vigor

1. La presente Convención entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que haya sido depositado el vigésimo instrumento de ratificación o adhesión.

2. Para cada Estado y organización regional de integración que ratifique la Convención, se adhiera a ella o la confirme oficialmente una vez que haya sido depositado el vigésimo instrumento a sus efectos, la Convención entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que haya sido depositado su propio instrumento.

Artículo 46

Reservas

1. No se permitirán reservas incompatibles con el objeto y el propósito de la presente Convención.

2. Las reservas podrán ser retiradas en cualquier momento.

Artículo 47

Los Estados Partes podrán proponer enmiendas a la presente Convención y presentarlas al Secretario General de las Naciones Unidas. El Secretario General comunicará las enmiendas propuestas a los Estados Partes, pidiéndoles que le notifiquen si desean que se convoque una conferencia de Estados Partes con el fin de examinar la propuesta y someterla a votación.
Si dentro de los cuatro meses siguientes a la fecha de esa notificación, al menos un tercio de los Estados Partes se declara a favor de tal convocatoria, el Secretario General convocará una conferencia bajo los auspicios de las Naciones Unidas.

Toda enmienda adoptada por mayoría de dos tercios de los Estados Partes presentes y votantes en la conferencia será sometida por el Secretario General a la Asamblea General de las Naciones Unidas para su aprobación y posteriormente a los Estados Partes para su aceptación.

Toda enmienda adoptada y aprobada conforme a lo dispuesto en el párrafo 1 del presente artículo entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que el número de instrumentos de aceptación depositados alcance los dos tercios del número de Estados Partes que había en la fecha de adopción de la enmienda.
Posteriormente, la enmienda entrará en vigor para todo Estado Parte el trigésimo día a partir de aquel en que hubiera depositado su propio instrumento de aceptación. Las enmiendas serán vinculantes exclusivamente para los Estados Partes que las hayan aceptado.

3. En caso de que así lo decida la Conferencia de los Estados Partes por consenso, las enmiendas adoptadas y aprobadas de conformidad con lo dispuesto en el párrafo 1 del presente artículo que guarden relación exclusivamente con los artículos 34, 38, 39 y 40 entrarán en vigor para todos los Estados Partes el trigésimo día a partir de aquel en que el número de instrumentos de aceptación depositados alcance los dos tercios del número de Estados Partes que hubiera en la fecha de adopción de la enmienda.

Artículo 48

Denuncia

Los Estados Partes podrán denunciar la presente Convención mediante notificación escrita dirigida al Secretario General de las Naciones Unidas. La denuncia tendrá efecto un año después de que el Secretario General haya recibido la notificación.

Artículo 49

Formato accesible

El texto de la presente Convención se difundirá en formatos accesibles.

Artículo 50

Textos auténticos

Los textos en árabe, chino, español, francés, inglés y ruso de la presente Convención serán igualmente auténticos.
EN TESTIMONIO DE LO CUAL, los plenipotenciarios abajo firmantes, debidamente autorizados por sus respectivos gobiernos, firman la presente Convención.

Anexo II

Protocolo facultativo de la Convención sobre los derechos de las personas con Discapacidad

Los Estados Partes en el presente Protocolo acuerdan lo siguiente:

Artículo 1

1. Todo Estado Parte en el presente Protocolo (“Estado Parte”) reconoce la competencia del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (“el Comité”) para recibir y considerar las comunicaciones presentadas por personas o grupos de personas sujetos a su jurisdicción que aleguen ser víctimas de una violación por ese Estado Parte de cualquiera de las disposiciones de la Convención, o en nombre de esas personas o grupos de personas.

2. El Comité no recibirá comunicación alguna que concierna a un Estado Parte en la Convención que no sea parte en el presente Protocolo.

Artículo 2

El Comité considerará inadmisible una comunicación cuando:

a) Sea anónima;

b) Constituya un abuso del derecho a presentar una comunicación o sea incompatible con las disposiciones de la Convención;

c) Se refiera a una cuestión que ya haya sido examinada por el Comité o ya haya sido o esté siendo examinada de conformidad con otro procedimiento de investigación o arreglo internacionales;

d) No se hayan agotado todos los recursos internos disponibles, salvo que la tramitación de esos recursos se prolongue injustificadamente o sea improbable que con ellos se logre un remedio efectivo;

e) Sea manifiestamente infundada o esté insuficientemente sustanciada; o

f) Los hechos objeto de la comunicación hubieran sucedido antes de la fecha de entrada en vigor del presente Protocolo para el Estado Parte interesado, salvo que esos hechos continuasen produciéndose después de esa fecha.

Artículo 3

Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 2 del presente Protocolo, el Comité pondrá en conocimiento del Estado Parte, de forma confidencial, toda comunicación que reciba con arreglo al presente Protocolo. En un plazo de seis meses, ese Estado Parte presentará al Comité por escrito explicaciones o declaraciones en las que se aclare la cuestión y se indiquen las medidas correctivas que hubiere adoptado el Estado Parte, de haberlas.

Artículo 4

1. Tras haber recibido una comunicación y antes de llegar a una conclusión sobre el fondo de ésta, el Comité podrá remitir en cualquier momento al Estado Parte interesado, a los fines de su examen urgente, una solicitud para que adopte las medidas provisionales necesarias a fin de evitar posibles daños irreparables a la víctima o las víctimas de la supuesta violación.

2 El ejercicio por el Comité de sus facultades discrecionales en virtud del párrafo 1 del presente artículo, no implicará juicio alguno sobre la admisibilidad o sobre el fondo de la comunicación.

Artículo 5

El Comité examinará en sesiones privadas las comunicaciones que reciba en virtud del
Presente Protocolo. Tras examinar una comunicación, el Comité hará llegar sus sugerencias y recomendaciones, si las hubiere, al Estado Parte interesado y al comunicante.

Artículo 6

1. Si el Comité recibe información fidedigna que revele violaciones graves o sistemáticas por un Estado Parte de los derechos recogidos en la Convención, el Comité invitará a ese Estado Parte a colaborar en el examen de la información y, a esos efectos, a presentar observaciones sobre dicha información.

2. Tomando en consideración las observaciones que haya presentado el Estado Parte interesado, así como toda información fidedigna que esté a su disposición, el Comité podrá encargar a uno o más de sus miembros que lleven a cabo una investigación y presenten, con carácter urgente, un informe al Comité. Cuando se justifique y con el consentimiento del Estado Parte, la investigación podrá incluir una visita a su territorio.

3. Tras examinar las conclusiones de la investigación, el Comité las transmitirá al Estado Parte interesado, junto con las observaciones y recomendaciones que estime oportunas.

4. En un plazo de seis meses después de recibir las conclusiones de la investigación y las observaciones y recomendaciones que le transmita el Comité, el Estado Parte interesado presentará sus propias observaciones al Comité.

5. La investigación será de carácter confidencial y en todas sus etapas se solicitará la colaboración del Estado Parte.

Artículo 7

1. El Comité podrá invitar al Estado Parte interesado a que incluya en el informe que ha de presentar con arreglo al artículo 35 de la Convención pormenores sobre cualesquiera medidas que hubiere adoptado en respuesta a una investigación efectuada con arreglo al artículo 6 del presente Protocolo.

2. Transcurrido el período de seis meses indicado en el párrafo 4 del artículo 6, el Comité podrá, si fuera necesario, invitar al Estado Parte interesado a que le informe sobre cualquier medida adoptada como resultado de la investigación.

Artículo 8

Todo Estado Parte podrá, al momento de la firma o ratificación del presente Protocolo, o de la adhesión a él, declarar que no reconoce la competencia del Comité establecida en los artículos 6 y 7.

Artículo 9

El Secretario General de las Naciones Unidas será el depositario del presente Protocolo.

Artículo 10

El presente Protocolo estará abierto a la firma de todos los Estados y las organizaciones regionales de integración signatarios de la Convención en la Sede de las Naciones Unidas, en Nueva York, a partir del 30 de marzo de 2007.

Artículo 11

El presente Protocolo estará sujeto a la ratificación de los Estados signatarios del presente Protocolo que hayan ratificado la Convención o se hayan adherido a ella. Estará sujeto a la confirmación oficial de las organizaciones regionales de integración signatarias del presente Protocolo que hayan confirmado oficialmente la Convención o se hayan adherido a ella.
Estará abierto a la adhesión de cualquier Estado u organización regional de integración que haya ratificado la Convención, la haya confirmado oficialmente o se haya adherido a ella y que no haya firmado el presente Protocolo.

Artículo 12

1. Por “organización regional de integración” se entenderá una organización constituida por Estados soberanos de una región determinada a la que sus Estados miembros hayan transferido competencia respecto de las cuestiones regidas por la Convención y el presente Protocolo. Esas organizaciones declararán, en sus instrumentos de confirmación oficial o adhesión, su grado de competencia con respecto a las cuestiones regidas por la Convención y el presente Protocolo. Posteriormente, informarán al depositario de toda modificación sustancial de su grado de competencia.

2. Las referencias a los “Estados Partes” con arreglo al presente Protocolo se aplicarán a esas organizaciones dentro de los límites de su competencia.

3. A los efectos de lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 13 y en el párrafo 2 del artículo 15 del presente Protocolo, no se tendrá en cuenta ningún instrumento depositado por una organización regional de integración.

4. Las organizaciones regionales de integración, en asuntos de su competencia, ejercerán su derecho de voto en la reunión de los Estados Partes, con un número de votos igual al número de sus Estados miembros que sean Partes en el presente Protocolo. Dichas organizaciones no ejercerán su derecho de voto si sus Estados miembros ejercen el suyo, y viceversa.

Artículo 13

1. Con sujeción a la entrada en vigor de la Convención, el presente Protocolo entrará en vigor el trigésimo día después de que se haya depositado el décimo instrumento de ratificación o adhesión.

2. Para cada Estado u organización regional de integración que ratifique el Protocolo, lo confirme oficialmente o se adhiera a él una vez que haya sido depositado el décimo instrumento a sus efectos, el Protocolo entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que haya sido depositado su propio instrumento.

Artículo 14

1. No se permitirán reservas incompatibles con el objeto y el propósito del presente Protocolo.

2. Las reservas podrán ser retiradas en cualquier momento.

Artículo 15

1. Todo Estado Parte podrá proponer una enmienda al presente Protocolo y presentarla al Secretario General de las Naciones Unidas. El Secretario General comunicará la enmienda propuesta a los Estados Partes, pidiéndoles que le notifiquen si desean que se convoque una conferencia de Estados Partes con el fin de examinar la propuesta y someterla a votación. Si dentro de los cuatro meses siguientes a la fecha de esa notificación, al menos un tercio de los Estados Partes se declara a favor de tal convocatoria, el Secretario General convocará una conferencia bajo los auspicios de las Naciones Unidas. Toda enmienda adoptada por mayoría de dos tercios de los Estados Partes presentes y votantes en la conferencia será sometida por el Secretario General a la Asamblea General de las Naciones Unidas para su aprobación y posteriormente a todos los Estados Partes para su aceptación.

2. Las enmiendas adoptadas y aprobadas conforme a lo dispuesto en el párrafo 1 del presente artículo entrarán en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que el número de instrumentos de aceptación depositados alcance los dos tercios del número de Estados Partes que hubiera en la fecha de adopción de la enmienda.
Posteriormente, las enmiendas entrarán en vigor para todo Estado Parte el trigésimo día a partir de aquel en que hubieran depositado su propio instrumento de aceptación. Las enmiendas serán vinculantes exclusivamente para los Estados Partes que las hayan aceptado.

Artículo 16

Los Estados Partes podrán denunciar el presente Protocolo mediante notificación escrita dirigida al Secretario General de las Naciones Unidas. La denuncia tendrá efecto un año después de que el Secretario General haya recibido la notificación.

Artículo 17

El texto del presente Protocolo se difundirá en formatos accesibles.

Artículo 18

Los textos en árabe, chino, español, francés, inglés y ruso del presente Protocolo serán igualmente auténticos.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, los plenipotenciarios abajo firmantes, debidamente autorizados por sus respectivos gobiernos, firman el presente Protocolo.

PRINCIPIOS DE BRASILIA

Principios Rectores
Para el Desarrollo de
La Atención en Salud
Mental en las Américas

El Ministerio de la República Federativa de Brasil, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), convocaron al personal gubernamental de Salud Mental, organizaciones de la sociedad civil, usuarios y familiares a la **"CONFERENCIA REGIONAL PARA LA REFORMA DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL: 15 AÑOS DESPUES DE CARACAS",** los días 7-9 del mes de Noviembre del año 2005, con el fin de evaluar los desarrollos producidos desde 1990.

LOS PARTICIPANTES DE LA CONFERENCIA DESTACAN

Que la Declaración de Caracas surgió como resultadote un análisis crítico del estado de la atención de Salud Mental en las Américas, que hacia ineludible su reforma;

Que la Declaración de Caracas consideró que el mejoramiento de la atención era posible por medio de la superación del modelo asistencial basado en el Hospital Psiquiátrico y su reemplazo por alternativas comunitarias de atención, y por acciones de salvaguarda de los derechos humanos e inclusión social de las personas afectadas por trastornos mentales; y

Que la Declaración de Caracas ha sido endosada por todos los países de la región de las Américas.

NOTAN

Que en los últimos15 años se han producido en el nivel regional avances en la reestructuración de la atención psiquiátrica;

Que las Resoluciones de los Consejos Directivos de la OPS en 1997 y 2001 constituyen importantes apoyos a los principios de la Declaración de Caracas;

Que los Estados-Miembros de la OPS adoptaron en Septiembre del 2005 la Declaración de Montevideo, la cual contiene nuevas orientaciones sobre la Atención Primaria de Salud, tales como la creación de Sistemas Sanitarios basados en la inclusión social, la equidad, la promoción de la salud y la calidad de la atención;y

Que la OMS ha formulado principios rectores que orientan la reforma de la atención de Salud Mental a nivel global, los cuales fueron incluidos en el Informe Mundial de Salud Mental de 2001 y en otros programas e iniciativas.

TOMAN CONOCIMIENTO

Que los principios esenciales de la Declaración están siendo implementados exitosamente en numerosos países de la Región;

Que con el transcurso del tiempo valiosas experiencias y lecciones se han acumulado tanto de éxitos como de obstáculos;

Que la Declaración de Caracas ha sido utilizada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) como un estándar para interpretar la Convención Americana sobre Derechos Humanos y otros instrumentos legales en los informes relacionados con los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidades mentales;

Que existen experiencias exitosas en algunos países que sirven de referencia para la OMS en sus acciones globales, tales como la reforma de la atención psiquiátrica en Brasil, que promueve la movilización cultural, la reducción significativa de camas psiquiátricas y la creación de redes comunitarias de atención; y la reforma en Chile, que prescribe la integración de la Salud Mental dentro de las redes de servicio de salud pública. Cabe destacar ejemplos adicionales, entre otros, la integración de Salud Mental en la Atención Primaria de Salud y el desarrollo de servicios de Salud Mental Infanto-Juveniles en Cuba; aspectos sobresalientes del "Modelo Nacional Miguel Hidalgo de atención en Salud Mental" cuyo desarrollo contempla importantes acciones de prevención, hospitalización breve y reintegración social en México; el desarrollo de servicios de Salud Mental basado en la utilización de enfermeras, calificadas en Belice y Jamaica; la atención a grupos vulnerables en El Salvador, Guatemala y Nicaragua; y el desarrollo de un sistema de salud mental descentralizado en Panamá.

REITERAN

La validez de los principios rectores señalados en la Declaración de Caracas con relación a:

El papel central que corresponde a la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas afectadas por trastornos mentales;

La necesidad de establecer redes de servicios comunitarios que reemplacen los hospitales psiquiátricos y aseguren;

1. La provisión de adecuada atención integral y multidisciplinaria de las personas con trastornos psiquiátricos y en situaciones de

2. crisis, incluyendo cuando sea necesario la admisión en hospitales generales;
3. La formulación de respuestas que prevengan el surgimiento de nuevas generaciones de personas enfermas afectadas por trastornos psiquiátricos de larga evolución y discapacidad psicosocial;
4. El establecimiento de vínculos sólidos con los servicios de Atención Primaria de Salud con alta capacidad resolutiva;
5. La participación de usuarios y familiares en la planificación y desarrollo de los programas y servicios de Salud Mental; y
6. La concertación de acciones con los diferentes actores sociales a fin de mejorar el estado de salud mental de la población.

Cabe subrayar que si mucho se ha avanzado, aún más debe ser hecho para cumplir las acciones pendientes derivadas de la Declaración de Caracas. Por ejemplo, continúa siendo excesivo el número de camas en los hospitales psiquiátricos y, por contraste, demasiado exiguo el número de servicios alternativos en la comunidad. Además, aún es insuficiente la capacidad de documentación, monitoría y evaluación.

ADVIERTEN

Que los servicios de Salud Mental deben afrontar nuevos desafíos técnicos y culturales que se han hecho más evidentes en estos quince años, tales como:

1. La vulnerabilidad psicosocial, que incluye la problemática de las poblaciones indígenas y las consecuencias adversas de la urbanización desorganizada de las grandes metrópolis, que se ha incrementado notablemente;
2. El aumento de la mortalidad y de la problemática psicosocial de la niñez y adolescencia;
3. El aumento de la demanda de servicios por parte de la sociedad que faciliten la adopción de medidas efectivas de prevención y abordaje precoz de la conducta suicida y del abuso de alcohol; y
4. El aumento creciente de las diferentes modalidades de violencia, que exige una participación activa de los servicios de salud mental, en especial con referencia a la atención de las víctimas.

Por lo tanto,
LOS AUSPICIADORES DE LA CONFERENCIA RESUELVEN AUNAR ESFUERZOS A FIN DE:

1. Gestionar la realización de una Reunión Regional de Ministros de Salud que tenga como objetivo la formulación de un Plan de Acción Regional con metas definidas;
2. Continuar sensibilizando a las autoridades nacionales respecto a la necesidad imperiosa de aumentar la inversión en salud mental para afrontar la dramática carga de mortalidad y discapacidad generada por los trastornos mentales;
3. Recopilar, documentar y diseminarlas experiencias de atención en salud mental, que hayan incorporado indicadores estándares promovidos por la OPS y la OMS;y
4. Promover los programas de colaboración bi y multilateral entre países para el desarrollo de servicios, capacitación e investigación.

Y LLAMAN TODAS LAS PARTES INVOLUCRADAS A.

Continuar trabajando firmemente en la implementación de los principios étnicos, jurídicos, técnicos y políticos incluidos en la Declaración de Caracas.

XIV Cumbre Judicial Iberoamericana

Brasilia, 4 a 6 de marzo de 2008

REGLAS DE BRASILIA SOBRE ACCESO A LA JUSTICIA DE LAS PERSONAS EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD

El presente texto ha sido elaborado, con el apoyo del Proyecto Eurosocial Justicia, por un Grupo de Trabajo constituido en el seno de la Cumbre Judicial Iberoamericana, en el que también han participado la Asociación Iberoamericana de Ministerios Públicos (AIAMP), la Asociación Interamericana de Defensorías Públicas (AIDEF), la Federación Iberoamericana de Ombudsman (FIO) y la Unión Iberoamericana de Colegios y Agrupaciones de Abogados (UIBA).

Las Reglas de Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad han sido aprobadas por la XIV Cumbre Judicial Iberoamericana, que ha tenido lugar en Brasilia durante los días 4 a 6 de marzo de 2008. Las otras Redes antes citadas han iniciado el proceso para someterlas a la aprobación de sus respectivos órganos de gobierno.

ÍNDICE

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS **4**

CAPÍTULO I: PRELIMINAR **5**

SECCIÓN 1ª.- FINALIDAD 5
SECCIÓN 2ª.- BENEFICIARIOS DE LAS REGLAS 5
1.- Concepto de las personas en situación de vulnerabilidad *5*
2.- Edad *6*
3.- Discapacidad *6*
4.- Pertenencia a comunidades indígenas *6*
5.- Victimización *7*
6.- Migración y desplazamiento interno *7*
7.- Pobreza *8*
8.- Género *8*
9.- Pertenencia a minorías *9*
10.- Privación de libertad *9*
SECCIÓN 3ª.- DESTINATARIOS: ACTORES DEL SISTEMA DE JUSTICIA 9

CAPÍTULO II: EFECTIVO ACCESO A LA JUSTICIA PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS **10**

SECCIÓN 1ª.- CULTURA JURÍDICA 10
SECCIÓN 2ª.- ASISTENCIA LEGAL Y DEFENSA PÚBLICA 10
1.- Promoción de la asistencia técnico jurídica de la persona en condición de vulnerabilidad *10*
2.- Asistencia de calidad, especializada y gratuita *11*
SECCIÓN 3ª.- DERECHO A INTÉRPRETE 11
SECCIÓN 4ª.- REVISIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS Y LOS REQUISITOS PROCESALES COMO FORMA DE FACILITAR EL ACCESO A LA JUSTICIA 11
1.- Medidas procesales *11*
2.- Medidas de organización y gestión judicial *12*
SECCIÓN 5ª.- MEDIOS ALTERNATIVOS DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS 13
1.- Formas alternativas y personas en condición de vulnerabilidad *13*
2.- Difusión e información *13*
3.- Participación de las personas en condición de vulnerabilidad en la Resolución Alternativa de Conflictos *14*
SECCIÓN 6ª.- SISTEMA DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS DENTRO DE LAS COMUNIDADES INDÍGENAS 14

CAPÍTULO III: CELEBRACIÓN DE ACTOS JUDICIALES **15**

SECCIÓN 1ª.- INFORMACIÓN PROCESAL O JURISDICCIONAL 15
1.- Contenido de la información *15*
2.- Tiempo de la información *15*
3.- Forma o medios para el suministro de la información *16*
4.- Disposiciones específicas relativas a la víctima *16*
SECCIÓN 2ª.- COMPRENSIÓN DE ACTUACIONES JUDICIALES 16
1.- Notificaciones y requerimientos *16*
2.- Contenido de las resoluciones judiciales *17*
3.- Comprensión de actuaciones orales *17*
SECCIÓN 3ª.- COMPARECENCIA EN DEPENDENCIAS JUDICIALES 17
1.- Información sobre la comparecencia *17*
2.- Asistencia *17*
3.- Condiciones de la comparecencia *18*
4.- Seguridad de las víctimas en condición de vulnerabilidad *19*
5.- Accesibilidad de las personas con discapacidad *19*
6.- Participación de niños, niñas y adolescentes en actos judiciales *19*
7.- Integrantes de comunidades indígenas *19*
SECCIÓN 4ª.- PROTECCIÓN DE LA INTIMIDAD 20
1.- Reserva de las actuaciones judiciales *20*
2.- Imagen *20*
3.- Protección de datos personales *20*

CAPÍTULO IV: EFICACIA DE LAS REGLAS 21

1.- PRINCIPIO GENERAL DE COLABORACIÓN 21
2.- COOPERACIÓN INTERNACIONAL 21
3.- INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS 22
4.- SENSIBILIZACIÓN Y FORMACIÓN DE PROFESIONALES 22
5.- NUEVAS TECNOLOGÍAS 22
6.- MANUALES DE BUENAS PRÁCTICAS SECTORIALES 22
7.- DIFUSIÓN 23
8.- COMISIÓN DE SEGUIMIENTO 23

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La Cumbre Judicial Iberoamericana, dentro del marco de los trabajos de su XIV edición, ha considerado necesaria la elaboración de unas Reglas Básicas relativas al acceso a la justicia de las personas que se encuentran en condición de vulnerabilidad. De esta manera, se desarrollan los principios recogidos en la "Carta de Derechos de las Personas ante la Justicia en el Espacio Judicial Iberoamericano" (Cancún 2002), específicamente los que se incluyen en la parte titulada "*Una justicia que protege a los más débiles*" (apartados 23 a 34).

En los trabajos preparatorios de estas Reglas también han participado las principales redes iberoamericanas de operadores y servidores del sistema judicial: la Asociación Iberoamericana de Ministerios Públicos, la Asociación Interamericana de Defensorías Públicas, la Federación Iberoamericana de *Ombudsman* y la Unión Iberoamericana de Colegios y Agrupaciones de Abogados. Sus aportaciones han enriquecido de forma indudable el contenido del presente documento.

El sistema judicial se debe configurar, y se está configurando, como un instrumento para la defensa efectiva de los derechos de las personas en condición de vulnerabilidad. Poca utilidad tiene que el Estado reconozca formalmente un derecho si su titular no puede acceder de forma efectiva al sistema de justicia para obtener la tutela de dicho derecho.

Si bien la dificultad de garantizar la eficacia de los derechos afecta con carácter general a todos los ámbitos de la política pública, es aún mayor cuando se trata de personas en condición de vulnerabilidad dado que éstas encuentran obstáculos mayores para su ejercicio. Por ello, se deberá llevar a cabo una actuación más intensa para vencer, eliminar o mitigar dichas limitaciones. De esta manera, el propio sistema de justicia puede contribuir de forma importante a la reducción de las desigualdades sociales, favoreciendo la cohesión social.

Las presentes Reglas no se limitan a establecer unas bases de reflexión sobre los problemas del acceso a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad, sino que también recogen recomendaciones para los órganos públicos y para quienes prestan sus servicios en el sistema judicial. No solamente se refieren a la promoción de políticas públicas que garanticen el acceso a la justicia de estas personas, sino también al trabajo cotidiano de todos los servidores y operadores del sistema judicial y quienes intervienen de una u otra forma en su funcionamiento.

Este documento se inicia con un Capítulo que, tras concretar su finalidad, define tanto sus beneficiarios como sus destinatarios. El siguiente Capítulo contiene una serie de reglas aplicables a aquellas personas en condición de vulnerabilidad que han de acceder o han accedido a la justicia, como parte del proceso, para la defensa de sus derechos. Posteriormente contiene aquellas reglas que resultan de aplicación a cualquier persona en condición de vulnerabilidad que participe en un acto judicial, ya sea como parte que ejercita una acción o que defiende su derecho frente a una acción, ya sea en calidad de testigo, víctima o en cualquier otra condición. El último Capítulo contempla una serie de medidas destinadas a fomentar la efectividad de estas Reglas, de tal manera que puedan contribuir de manera eficaz a la mejora de

las condiciones de acceso a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad.

La Cumbre Judicial Iberoamericana es consciente de que la promoción de una efectiva mejora del acceso a la justicia exige una serie de medidas dentro de la competencia del poder judicial. Asimismo, y teniendo en cuenta la importancia del presente documento para garantizar el acceso a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad, se recomienda a todos los poderes públicos que, cada uno dentro de su respectivo ámbito de competencia, promuevan reformas legislativas y adopten medidas que hagan efectivo el contenido de estas Reglas. Asimismo se hace un llamamiento a las Organizaciones Internacionales y Agencias de Cooperación para que tengan en cuenta estas Reglas en sus actividades, incorporándolas en los distintos programas y proyectos de modernización del sistema judicial en que participen.

CAPÍTULO I: PRELIMINAR

Sección 1ª.- Finalidad

(1) Las presentes Reglas tienen como objetivo garantizar las condiciones de acceso efectivo a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad, sin discriminación alguna, englobando el conjunto de políticas, medidas, facilidades y apoyos que permitan a dichas personas el pleno goce de los servicios del sistema judicial.

(2) Se recomienda la elaboración, aprobación, implementación y fortalecimiento de políticas públicas que garanticen el acceso a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad.

Los servidores y operadores del sistema de justicia otorgarán a las personas en condición de vulnerabilidad un trato adecuado a sus circunstancias singulares.

Asimismo se recomienda priorizar actuaciones destinadas a facilitar el acceso a la justicia de aquellas personas que se encuentren en situación de mayor vulnerabilidad, ya sea por la concurrencia de varias causas o por la gran incidencia de una de ellas.

Sección 2ª.- Beneficiarios de las Reglas

1.- Concepto de las personas en situación de vulnerabilidad

(3) Se consideran en condición de vulnerabilidad aquellas personas que, por razón de su edad, género, estado físico o mental, o por circunstancias sociales, económicas, étnicas y/o culturales, encuentran especiales dificultades para ejercitar con plenitud ante el sistema de justicia los derechos reconocidos por el ordenamiento jurídico.

(4) Podrán constituir causas de vulnerabilidad, entre otras, las siguientes: la edad, la discapacidad, la pertenencia a comunidades indígenas o a minorías, la victimización, la migración y el desplazamiento interno, la pobreza, el género y la privación de libertad.

La concreta determinación de las personas en condición de vulnerabilidad en cada país dependerá de sus características específicas, o incluso de su nivel de desarrollo social y económico.

2.- Edad

(5) Se considera *niño, niña y adolescente* a toda persona menor de dieciocho años de edad, salvo que haya alcanzado antes la mayoría de edad en virtud de la legislación nacional aplicable.

Todo niño, niña y adolescente debe ser objeto de una especial tutela por parte de los órganos del sistema de justicia en consideración a su desarrollo evolutivo.

(6) El envejecimiento también puede constituir una causa de vulnerabilidad cuando la *persona adulta mayor* encuentre especiales dificultades, atendiendo a sus capacidades funcionales, para ejercitar sus derechos ante el sistema de justicia.

3.- Discapacidad

(7) Se entiende por *discapacidad* la deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social.

(8) Se procurará establecer las condiciones necesarias para garantizar la accesibilidad de las personas con discapacidad al sistema de justicia, incluyendo aquellas medidas conducentes a utilizar todos los servicios judiciales requeridos y disponer de todos los recursos que garanticen su seguridad, movilidad, comodidad, comprensión, privacidad y comunicación.

4.- Pertenencia a comunidades indígenas

(9) Las personas integrantes de las *comunidades indígenas* pueden encontrarse en condición de vulnerabilidad cuando ejercitan sus derechos ante el sistema de justicia estatal. Se promoverán las condiciones destinadas a posibilitar que las personas y los pueblos indígenas puedan ejercitar con plenitud tales derechos ante dicho sistema de justicia, sin discriminación alguna que pueda fundarse en su origen o identidad indígenas. Los poderes judiciales asegurarán que el trato que reciban por parte de los órganos de la administración de justicia estatal sea respetuoso con su dignidad, lengua y tradiciones culturales.

Todo ello sin perjuicio de lo dispuesto en la Regla 48 sobre las formas de resolución de conflictos propios de los pueblos indígenas, propiciando su armonización con el sistema de administración de justicia estatal.

5.- Victimización

(10) A efectos de las presentes Reglas, se considera *víctima* toda persona física que ha sufrido un daño ocasionado por una infracción penal, incluida tanto la lesión física o psíquica, como el sufrimiento moral y el perjuicio económico. El término víctima también podrá incluir, en su caso, a la familia inmediata o a las personas que están a cargo de la víctima directa.

(11) Se considera *en condición de vulnerabilidad* aquella víctima del delito que tenga una relevante limitación para evitar o mitigar los daños y perjuicios derivados de la infracción penal o de su contacto con el sistema de justicia, o para afrontar los riesgos de sufrir una nueva victimización. La vulnerabilidad puede proceder de sus propias características personales o bien de las circunstancias de la infracción penal. Destacan a estos efectos, entre otras víctimas, las personas menores de edad, las víctimas de violencia doméstica o intrafamiliar, las víctimas de delitos sexuales, los adultos mayores, así como los familiares de víctimas de muerte violenta.

(12) Se alentará la adopción de aquellas medidas que resulten adecuadas para mitigar los efectos negativos del delito (victimización primaria).

Asimismo se procurará que el daño sufrido por la víctima del delito no se vea incrementado como consecuencia de su contacto con el sistema de justicia (victimización secundaria).

Y se procurará garantizar, en todas las fases de un procedimiento penal, la protección de la integridad física y psicológica de las víctimas, sobre todo a favor de aquéllas que corran riesgo de intimidación, de represalias o de victimización reiterada o repetida (una misma persona es víctima de más de una infracción penal durante un periodo de tiempo). También podrá resultar necesario otorgar una protección particular a aquellas víctimas que van a prestar testimonio en el proceso judicial. Se prestará una especial atención en los casos de violencia intrafamiliar, así como en los momentos en que sea puesta en libertad la persona a la que se le atribuye la comisión del delito.

6.- Migración y desplazamiento interno

(13) El desplazamiento de una persona fuera del territorio del Estado de su nacionalidad puede constituir una causa de vulnerabilidad, especialmente en los supuestos de los trabajadores migratorios y sus familiares. Se considera *trabajador migratorio* toda persona que vaya a realizar, realice o haya realizado una actividad remunerada en un Estado del que no sea nacional. Asimismo se reconocerá una protección especial a los beneficiarios del estatuto de *refugiado* conforme a la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951, así como a los *solicitantes de asilo*.

(14) También pueden encontrarse en condición de vulnerabilidad los *desplazados internos*, entendidos como personas o grupos de personas que se han visto forzadas u obligadas a escapar o huir de su hogar o de su lugar de residencia habitual, en particular como resultado o para evitar los efectos de un conflicto armado, de situaciones de violencia generalizada, de violaciones de los derechos humanos o de catástrofes naturales o provocadas por el ser humano, y que no han cruzado una frontera estatal internacionalmente reconocida.

7.- Pobreza

(15) La *pobreza* constituye una causa de exclusión social, tanto en el plano económico como en los planos social y cultural, y supone un serio obstáculo para el acceso a la justicia especialmente en aquellas personas en las que también concurre alguna otra causa de vulnerabilidad.

(16) Se promoverá la cultura o alfabetización jurídica de las personas en situación de pobreza, así como las condiciones para mejorar su efectivo acceso al sistema de justicia.

8.- Género

(17) La discriminación que la mujer sufre en determinados ámbitos supone un obstáculo para el acceso a la justicia, que se ve agravado en aquellos casos en los que concurra alguna otra causa de vulnerabilidad.

(18) Se entiende por *discriminación contra la mujer* toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.

(19) Se considera *violencia contra la mujer* cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado, mediante el empleo de la violencia física o psíquica.

(20) Se impulsarán las medidas necesarias para eliminar la discriminación contra la mujer en el acceso al sistema de justicia para la tutela de sus derechos e intereses legítimos, logrando la igualdad efectiva de condiciones.

Se prestará una especial atención en los supuestos de violencia contra la mujer, estableciendo mecanismos eficaces destinados a la protección de sus bienes jurídicos, al acceso a los procesos judiciales y a su tramitación ágil y oportuna.

9.- Pertenencia a minorías

(21) Puede constituir una causa de vulnerabilidad la pertenencia de una persona a una minoría nacional o étnica, religiosa y lingüística, debiéndose respetar su dignidad cuando tenga contacto con el sistema de justicia.

10.- Privación de libertad

(22) La *privación de la libertad*, ordenada por autoridad pública competente, puede generar dificultades para ejercitar con plenitud ante el sistema de justicia el resto de derechos de los que es titular la persona privada de libertad, especialmente cuando concurre alguna causa de vulnerabilidad enumerada en los apartados anteriores.

(23) A efectos de estas Reglas, se considera privación de libertad la que ha sido ordenada por autoridad pública, ya sea por motivo de la investigación de un delito, por el cumplimiento de una condena penal, por enfermedad mental o por cualquier otro motivo.

Sección 3ª.- Destinatarios: actores del sistema de justicia

(24) Serán destinatarios del contenido de las presentes Reglas:

a) Los responsables del diseño, implementación y evaluación de políticas públicas dentro del sistema judicial;
b) Los Jueces, Fiscales, Defensores Públicos, Procuradores y demás servidores que laboren en el sistema de Administración de Justicia de conformidad con la legislación interna de cada país;
c) Los Abogados y otros profesionales del Derecho, así como los Colegios y Agrupaciones de Abogados;
d) Las personas que desempeñan sus funciones en las instituciones de *Ombudsman*.
e) Policías y servicios penitenciarios.
f) Y, con carácter general, todos los operadores del sistema judicial y quienes intervienen de una u otra forma en su funcionamiento.

CAPÍTULO II: EFECTIVO ACCESO A LA JUSTICIA PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS

El presente Capítulo es aplicable a aquellas personas en condición de vulnerabilidad que han de acceder o han accedido a la justicia, como parte del proceso, para la defensa de sus derechos.

(25) Se promoverán las condiciones necesarias para que la tutela judicial de los derechos reconocidos por el ordenamiento sea efectiva, adoptando aquellas medidas que mejor se adapten a cada condición de vulnerabilidad.

Sección 1ª.- Cultura jurídica

(26) Se promoverán actuaciones destinadas a proporcionar información básica sobre sus derechos, así como los procedimientos y requisitos para garantizar un efectivo acceso a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad.

(27) Se incentivará la participación de funcionarios y operadores del sistema de justicia en la labor de diseño, divulgación y capacitación de una cultura cívica jurídica, en especial de aquellas personas que colaboran con la administración de justicia en zonas rurales y en áreas desfavorecidas de las grandes ciudades.

Sección 2ª.- Asistencia legal y defensa pública

1.- Promoción de la asistencia técnico jurídica a la persona en condición de vulnerabilidad

(28) Se constata la relevancia del asesoramiento técnico-jurídico para la efectividad de los derechos de las personas en condición de vulnerabilidad:

- En el ámbito de la asistencia legal, es decir, la consulta jurídica sobre toda cuestión susceptible de afectar a los derechos o intereses legítimos de la persona en condición de vulnerabilidad, incluso cuando aún no se ha iniciado un proceso judicial;
- En el ámbito de la defensa, para defender derechos en el proceso ante todas las jurisdicciones y en todas las instancias judiciales;
- Y en materia de asistencia letrada al detenido.

(29) Se destaca la conveniencia de promover la política pública destinada a garantizar la asistencia técnico-jurídica de la persona vulnerable para la defensa de sus derechos en todos los órdenes jurisdiccionales: ya sea a través de la ampliación de funciones de la Defensoría Pública, no solamente en el orden penal sino también en otros órdenes jurisdiccionales; ya sea a través de la creación de mecanismos de asistencia letrada: consultorías jurídicas con la participación de las universidades, casas de justicia, intervención de colegios o barras de abogados…

Todo ello sin perjuicio de la revisión de los procedimientos y los requisitos procesales como forma de facilitar el acceso a la justicia, a la que se refiere la Sección 4ª del presente Capítulo.

2.- Asistencia de calidad, especializada y gratuita

(30) Se resalta la necesidad de garantizar una asistencia técnico-jurídica de *calidad* y *especializada*. A tal fin, se promoverán instrumentos destinados al control de la calidad de la asistencia.

(31) Se promoverán acciones destinadas a garantizar la *gratuidad* de la asistencia técnico-jurídica de calidad a aquellas personas que se encuentran en la imposibilidad de afrontar los gastos con sus propios recursos y condiciones.

Sección 3ª.- Derecho a intérprete

(32) Se garantizará el uso de intérprete cuando el extranjero que no conozca la lengua o lenguas oficiales ni, en su caso, la lengua oficial propia de la comunidad, hubiese de ser interrogado o prestar alguna declaración, o cuando fuere preciso darle a conocer personalmente alguna resolución.

Sección 4ª.- Revisión de los procedimientos y los requisitos procesales como forma de facilitar el acceso a la justicia

(33) Se revisarán las reglas de procedimiento para facilitar el acceso de las personas en condición de vulnerabilidad, adoptando aquellas medidas de organización y de gestión judicial que resulten conducentes a tal fin.

1.- Medidas procesales

Dentro de esta categoría se incluyen aquellas actuaciones que afectan a la regulación del procedimiento, tanto en lo relativo a su tramitación, como en relación con los requisitos exigidos para la práctica de los actos procesales.

(34) Requisitos de acceso al proceso y legitimación

Se propiciarán medidas para la simplificación y divulgación de los requisitos exigidos por el ordenamiento para la práctica de determinados actos, a fin de favorecer el acceso a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad, y sin perjuicio de la participación de otras instancias que puedan coadyuvar en el ejercicio de acciones en defensa de los derechos de estas personas.

(35) Oralidad

Se promoverá la oralidad para mejorar las condiciones de celebración de las actuaciones judiciales contempladas en el Capítulo III de las presentes

Reglas, y favorecer una mayor agilidad en la tramitación del proceso, disminuyendo los efectos del retraso de la resolución judicial sobre la situación de las personas en condición de vulnerabilidad.

(36) Formularios

Se promoverá la elaboración de formularios de fácil manejo para el ejercicio de determinadas acciones, estableciendo las condiciones para que los mismos sean accesibles y gratuitos para las personas usuarias, especialmente en aquellos supuestos en los que no sea preceptiva la asistencia letrada.

(37) Anticipo jurisdiccional de la prueba

Se recomienda la adaptación de los procedimientos para permitir la práctica anticipada de la prueba en la que participe la persona en condición de vulnerabilidad, para evitar la reiteración de declaraciones, e incluso la práctica de la prueba antes del agravamiento de la discapacidad o de la enfermedad. A estos efectos, puede resultar necesaria la grabación en soporte audiovisual del acto procesal en el que participe la persona en condición de vulnerabilidad, de tal manera que pueda reproducirse en las sucesivas instancias judiciales.

2.- Medidas de organización y gestión judicial

Dentro de esta categoría cabe incluir aquellas políticas y medidas que afecten a la organización y modelos de gestión de los órganos del sistema judicial, de tal manera que la propia forma de organización del sistema de justicia facilite el acceso a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad. Estas políticas y medidas podrán resultar de aplicación tanto a jueces profesionales como a jueces no profesionales.

(38) Agilidad y prioridad

Se adoptarán las medidas necesarias para evitar retrasos en la tramitación de las causas, garantizando la pronta resolución judicial, así como una ejecución rápida de lo resuelto. Cuando las circunstancias de la situación de vulnerabilidad lo aconsejen, se otorgará prioridad en la atención, resolución y ejecución del caso por parte de los órganos del sistema de justicia.

(39) Coordinación

Se establecerán mecanismos de coordinación intrainstitucionales e interinstitucionales, orgánicos y funcionales, destinados a gestionar las interdependencias de las actuaciones de los diferentes órganos y entidades, tanto públicas como privadas, que forman parte o participan en el sistema de justicia.

(40) Especialización

Se adoptarán medidas destinadas a la especialización de los profesionales, operadores y servidores del sistema judicial para la atención de las personas en condición de vulnerabilidad.

En las materias en que se requiera, es conveniente la atribución de los asuntos a órganos especializados del sistema judicial.

(41) Actuación interdisciplinaria

Se destaca la importancia de la actuación de equipos multidisciplinarios, conformados por profesionales de las distintas áreas, para mejorar la respuesta del sistema judicial ante la demanda de justicia de una persona en condición de vulnerabilidad.

(42) Proximidad

Se promoverá la adopción de medidas de acercamiento de los servicios del sistema de justicia a aquellos grupos de población que, debido a las circunstancias propias de su situación de vulnerabilidad, se encuentran en lugares geográficamente lejanos o con especiales dificultades de comunicación.

Sección 5ª.- Medios alternativos de resolución de conflictos

1.- Formas alternativas y personas en condición de vulnerabilidad

(43) Se impulsarán las formas alternativas de resolución de conflictos en aquellos supuestos en los que resulte apropiado, tanto antes del inicio del proceso como durante la tramitación del mismo. La mediación, la conciliación, el arbitraje y otros medios que no impliquen la resolución del conflicto por un tribunal, pueden contribuir a mejorar las condiciones de acceso a la justicia de determinados grupos de personas en condición de vulnerabilidad, así como a descongestionar el funcionamiento de los servicios formales de justicia.

(44) En todo caso, antes de iniciar la utilización de una forma alternativa en un conflicto concreto, se tomarán en consideración las circunstancias particulares de cada una de las personas afectadas, especialmente si se encuentran en alguna de las condiciones o situaciones de vulnerabilidad contempladas en estas Reglas. Se fomentará la capacitación de los mediadores, árbitros y otras personas que intervengan en la resolución del conflicto.

2.- Difusión e información

(45) Se deberá promover la difusión de la existencia y características de estos medios entre los grupos de población que resulten sus potenciales usuarios cuando la ley permita su utilización.

(46) Cualquier persona vulnerable que participe en la resolución de un conflicto mediante cualquiera de estos medios deberá ser informada, con carácter previo, sobre su contenido, forma y efectos. Dicha información se suministrará de conformidad con lo dispuesto por la Sección 1ª del Capítulo III de las presentes reglas.

3.- Participación de las personas en condición de vulnerabilidad en la Resolución Alternativa de Conflictos

(47) Se promoverá la adopción de medidas específicas que permitan la participación de las personas en condición de vulnerabilidad en el mecanismo elegido de Resolución Alternativa de Conflictos, tales como la asistencia de profesionales, participación de intérpretes, o la intervención de la autoridad parental para los menores de edad cuando sea necesaria.

La actividad de Resolución Alternativa de Conflictos debe llevarse a cabo en un ambiente seguro y adecuado a las circunstancias de las personas que participen.

Sección 6ª.- Sistema de resolución de conflictos dentro de las comunidades indígenas

(48) Con fundamento en los instrumentos internacionales en la materia, resulta conveniente estimular las formas propias de justicia en la resolución de conflictos surgidos en el ámbito de la comunidad indígena, así como propiciar la armonización de los sistemas de administración de justicia estatal e indígena basada en el principio de respeto mutuo y de conformidad con las normas internacionales de derechos humanos.

(49) Además serán de aplicación las restantes medidas previstas en estas Reglas en aquellos supuestos de resolución de conflictos fuera de la comunidad indígena por parte del sistema de administración de justicia estatal, donde resulta asimismo conveniente abordar los temas relativos al peritaje cultural y al derecho a expresarse en el propio idioma.

CAPÍTULO III: CELEBRACIÓN DE ACTOS JUDICIALES

El contenido del presente Capítulo resulta de aplicación a cualquier persona en condición de vulnerabilidad que participe en un acto judicial, ya sea como parte o en cualquier otra condición.

(50) Se velará para que en toda intervención en un acto judicial se respete la dignidad de la persona en condición de vulnerabilidad, otorgándole un trato específico adecuado a las circunstancias propias de su situación.

Sección 1ª.- Información procesal o jurisdiccional

(51) Se promoverán las condiciones destinadas a garantizar que la persona en condición de vulnerabilidad sea debidamente informada sobre los aspectos relevantes de su intervención en el proceso judicial, en forma adaptada a las circunstancias determinantes de su vulnerabilidad.

1.- Contenido de la información

(52) Cuando la persona vulnerable participe en una actuación judicial, en cualquier condición, será informada sobre los siguientes extremos:

- La naturaleza de la actuación judicial en la que va a participar
- Su papel dentro de dicha actuación
- El tipo de apoyo que puede recibir en relación con la concreta actuación, así como la información de qué organismo o institución puede prestarlo

(53) Cuando sea parte en el proceso, o pueda llegar a serlo, tendrá derecho a recibir aquella información que resulte pertinente para la protección de sus intereses. Dicha información deberá incluir al menos:

- El tipo de apoyo o asistencia que puede recibir en el marco de las actuaciones judiciales
- Los derechos que puede ejercitar en el seno del proceso
- La forma y condiciones en las que puede acceder a asesoramiento jurídico o a la asistencia técnico-jurídica gratuita en los casos en los que esta posibilidad sea contemplada por el ordenamiento existente
- El tipo de servicios u organizaciones a las que puede dirigirse para recibir apoyo

2.- Tiempo de la información

(54) Se deberá prestar la información desde el inicio del proceso y durante toda su tramitación, incluso desde el primer contacto con las autoridades policiales cuando se trate de un procedimiento penal.

3.- Forma o medios para el suministro de la información

(55) La información se prestará de acuerdo a las circunstancias determinantes de la condición de vulnerabilidad, y de manera tal que se garantice que llegue a conocimiento de la persona destinataria. Se resalta la utilidad de crear o desarrollar oficinas de información u otras entidades creadas al efecto. Asimismo resultan destacables las ventajas derivadas de la utilización de las nuevas tecnologías para posibilitar la adaptación a la concreta situación de vulnerabilidad.

4.- Disposiciones específicas relativas a la víctima

(56) Se promoverá que las víctimas reciban información sobre los siguientes elementos del proceso jurisdiccional:

- Posibilidades de obtener la reparación del daño sufrido
- Lugar y modo en que pueden presentar una denuncia o escrito en el que ejercite una acción
- Curso dado a su denuncia o escrito
- Fases relevantes del desarrollo del proceso
- Resoluciones que dicte el órgano judicial

(57) Cuando exista riesgo para los bienes jurídicos de la víctima, se procurará informarle de todas las decisiones judiciales que puedan afectar a su seguridad y, en todo caso, de aquéllas que se refieran a la puesta en libertad de la persona inculpada o condenada, especialmente en los supuestos de violencia intrafamiliar.

Sección 2ª.- Comprensión de actuaciones judiciales

(58) Se adoptarán las medidas necesarias para reducir las dificultades de comunicación que afecten a la comprensión del acto judicial en el que participe una persona en condición de vulnerabilidad, garantizando que ésta pueda comprender su alcance y significado.

1.- Notificaciones y requerimientos

(59) En las notificaciones y requerimientos, se usarán términos y estructuras gramaticales simples y comprensibles, que respondan a las necesidades particulares de las personas en condición de vulnerabilidad incluidas en estas Reglas. Asimismo, se evitarán expresiones o elementos intimidatorios, sin perjuicio de las ocasiones en que resulte necesario el uso de expresiones conminatorias.

2.- Contenido de las resoluciones judiciales

(60) En las resoluciones judiciales se emplearán términos y construcciones sintácticas sencillas, sin perjuicio de su rigor técnico.

3.- Comprensión de actuaciones orales

(61) Se fomentarán los mecanismos necesarios para que la persona en condición de vulnerabilidad comprenda los juicios, vistas, comparecencias y otras actuaciones judiciales orales en las que participe, teniéndose presente el contenido del apartado 3 de la Sección 3ª del presente Capítulo,

Sección 3ª.- Comparecencia en dependencias judiciales

(62) Se velará para que la comparecencia en actos judiciales de una persona en condición de vulnerabilidad se realice de manera adecuada a las circunstancias propias de dicha condición.

1.- Información sobre la comparecencia

(63) Con carácter previo al acto judicial, se procurará proporcionar a la persona en condición de vulnerabilidad información directamente relacionada con la forma de celebración y contenido de la comparecencia, ya sea sobre la descripción de la sala y de las personas que van a participar, ya sea destinada a la familiarización con los términos y conceptos legales, así como otros datos relevantes al efecto.

2.- Asistencia

(64) Previa a la celebración del acto

Se procurará la prestación de asistencia por personal especializado (profesionales en Psicología, Trabajo Social, intérpretes, traductores u otros que se consideren necesarios) destinada a afrontar las preocupaciones y temores ligados a la celebración de la vista judicial.

(65) Durante el acto judicial

Cuando la concreta situación de vulnerabilidad lo aconseje, la declaración y demás actos procesales se llevarán a cabo con la presencia de un profesional, cuya función será la de contribuir a garantizar los derechos de la persona en condición de vulnerabilidad.

También puede resultar conveniente la presencia en el acto de una persona que se configure como referente emocional de quien se encuentra en condición de vulnerabilidad.

3.- Condiciones de la comparecencia

Lugar de la comparecencia

(66) Resulta conveniente que la comparecencia tenga lugar en un entorno cómodo, accesible, seguro y tranquilo.

(67) Para mitigar o evitar la tensión y angustia emocional, se procurará evitar en lo posible la coincidencia en dependencias judiciales de la víctima con el inculpado del delito; así como la confrontación de ambos durante la celebración de actos judiciales, procurando la protección visual de la víctima.

Tiempo de la comparecencia

(68) Se procurará que la persona vulnerable espere el menor tiempo posible para la celebración del acto judicial.

Los actos judiciales deben celebrarse puntualmente.

Cuando esté justificado por las razones concurrentes, podrá otorgarse preferencia o prelación a la celebración del acto judicial en el que participe la persona en condición de vulnerabilidad.

(69) Es aconsejable evitar comparecencias innecesarias, de tal manera que solamente deberán comparecer cuando resulte estrictamente necesario conforme a la normativa jurídica. Se procurará asimismo la concentración en el mismo día de la práctica de las diversas actuaciones en las que deba participar la misma persona.

(70) Se recomienda analizar la posibilidad de preconstituir la prueba o anticipo jurisdiccional de la prueba, cuando sea posible de conformidad con el Derecho aplicable.

(71) En determinadas ocasiones podrá procederse a la grabación en soporte audiovisual del acto, cuando ello pueda evitar que se repita su celebración en sucesivas instancias judiciales.

Forma de la comparecencia

(72) Se procurará adaptar el lenguaje utilizado a las condiciones de la persona en condición de vulnerabilidad, tales como la edad, el grado de madurez, el nivel educativo, la capacidad intelectiva, el grado de discapacidad o las condiciones socioculturales. Se debe procurar formular preguntas claras, con una estructura sencilla

(73) Quienes participen en el acto de comparecencia deben evitar emitir juicios o críticas sobre el comportamiento de la persona, especialmente en los casos de víctimas del delito.

(74) Cuando sea necesario se protegerá a la persona en condición de vulnerabilidad de las consecuencias de prestar declaración en audiencia pública, podrá plantearse la posibilidad de que su participación en el acto

judicial se lleve a cabo en condiciones que permitan alcanzar dicho objetivo, incluso excluyendo su presencia física en el lugar del juicio o de la vista, siempre que resulte compatible con el Derecho del país.

A tal efecto, puede resultar de utilidad el uso del sistema de videoconferencia o del circuito cerrado de televisión.

4.- Seguridad de las víctimas en condición de vulnerabilidad

(75) Se recomienda adoptar las medidas necesarias para garantizar una protección efectiva de los bienes jurídicos de las personas en condición de vulnerabilidad que intervengan en el proceso judicial en calidad de víctimas o testigos; así como garantizar que la víctima sea oída en aquellos procesos penales en los que estén en juego sus intereses.

(76) Se prestará especial atención en aquellos supuestos en los que la persona está sometida a un peligro de victimización reiterada o repetida, tales como víctimas amenazadas en los casos de delincuencia organizada, menores víctimas de abuso sexual o malos tratos, y mujeres víctimas de violencia dentro de la familia o de la pareja.

5.- Accesibilidad de las personas con discapacidad

(77) Se facilitará la accesibilidad de las personas con discapacidad a la celebración del acto judicial en el que deban intervenir, y se promoverá en particular la reducción de barreras arquitectónicas, facilitando tanto el acceso como la estancia en los edificios judiciales.

6.- Participación de niños, niñas y adolescentes en actos judiciales

(78) En los actos judiciales en los que participen menores se debe tener en cuenta su edad y desarrollo integral, y en todo caso:

- Se deberán celebrar en una sala adecuada.
- Se deberá facilitar la comprensión, utilizando un lenguaje sencillo.
- Se deberán evitar todos los formalismos innecesarios, tales como la toga, la distancia física con el tribunal y otros similares.

7.- Integrantes de comunidades indígenas

(79) En la celebración de los actos judiciales se respetará la dignidad, las costumbres y las tradiciones culturales de las personas integrantes de comunidades indígenas, conforme a la legislación interna de cada país.

Sección 4ª.- Protección de la intimidad

1.- Reserva de las actuaciones judiciales

(80) Cuando el respeto de los derechos de la persona en condición de vulnerabilidad lo aconseje, podrá plantearse la posibilidad de que las actuaciones jurisdiccionales orales y escritas no sean públicas, de tal manera que solamente puedan acceder a su contenido las personas involucradas.

2.- Imagen

(81) Puede resultar conveniente la prohibición de la toma y difusión de imágenes, ya sea en fotografía o en vídeo, en aquellos supuestos en los que pueda afectar de forma grave a la dignidad, a la situación emocional o a la seguridad de la persona en condición de vulnerabilidad.

(82) En todo caso, no debe estar permitida la toma y difusión de imágenes en relación con los niños, niñas y adolescentes, por cuanto afecta de forma decisiva a su desarrollo como persona.

3.- Protección de datos personales

(83) En las situaciones de especial vulnerabilidad, se velará para evitar toda publicidad no deseada de los datos de carácter personal de los sujetos en condición de vulnerabilidad.

(84) Se prestará una especial atención en aquellos supuestos en los cuales los datos se encuentran en soporte digital o en otros soportes que permitan su tratamiento automatizado.

CAPÍTULO IV: EFICACIA DE LAS REGLAS

Este Capítulo contempla expresamente una serie de medidas destinadas a fomentar la efectividad de las Reglas, de tal manera que contribuyan de manera eficaz a la mejora de las condiciones de acceso a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad.

1.- Principio general de colaboración

(85) La eficacia de las presentes Reglas está directamente ligada al grado de colaboración entre sus destinatarios, tal y como vienen definidos en la Sección 3ª del Capítulo I.

La determinación de los órganos y entidades llamadas a colaborar depende de las circunstancias propias de cada país, por lo que los principales impulsores de las políticas públicas deben poner un especial cuidado tanto para identificarlos y recabar su participación, como para mantener su colaboración durante todo el proceso.

(86) Se propiciará la implementación de una instancia permanente en la que puedan participar los diferentes actores a los que se refiere el apartado anterior, y que podrá establecerse de forma sectorial.

(87) Se destaca la importancia de que el Poder Judicial colabore con los otros Poderes del Estado en la mejora del acceso a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad.

(88) Se promoverá la participación de las autoridades federales y centrales, de las entidades de gobierno autonómico y regional, así como de las entidades estatales en los estados federales, dado que frecuentemente el ámbito de sus competencias se encuentra más próximo a la gestión directa de la protección social de las personas más desfavorecidas.

(89) Cada país considerará la conveniencia de propiciar la participación de las entidades de la sociedad civil por su relevante papel en la cohesión social, y por su estrecha relación e implicación con los grupos de personas más desfavorecidas de la sociedad.

2.- Cooperación internacional

(90) Se promoverá la creación de espacios que permitan el intercambio de experiencias en esta materia entre los distintos países, analizando las causas del éxito o del fracaso en cada una de ellas o, incluso, fijando buenas prácticas. Estos espacios de participación pueden ser sectoriales.

En estos espacios podrán participar representantes de las instancias permanentes que puedan crearse en cada uno de los Estados.

(91) Se insta a las *Organizaciones Internacionales y Agencias de Cooperación* para que:

- Continúen brindando su asistencia técnica y económica en el fortalecimiento y mejora del acceso a la justicia.
- Tengan en cuenta el contenido de estas Reglas en sus actividades, y lo incorporen, de forma transversal, en los distintos programas y proyectos de modernización del sistema judicial en que participen.
- Impulsen y colaboren en el desarrollo de los mencionados espacios de participación.

3.- Investigación y estudios

(92) Se promoverá la realización de estudios e investigaciones en esta materia, en colaboración con instituciones académicas y universitarias.

4.- Sensibilización y formación de profesionales

(93) Se desarrollarán actividades que promuevan una cultura organizacional orientada a la adecuada atención de las personas en condición de vulnerabilidad a partir de los contenidos de las presentes Reglas.

(94) Se adoptarán iniciativas destinadas a suministrar una adecuada formación a todas aquellas personas del sistema judicial que, con motivo de su intervención en el proceso, tienen un contacto con las personas en condición de vulnerabilidad.

Se considera necesario integrar el contenido de estas Reglas en los distintos programas de formación y actualización dirigidos a las personas que trabajan en el sistema judicial.

5.- Nuevas tecnologías

(95) Se procurará el aprovechamiento de las posibilidades que ofrezca el progreso técnico para mejorar las condiciones de acceso a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad.

6.- Manuales de buenas prácticas sectoriales

(96) Se elaborarán instrumentos que recojan las mejores prácticas en cada uno de los sectores de vulnerabilidad, y que puedan desarrollar el contenido de las presentes Reglas adaptándolo a las circunstancias propias de cada grupo.

(97) Asimismo se elaborará un catálogo de instrumentos internacionales referidos a cada uno de los sectores o grupos mencionados anteriormente.

7.- Difusión

(98) Se promoverá la difusión de estas Reglas entre los diferentes destinatarios de las mismas definidos en la Sección 3ª del Capítulo I.

(99) Se fomentarán actividades con los medios de comunicación para contribuir a configurar actitudes en relación con el contenido de las presentes Reglas.

8.- Comisión de seguimiento

(100) Se constituirá una Comisión de Seguimiento con las siguientes finalidades:

- Elevar a cada Plenario de la Cumbre un informe sobre la aplicación de las presentes Reglas.
- Proponer un Plan Marco de Actividades, a efectos de garantizar el seguimiento a las tareas de implementación del contenido de las presentes reglas en cada país.
- A través de los órganos correspondientes de la Cumbre, promover ante los organismos internacionales hemisféricos y regionales, así como ante las Cumbres de Presidentes y Jefes de Estado de Iberoamérica, la definición, elaboración, adopción y fortalecimiento de políticas públicas que promuevan el mejoramiento de las condiciones de acceso a la justicia por parte de las personas en condición de vulnerabilidad.
- Proponer modificaciones y actualizaciones al contenido de estas Reglas.

La Comisión estará compuesta por cinco miembros designados por la Cumbre Judicial Iberoamericana. En la misma podrán integrarse representantes de las otras Redes Iberoamericanas del sistema judicial que asuman las presentes Reglas. En todo caso, la Comisión tendrá un número máximo de nueve miembros.

Anexos

República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Anexo

Número: IF-2024-136508194-APN-DNHFYSF#MS

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Jueves 12 de Diciembre de 2024

Referencia: ANEXO - Expte. EX-2024-108192594- -APN-DNHFYSF#MS

NORMAS MÍNIMAS PARA HABILITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y CONSUMOS PROBLEMÁTICOS Y ESTÁNDARES PARA LA SUPERVISIÓN PERIÓDICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

Se establecen en el presente anexo, los estándares mínimos para la habilitación de los servicios de salud mental y consumos problemáticos públicos y privados.

1. **Área competente**
2. **Ámbito de aplicación**
3. **Establecimientos prestacionales comprendidos**
4. **Documentación requerida para el inicio del trámite**
5. **Procedimiento**
6. **Consideraciones generales para todos los establecimientos**
7. **Estructura y recurso físico**
8. **Respecto al recurso humano**
9. **Recomendaciones generales**
10. **Descripción de los establecimientos prestacionales**

1. ÁREA COMPETENTE:

La habilitación de los establecimientos de salud mental y consumos problemáticos estará a cargo de la Dirección Nacional de Habilitación, Fiscalización y Sanidad de Fronteras del Ministerio de Salud de la Nación.

2. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

Establecimientos sometidos a jurisdicción del MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN en materia de habilitación y fiscalización.

3. ESTABLECIMIENTOS COMPRENDIDOS:

Las modalidades de establecimientos comprendidas en el presente anexo son:

A- Dispositivos Ambulatorios:

- CONSULTORIO/S Y/O GABINETE/S EXTERNO/s DE SALUD MENTAL Y CONSUMOS PROBLEMÁTICOS
- CENTRO DE SALUD MENTAL Y /O CONSUMOS PROBLEMÁTICOS
- HOSPITAL DE DÍA Y/O CONSUMOS PROBLEMÁTICOS
- HOSPITAL DE DIA CON COMPONENTE DE INTERNACIÓN.
- CENTRO DE DÍA COMUNITARIO
- DISPOSITIVO/EMPRENDIMIENTO DE INCLUSIÓN SOCIO LABORAL
- SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

B- Dispositivos Residenciales:

- DISPOSITIVO HABITACIONAL CON DIFERENTES GRADOS DE APOYO:
  - DISPOSITIVO HABITACIONAL CON BAJO A MODERADO NIVEL DE APOYO DE ESTANCIA TRANSITORIA
  - DISPOSITIVO HABITACIONAL CON BAJO A MODERADO NIVEL DE APOYO DE ESTANCIA PROLONGADA PARA PERSONAS CON PROBLEMÁTICAS DE CONSUMO
  - DISPOSITIVO HABITACIONAL CON ALTO NIVEL DE APOYO DE ESTANCIA TRANSITORIA

C-Dispositivos con Internación:

-SERVICIO DE SALUD MENTAL EN HOSPITAL/CLÍNICA/SANATORIO

4. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA EL INICIO DEL TRÁMITE:

-En caso de tratarse de una persona humana se deberá iniciar con CUIT y clave fiscal del propietario del establecimiento de salud a habilitar.

-En caso de persona Jurídica se deberá iniciar con CUIT de la Razón Social.

4.1.-Formulario de solicitud de habilitación del establecimiento (TAD).

4.2.- Título de propiedad, contrato de locación o comodato (según el titular sea propietario, locatario o comodatario del inmueble) vigente o cualquier otro título que acredite fehacientemente el derecho de uso y goce sobre el inmueble que se pretende habilitar con firmas certificadas por escribano público de las partes intervinientes En el caso del contrato de comodato o cualquier otro título que acredite fehacientemente el derecho de uso y goce sobre el inmueble que se pretende habilitar, adjuntar título de propiedad. Tanto el contrato de alquiler como el contrato de comodato tienen que especificar en sus respectivas cláusulas el plazo del mismo y el destino de uso del inmueble. De la documentación aportada debe surgir el número del piso, el departamento y el número de unidad funcional que debe ser coincidente con el que figura en los documentos mencionados.

4.3.- En el caso de tratarse de Sociedades Comerciales y/o Civiles. En ese sentido la Sociedad. Se deberá

adjuntar:

a) Estatuto Social, debidamente inscripto en el registro pertinente en caso de corresponder, autenticado por Escribano Público, en el que se indique el objeto.

b) Acta del Órgano de Administración de la Sociedad que designa a la Dirección Técnica/Médica autenticada por Escribano Público.

c) Constancia de la última elección de autoridades con mandato vigente que permita acreditar que el solicitante posee poder suficiente para representar la voluntad social.

d) Documentación emanada de la sociedad que acredite la participación de un profesional de la salud dando cumplimiento con lo dispuesto en el artículo 39 de la Ley 17.132.

4.4.- La excepción del apartado 4.3.d. lo constituyen las entidades de bien público sin fines de lucro según los dispuesto en el artículo 39 inciso 5 de la Ley 17.132.

4.5.- Si el establecimiento se encuentra en una propiedad sometida al régimen de propiedad horizontal, se debe adjuntar reglamento de copropiedad. Debe vislumbrarse el número del piso, departamento y número de unidad funcional. Del mismo debe surgir que el ejercicio de la actividad que se pretende habilitar no se encuentra prohibido por dicho reglamento. Caso contrario, deberá acompañar autorización o constancia fehaciente con fecha posterior a la del Reglamento de Copropiedad que acredite que la actividad que se pretende habilitar dejó de estar prohibida por el consorcio o masa de copropietarios.

4.6.- Plano del establecimiento a habilitar:
-En caso de tratarse de habilitación de 1 a 3 consultorios deberá, a elección del solicitante, presentarse un croquis, indicando la totalidad de los locales con destinos de uso y medidas lineales y de superficie, según corresponda, con firma y sello del titular sanitario o plano presentado ante GCABA indicando los locales con destinos de uso y medidas lineales y de superficie, según corresponda, con firma y sello del titular sanitario.

-En caso de ser más de tres consultorios, deberá adjuntar al expediente el plano presentado ante GCABA indicando los locales con destinos de uso y medidas lineales y de superficie, según corresponda, con firma y sello del titular sanitario

4.7.- Disposición de habilitación y/o Código QR del inicio de trámite emitida por la autoridad local. El rubro y/o actividad de la habilitación que se consigne en las mismas deberá coincidir con la categoría sanitaria que se pretenda habilitar ante esta autoridad. En caso de tratarse de 3 consultorios o menos, que la propiedad sanitaria no sea de una persona jurídica y que -según el caso- el establecimiento no se encuentre con acceso desde la vía pública se podrá eximir de la entrega de habilitación y/o Código QR del inicio de trámite emitida por la autoridad local.

4.8.- Certificado de vacunación de hepatitis B que incluya nombre y apellido del profesional solicitante o serología de laboratorio con resultado reactivo de anticuerpos de superficie contra la Hepatitis B o DECLARACIÓN JURADA DE INMUNIZACIÓN.

4.9.- Los establecimientos que posean equipo emisores alcanzados por las normas de radio física deberán detallar la aparatología y solicitar su habilitación sanitaria con su correspondiente pago de tasa.

4.10.- Comprobante del pago del arancel correspondiente al trámite de habilitación.

4.11.- Solicitar la Autorización para ejercer de cada uno de los profesionales no titulares que se desempeñarán en

el establecimiento de salud, adjuntando una nota de solicitud consignando los datos del establecimiento de salud y de su titular, así como también los datos del/los profesionales/es sanitario/s a autorizar. El documento debe estar suscripto por el Titular o Apoderado del Establecimiento y por el Profesional. Las firmas deberán estar certificadas, con su correspondiente pago de tasa

4.12.- En caso de tener publicidad en páginas web, redes sociales y o cualquier otro medio digital, deberá solicitar dicha autorización, deberá iniciar el trámite de publicidad del Arte de Cuidar, con su correspondiente pago de tasa.

4.13.- En caso de tratarse de la habilitación de un Servicio que forma parte de un establecimiento de mayor envergadura, se deberá presentar la habilitación sanitaria de dicho establecimiento y/o número de expediente por el cual tramita dicha habilitación.

5. PROCEDIMIENTO PARA LA HABILITACIÓN Y FISCALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y CONSUMOS PROBLEMÁTICOS.

HABILITACIÓN:

- La evaluación para la posterior habilitación de todos los establecimientos contemplados en el presente anexo como ámbito de aplicación aprobado por la presente resolución, estará a cargo de la Dirección Nacional de Habilitación, Fiscalización y Sanidad de Fronteras del Ministerio de Salud de la Nación.

- Sin perjuicio de ello, en caso de que existan incongruencias con los presentes estándares fijados por esta anexo la direccion actuante dara intervencion a la Direccion Nacional de Abordaje integral de salud mental y consumos problemáticos, solicitando la asistencia técnica, colaboración e intervención de la COMISIÓN PERMANENTE DE TRABAJO Y ASISTENCIA TÉCNICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS Y PRIVADOS.

5.1. El/la administrador/a deberá iniciar la solicitud para la habilitación de Servicios de Salud Mental y Consumos Problemáticos Públicos o Privados a través de Trámites a Distancia (TAD) con la incorporación de la documentación referida en el punto 4, generándose el número de expediente en forma automática, a partir del cual se dará inicio al trámite.

5.2. El área de asesoramiento de la Dirección Nacional de Habilitación, Fiscalización y Sanidad de Fronteras analizará el cumplimiento de los requisitos y la documentación obligatoria aportada en el expediente. Se analizará la documentación presentada y se procederá a su aprobación, rechazo o pedido de subsanación según corresponda.

5.3. Cumplimentado el punto 5.2. se remitirá el expediente a la Coordinación de Inspectores para la designación del inspector.

5.4. Finalizada la inspección correspondiente, el área interviniente confeccionará in situ el acta, la que deberá ser firmada por quien recepcione al equipo evaluador, debiendo consignarse en caso de existir negativa. Posteriormente, el inspector de dicha Dirección Nacional realizará un informe técnico en la faz de su competencia que adjuntará al expediente para la prosecución del trámite.

5.5. Cumplimentado el punto 5.4, en los casos en que intervenga la COMISIÓN PERMANENTE DE TRABAJO Y ASISTENCIA TÉCNICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS Y PRIVADOS, la misma emitirá un opinión consultiva sobre el cumplimiento de los estándares normados en el presente Anexo, dentro del plazo de 30 días hábiles administrativos de recibido el expediente para su intervención.

En el caso de cumplido el plazo 30 días hábiles administrativos de recibido el expediente, sin que la COMISIÓN PERMANENTE DE TRABAJO Y ASISTENCIA TÉCNICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS Y PRIVADOS, se expida, se estará a lo establecido en la Ley de Procedimiento Administrativo respecto al silencio de la administración.

FISCALIZACIÓN:

5.6. La Dirección Nacional de Habilitación, Fiscalización y Sanidad de Fronteras ante la decisión de realizar una inspección, cualquiera sea su causa, caratulará un expediente dando inicio al procedimiento.

5.7. Concluida la inspección, llevada a cabo por la Dirección Nacional de Habilitación, Fiscalización y Sanidad de Fronteras, los inspectores confeccionarán acta en la faz de sus competencias, las que deberán ser firmadas por quien los recepcione, debiendo consignarse en caso de existir negativa.

5.8. Sin perjuicio de ello, en caso de que existan incongruencias con los presentes estándares fijados por esta anexo la direccion actuante dara intervencion a la Direccion Nacional de Abordaje integral de salud mental y consumos problemáticos, solicitando la asistencia técnica, colaboración e intervención de la COMISIÓN PERMANENTE DE TRABAJO Y ASISTENCIA TÉCNICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS Y PRIVADOS.

5.9. En los casos previstos en el punto 5.8 la COMISIÓN PERMANENTE DE TRABAJO Y ASISTENCIA TÉCNICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS Y PRIVADOS emitirá un opinión consultiva dentro del plazo de 30 días hábiles administrativos de recibido el expediente para su intervención.

5.10. La Dirección Nacional de Habilitación, Fiscalización y Sanidad de Fronteras cuando las condiciones higiénico-sanitarias, la insuficiencia de elementos, condiciones técnicas y/o eficiencia de las prestaciones así lo hicieren pertinente, podrá clausurar, suspender o cancelar la habilitación, disponer su clausura y/o instruir sumario de estilo con el objeto de investigar los hechos, deslindar responsabilidades del personal y profesionales actuantes, ponderar las circunstancias y aplicar las sanciones previstas en el art. 125 de la Ley 17.132 y el Decreto Reglamentario Nº 6.216/67, y demás normas modificatorias, complementarias y concordantes.

6. CONSIDERACIONES GENERALES PARA TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS

● Los establecimientos aquí mencionados comprenden a los efectores del ámbito público, privado y de la seguridad social.

● La referencia a la atención de Salud Mental incluye la atención de personas con adicciones y/o consumos

problemáticos.

● Se privilegia el desarrollo de diversidad de servicios a fin de brindar cobertura a todos los grupos etarios: niñas/os y adolescentes, personas adultas y personas mayores.

● Los establecimientos a habilitar sanitariamente deben contar con la acreditación del inicio de trámite de habilitación otorgada por la autoridad local para el rubro correspondiente.

● Los establecimientos deben dar cumplimiento a la Ley 26.657 “Ley Nacional de Salud Mental”, normativa jurisdiccional de salud mental y las normas vigentes vinculadas al abordaje de la Salud/Salud Mental.

● Los establecimientos deben dar cumplimiento al artículo 34 de la Ley 17.132 “Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración de las mismas”, formulando una declaración relacionada con la orientación que imprimirá a las actividades del establecimiento, especificando la índole y modalidad de las prestaciones a cubrir y las modalidades de las contraprestaciones a cargo de los prestatarios.

● Los establecimientos deben dar cumplimiento al artículo 35 de la Ley 17.132 “Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas”, acreditando que el establecimiento reúne los requisitos que se establezcan en la documentación de dicha ley, en relación con sus instalaciones, equipos, instrumental, número de profesionales, especialistas y colaboradores/as, habida cuenta del objeto de su actividad, de los servicios que ofrece, así como de que no constituye por su ubicación un peligro para la salud pública. Asimismo, según el artículo 37, una vez otorgada la habilitación los establecimientos no podrán introducir modificación alguna en su denominación y/o razón social, en las modalidades de las prestaciones ni reducir sus servicios sin autorización previa de la autoridad competente.

● Los establecimientos deben dar cumplimiento a las normas de accesibilidad vigentes dispuestas por la autoridad local. No deberán existir barreras arquitectónicas. El ancho de las circulaciones no deberá ser menor a 1,10m. Los accesos estarán debidamente identificados.

● Como pauta general a todas las prestaciones comprendidas en cada efector debe tenerse en consideración el principio de consentimiento informado, los establecimientos deben dar cumplimiento a la Ley 26.529 “Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud” respecto del proceso sobre el consentimiento informado y para la preservación y el resguardo de las historias clínicas (en formato físico o digital).

● Respecto al modelo de historia clínica, deberá incluir campos para consignar: a) datos personales, familiares, referente afectivo y del sistema de cobertura médica; b) evaluación diagnóstica; c) antecedentes del estado actual; d) estado actual; e) evaluación del equipo tratante con estrategias terapéuticas con intervenciones orientadas a la inclusión y la vida independiente; f) entrevistas a familiares; g)consentimiento informado de la persona;h) evaluación de otras especialidades; i) registro de enfermería; j) apartado legal; k) permisos de salida y visitas autorizadas. Verificador propuesto: modelo de historia clínica (digital o física).

● Los establecimientos deben contar con un libro de quejas, en un espacio accesible de uso común para las

personas usuarias, referentes afectivos y toda persona que lo requiera u otros mecanismos de retroalimentación de la voz y derechos de las personas, garantizando la disponibilidad e inviolabilidad (buzón, encuestas de satisfacción, entre otros).

● Independientemente de la supervisión y fiscalización de la Dirección Nacional de Habilitación, Fiscalización y Sanidad de Frontera del Ministerio de Salud de la Nación, los establecimientos y servicios de salud mental, quedarán sujetos a la supervisión del Órgano de Revisión de cada Jurisdicción -o el nacional en caso de no poseer organismo jurisdiccional- y la autoridad local de aplicación).
El Órgano de Revisión Local, tiene dentro de sus funciones controlar el cumplimiento de la Ley 26.657, en particular en lo atinente al resguardo de los Derechos Humanos de las personas usuarias del sistema de salud mental (art. 40º inc. a, f y k).
Esto adquiere especial relevancia en aquellos efectores en los cuales se realicen internaciones, así como en las unidades residenciales con apoyos y aquellas emplazadas en Centro de Día Comunitario, y otros efectores descritos en la presente norma. Quedan exceptuados los establecimientos Consultorio de Salud Mental, Atención domiciliaria y Dispositivo/emprendimiento de Inclusión socio-laboral.

● Los establecimientos deberán contar con un convenio/contrato de traslado de residuos sanitarios y, en el caso de que corresponda, patogénicos.

● Todos los dispositivos residenciales y de internación tipificados en el presente Anexo deberán contar con un desfibrilador.

● Todos los dispositivos ambulatorios, residenciales y de internación tipificados en el presente Anexo deberán contar con un plan de evacuación.

● Las prestaciones detalladas para cada efector son las básicas, lo cual no excluye la realización de otras siempre que sean acordes y tiendan a la inclusión social de la población asistida.

● Los establecimientos deberán poseer línea telefónica, la que deberán acreditar.

● Todo establecimiento, de acuerdo a las características deberá:

a) Prevenir y preservar la seguridad de los concurrentes, albergados, visitantes y personas debiendo cumplir con la legislación vigente en los aspectos que le fueran aplicables.
b) Contar con un Director/a Técnico la designación del mismo se debe dirigir por lo normado en el artículo 13 “Del equipo interdisciplinario” de la Ley 26.657 que será responsable ante las autoridades sanitarias por el cumplimiento de las leyes, decretos, resoluciones y demás normativas vigentes en la materia. Serán sus obligaciones: 1) Controlar por el medio que corresponda la calidad del personal profesional habilitado y de toda persona que ejerciere o pretendiera hacerlo, en el ámbito del establecimiento. 2) Adoptar los recaudos para que los profesionales tratantes confeccionen y evolucionen, en tiempo y forma, las historias clínicas de cada concurrente o albergados como parte integrante del acto asistencial. 3) Conservar adecuadamente archivadas y por el plazo de diez (10) años las Historias Clínicas, posterior a la última intervención realizada con la persona usuaria. 4) Denunciar a la autoridad que corresponda todo hecho o acto de carácter delictivo que llegara a su conocimiento. 5) Velar por un eficaz y adecuado tratamiento de los concurrentes o albergados del establecimiento. 6) Propender al buen mantenimiento de equipos e instrumental, así como

de las condiciones de limpieza, aseo, seguridad y conservación de dependencias. Podrá contar con personal propio o con contrato de servicios tercerizados. 7) Dar cumplimento a las notificaciones dispuestas en las leyes: N° 26.657Ley Nacional de Salud Mental, N°24.417 de Protección Contra la Violencia Familiar y la N° 27.130Ley Nacional de Prevención del Suicidio.

● Listado de personal profesional con nombre y apellido, documento de identidad, domicilio particular y matrícula con certificación del Colegio Profesional emitido por el ente colegiado del distrito correspondiente.

● Todos los establecimientos tipificados en el presente Anexo deberán colocar en forma visible placa/cartel de identificación de las autoridades del establecimiento y a los profesionales que conforman el equipo médico y su especialidad.

● La modalidad de abordaje considerada deberá estar enmarcada en el paradigma de salud mental con base en las comunidades expresada en el marco normativo internacional y nacional vigente.

● Todos los establecimientos tipificados en el presente Anexo deberán presentar el proyecto institucional y la documentación pertinente donde detalle tipo de actividad que realizará y programa terapéutico institucional con fundamentación, objetivos, metodología a aplicar y actividades o prestaciones, las cuales deben definir el perfil institucional.

● Todos los dispositivos residenciales y todos los dispositivos con internación tipificados en el presente Anexo deberán contar con profesional médico, quien tendrá a cargo la realización de diagnósticos, pronósticos y tratamientos. Denunciará todo caso confirmado o sospechoso de enfermedad infecto-contagiosa, dejando constancia en las Historias Clínicas.

● Todos los dispositivos residenciales, los dispositivos con internación y el servicio de atención domiciliaria, tipificados en el presente Anexo, deberán poseer y acreditar la contratación de un Servicio de Emergencias Médicas Móviles de derivación, debidamente habilitado por autoridad sanitaria competente.

● Todos los dispositivos residenciales y todos los dispositivos con internación, tipificados en el presente Anexo deberán contar con menú confeccionado por nutricionista.

● Todos los dispositivos residenciales y todos los dispositivos con internación, tipificados en el presente Anexo deben contar con servicio de cocina, mucamas, y/o servicios de viandas en caso de corresponder.

7-CONSIDERACIONES GENERALES PARA TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS EN CUANTO A SU ESTRUCTURA, RECURSO FÍSICO y EQUIPAMIENTO:

● Los establecimientos deben dar cumplimiento a las normativas jurisdiccionales y nacionales vigentes y sus modificatorias, según el tipo de establecimiento.

Características constructivas comunes a todos los establecimientos según la función que desarrollan:

● **Paredes:** serán lisas y sin molduras, de fácil limpieza y desinfección. Los locales que usen revestimiento serán de material impermeable, resistente a lavados corrosivos y/o abrasivos, preferentemente hasta nivel cielorraso.

● **Pisos y zócalos:** resistentes al desgaste, lisos no porosos, antideslizantes, lavables, continuos, impermeables. Los zócalos serán rectos o sanitarios (deseable).

● **Cielorraso:** tendrá una altura mínima de 2.40m de tipo continuo, sin fisuras o rajaduras; suspendido o aplicado bajo losa; y debe encontrarse en buen estado de conservación.

● **Iluminación:** tendrá suficiente luz natural y/o artificial en todos los locales. Las fuentes de luz artificial deben estar de acuerdo con la legislación vigente. No se aceptará iluminación fluorescente.

● **Recepción/ Sala de Espera para las personas usuarias:** contará con una superficie mínima de 12m2 (Se estima 2,5m2 por silla de ruedas y 2m2 por persona). Con espacio para sillas de ruedas y, en caso de atención de niña/os estará preparada con ambientación acorde y deberá contar con espacio para juegos. La sala deberá contar con sillas y cestos de residuos codificados (orgánicos, reciclables y residuos comunes). El ancho mínimo de la puerta debe ser de 80 cm y una altura no inferior a 2,40 m. En el caso de que el establecimiento sea consultorio la sala superficie mínima de la sala de espera deberá ser de 6m2 para el primer consultorio, añadiendo 2m2 por cada consultorio adicional.

● **Secretaría/recepción:** para tareas administrativas. Contará con mostrador, escritorio, sillas y mueble de guardado de historias clínicas con cerradura. Con computadora con acceso a internet. Contará con una superficie mínima de 6m2 para un (1) puesto de trabajo y de 9m2 para dos (2) puestos de trabajo.

● **Instalación Sanitaria:** el dispositivo dispondrá de agua potable fría y caliente, con temperatura regulable, en cantidades suficientes para las necesidades operacionales. Los desagües contarán con sifones y piletas de piso con rejillas.

● **Sanitarios:**

- o Deberán cumplir con la normativa vigente en cada jurisdicción.
- o Sólo podrán contar con espejo de acrílico.
- o Deberán tener lavatorio e inodoro.
- o No deberán tener bañadera. Podrán tener un receptáculo para ducha con piso antideslizante y agarraderas en la ducha.
- o Los accesorios varios (agarraderas, toalleros, etc.) deberán ser preferentemente de plástico o de material similar.
- o Cada dispositivo deberá tener al menos un baño adaptado para personas con movilidad reducida por piso y sector según normativa vigente y, en el caso de contar con sala de espera, el acceso deberá estar garantizado desde la misma.

● Todos los establecimientos destinados a la atención de pacientes deberán garantizar un acceso mediante rampas para personas con discapacidad o movilidad reducida. Aquellos que posean más de una planta deberán contar con ascensor, rampa o medio alternativo de elevación.

● **Instalación Eléctrica:** las instalaciones eléctricas del dispositivo estarán embutidas, sin cables expuestos, con

llaves térmicas y de corte.

● Todos los establecimientos deberán tener luces de emergencia y grupo electrógeno, exceptuando de este último a los consultorios externos (10.1).

● **Climatización y ventilación:** contará con un sistema de climatización apropiado para cada zona geográfica del país, asegurando una temperatura de confort y una adecuada ventilación para garantizar la renovación del aire. El mismo deberá ser por aire acondicionado frio/calor o sistema central de climatización frío calor.

● **Ventanas:** podrán ser de abrir y/o fijas (si cuentan con sistema de ventilación central). A partir del 1er piso inclusive deberán contar con sistemas de protección y vidrios de seguridad, como policarbonato laminados o similares. En caso de servicios residenciales y de internación, contarán con mecanismos de oscurecimiento para brindar confort.

● **Puertas:** el ancho libre de las puertas deberá permitir el normal acceso de una camilla o silla de ruedas. El ancho mínimo de la puerta debe ser de 80 cm.

● **Corrientes débiles:** telefonía, internet entre otros.

● **Señalética:** Todos los locales deberán estar señalizados según su función e identificarse individualmente.

● Se deberá contar con materiales ignífugos con el certificado correspondiente.

● **Depósito/Office de Limpieza:** con área de guardado para elementos e insumos de limpieza y carro de limpieza. La superficie se calculará en función a la envergadura del establecimiento. Superficie mínima: 2m2. Con pileta profunda. Con llave de agua para cargado de baldes a 0,50 cm del piso. Superficie mínima en ensanche de circulación cerrado: 3 m2; o Office en local cerrado: 4m2.

● Se deberá contar con servicio de limpieza, con personal propio o servicio tercerizado.

● **Depósito de Residuos Comunes (domiciliarios):** destinado al almacenamiento de residuos comunes con su correcta codificación (orgánicos, reciclables y residuos comunes).

● **Depósito de Residuos Biopatogénicos:** destinado al almacenamiento transitorio de aquellos desechos o elementos materiales biopatogénicos (por separado), según normativa vigente. La superficie se calculará en función a la envergadura del establecimiento. Superficie mínima por local 2m2.

● Siempre que el dispositivo tenga personal de enfermería deberá haber en el establecimiento un **Office de Enfermería:** contará con pileta con agua caliente y fría, mesada, depósito de medicamentos con llave, muebles/estantería para guarda de elementos de enfermería, heladera, descartador, cestos de residuos codificados. Además, contará con insumos tales como termómetro, tensiómetro, oxímetro, nebulizador, oxígeno, glucómetro, puerta con llave, entre otros. Para el caso de Servicio de Internación del Servicio de Salud Mental en Hospital/Clínica General o Polivalente la superficie mínima es de Oficina unipersonal 10m2 y Oficina doble 16m.

● Se deberá contar con detectores de humo.

● En caso de contar con **cocina** la misma deberá tener cocina con campana, extractor, bacha con agua fría y caliente llave de corte de gas, llave de corte de luz y térmicas, heladera, depósito de alimentos, mueble para guarda de utensilios- Se destinará un espacio de la cocina para el guardado de vajilla. Superficie mínima: 9m.

● En el caso de que el dispositivo deba contar con **Office de Alimentación** para el uso del personal del Centro de
Salud contará con una mesada con pileta (agua caliente y fría), desagüe, anafe y heladera. Con una superficie mínima de 6m2.

● En el caso de que deba contar con **Depósito de Alimentos**: contará con estanterías fijas o móviles para el guardado de los alimentos. Podrá estar dentro de la cocina o del office de alimentación.

● En caso de que los establecimientos donde circulen pacientes posean **escaleras** las mismas deberán tener protección.

● En caso de contar con **Oficina para Conducción y/o reuniones** del equipo de salud: podrá contar con pizarra, cesto y escritorio con cajones. La superficie mínima es de 9 m2 para mesas con 6 sillas y 12 m2 para mesas con 8 sillas.

● En el caso de que corresponda contar con **Salón de Usos Múltiples (SUM) y/o Comedor**, para psicoterapias grupales, multifamiliares o terapia ocupacional, musicoterapia, asambleas, actividades recreativas y/o reuniones de equipos: contará con una superficie mínima de 9 m2 (mesa con 6 sillas) o 12m2 (mesa con 8 sillas). El ancho mínimo de la puerta debe ser de 80 cm y una altura no inferior a 2m.

8-RECURSO HUMANO

● La denominación "**Recurso Humano**" es la utilizada por todas las directrices y normas de habilitación publicadas por el Ministerio de Salud de la Nación, e incluye personal profesional, técnico, administrativo.

> En relación con el personal profesional, deben estar matriculados/as en la jurisdicción donde se desempeñan y en el caso de ser especialistas, estar registrados/as por la autoridad jurisdiccional (Ministerio de Salud o Colegios de ley de acuerdo con la jurisdicción). Además, deben estar registrados/as en REFEPS (Red Federal de Registro de Profesionales de la Salud).

● Deberán designar una **Dirección Técnica**, este deberá estar a cargo de un/una profesional de la salud de grado universitario, habilitado para el ejercicio de su profesión en el ámbito de la salud, y contar con antecedentes suficientes y formación comprobada en los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental que acrediten su incumbencia, competencia y currículo para el puesto, como así también en administración y/o gestión de servicios de salud y/o salud pública; de acuerdo a lo normado en el **artículo 13 "Del equipo interdisciplinario" de la Ley 26.657**.

● El Recurso Humano debe ser suficiente en cantidad e idoneidad para la actividad desarrollada.

● La denominación de **"equipo interdisciplinario básico de salud mental"** por diferentes tipos de profesionales

con su respectiva matriculación y estará integrado mínimamente por psiquiatra, psicólogo y luego se podrá ampliar a otros profesionales matriculados.

● Se destaca la importancia de la **articulación interdisciplinaria** con otros/as profesionales y técnicos vinculados/as al campo de la Salud/Salud Mental.

● En cuanto a los **requisitos de acreditación del personal directivo y/o con función de coordinación**, se establece el requisito de acreditar experiencia no menor a 5 años en servicios de salud/salud mental, con capacidad de integrar los distintos saberes que componen al equipo de trabajo.

● Los establecimientos deben contar con **personal administrativo** y un ambiente adecuado para el funcionamiento de las tareas que desempeñen. Se recomienda la capacitación en salud mental del mismo y la integración en actividades con el resto del personal de trabajo.

● Los establecimientos alcanzados por la siguiente norma, una vez habilitados, deben llevar al día un **libro de asistencia diaria del personal profesional**, con firma (y/o sello) de la autoridad a cargo, indicando horario de entrada y de salida.

● Los establecimientos deberán contar con un **registro de ingresos y egresos de pacientes** en el que se indicarán los datos completos de familiares de referencia y de responsabilidades.

9-RECOMENDACIONES GENERALES

• Se recomienda que el dispositivo cuente con cobertura de seguro civil y seguro de mala praxis.

10- DESCRIPCIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS PRESTACIONALES

A-DISPOSITIVOS AMBULATORIOS (1)

10.1.- CONSULTORIO/S Y/O GABINETE/S EXTERNO/S DE SALUD MENTAL Y/O CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

DEFINICIÓN:

Servicio de atención ambulatoria para la atención en Salud Mental a cargo de uno/a o más profesionales de Salud Mental.

RECURSO HUMANO

Profesionales de la salud mental con acreditación para atención en consultorio y/o gabinete:

● Médico/a Psiquiatra
● Psicólogo/a
● Psicopedagogo/a en caso de atención infantojuvenil(en las jurisdicciones con la acreditación

correspondiente)

- Musicoterapeuta
- Terapista ocupacional
- Psicomotricista en caso de requerir esa prestación (en las jurisdicciones con la acreditación correspondiente)

Podrán incorporarse otros/as profesionales según la modalidad de funcionamiento del establecimiento asistencial.

RECURSOS FÍSICOS

LOCALES Y/O ÁREAS MÍNIMAS:

- Consultorio de atención individual y/o grupal. Se describe cada uno de ellos:

  - Consultorio de atención individual: para la atención y/o tratamientos individuales a cargo de un/a profesional. Contará con una superficie mínima de 7.5m2, un lado mínimo de 2,5 m y una altura no inferior a 2,40 m. El ancho mínimo de la puerta debe ser de 80 cm. Sus condiciones ambientales procurarán privacidad, buena ventilación e iluminación adecuada.

  - Consultorio de atención grupal: para la atención y/o tratamientos grupales a cargo de un/a o más profesionales. Contará con una superficie mínima de 12m. Para prestaciones de terapia ocupacional deberá contar con mesada y pileta (agua fría y caliente) y sanitario. El ancho mínimo de la puerta debe ser de 80 cm y una altura no inferior a 2,40 m. Sus condiciones ambientales procurarán privacidad, buena ventilación e iluminación adecuada.

- Sala de Espera: ver generales en punto 7.

- Sanitarios: ver generales en punto 7.

EQUIPAMIENTO

- Consultorio de atención individual: contará con escritorio, sillas, cesto y perchero. Con computadora con acceso a internet (deseable). En el caso de que el consultorio sea para la atención de niñas y niños también incluirá: mesa y sillas adecuadas, kit de material lúdico y didáctico, material de librería y juguetes. Se deberá disponer de mueble con cerradura

- Consultorio de atención grupal: contará con escritorio, mesa, sillas, cesto y perchero. Con televisión, equipo de música, sistema de reproducción de video. Multimedia. Con computadora con acceso a internet (deseable). Podrá disponer de mueble con cerradura. En el caso de que el consultorio sea para la atención de niñas y niños también incluirá: mesa y sillas acordes, kit de material lúdico y didáctico, material de librería y juguetes, material de estimulación y equipamiento sensoriomotor. Para prestaciones de terapia ocupacional y musicoterapia también deberá contar con elementos e insumos relacionados a las actividades.

10.2.- CENTRO DE SALUD MENTAL Y/O CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

DEFINICIÓN:

Establecimiento para la atención de la Salud Mental conformado por múltiples servicios de atención ambulatoria. Estará conformado por al menos 3 consultorios de atención individual y un consultorio de atención grupal o salón de usos múltiples.

El establecimiento podrá contar con otros servicios de salud/salud mental tales como centro de día comunitario u hospital de día, a fin de ampliar la cobertura de servicios ambulatorios para un abordaje integral y territorial de la salud mental. En tal caso, deberá cumplimentar los requisitos de funcionamiento cada uno descriptos en cada norma, permitiendo compartir y optimizar los espacios comunes (recepción, sala de espera, etc.), sin detrimento del funcionamiento de cada uno de los servicios. Puede estar emplazado en un centro de salud general.

Podrá contar también con dispositivos/emprendimientos de Inclusión socio-laboral (para mayores de 16 años). En tal caso, debe garantizarse la proyección comunitaria de los mismos, facilitando el acceso de la comunidad a los servicios y/o productos que se comercialicen y la organización y funcionamiento independiente a los otros establecimientos de salud.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Principales actividades: acciones preventivas, promocionales y de educación para la salud; evaluación diagnóstica integral, orientación/consejería (individual, vincular), atención clínica (individual, vincular); abordaje territorial (domiciliario y comunitario) e intersectorial (participación en mesas de gestión, redes comunitarias y dispositivos socio-sanitarios, entre otros);

Puede incluir acciones de rehabilitación psicosocial.

Puede incluir capacitación/ supervisión/matriciamento a equipos de salud y actores comunitarios.

Puede incluir servicio de atención a la crisis, acorde al nivel de complejidad del establecimiento.

Horario de atención: Se recomienda que brinden atención de lunes a viernes en los turnos mañana, tarde y vespertino, con extensión a los fines de semana, según proyecto institucional para garantizar las necesidades de cobertura.

RECURSO HUMANO:

Equipo profesional y técnico básico:

● **Dirección:** Profesional del campo de la salud mental habilitado por autoridad competente: Respecto a los requisitos de acreditación del personal directivo y/o con función de coordinación, ver “Consideraciones Generales punto 6 y 8” Recomendable médico/a psiquiatra.

●**Equipo profesional básico:** profesionales del campo de la salud mental habilitado por autoridad competente: psicólogo/a, médico/a, médico/a psiquiatra, enfermero/a, trabajador/a social.

● La dotación profesional estará integrada por al menos **3 (tres) disciplinas** del equipo básico de salud mental (psicología, enfermería, terapia ocupacional, trabajador social o psiquiatría), debiendo incluir obligatoriamente la presencia de:

Psiquiatra o médico con formación de posgrado/ especialidad en salud mental o Psicólogo/a.

Equipo Ampliado:

Se recomienda la inclusión y/o articulación con otros profesionales del campo de la salud/salud mental, entre ellos musicoterapeuta, psicopedagogo/a, psicomotricista, nutricionista, kinesiólogo/a, fonoaudiólogo/a, neurólogo/a, médico/ generalista, clínico, pediatra, entre otros, así como técnicos/as en salud (acompañantes terapéuticos, promotores/as de salud, agentes sanitarios, entre otros) y profesionales.

GRILLA DE RECURSO HUMANO PROFESIONAL Y TÉCNICO

Equipo profesional y técnico mínimo para 20 personas	
Puesto	**Horas mínimas semanales de cada profesional (*)**
Dirección	**20**
Al menos 3 profesionales del equipo básico de salud mental, (que incluya médico/a y psicólogo/a):	
-Médico/a: psiquiatra o médico con formación de posgrado/ especialidad en salud mental.	**12**
- Psicología	**20**
- Terapia ocupacional	**12**
- Trabajo social	**12**
- Enfermería	**40**
(*) La cantidad de horas de cada profesional estará sujeta a la población de referencia/a cargo del establecimiento y al proyecto institucional. **Recomendaciones de organización del recurso humano:** **- Se recomienda destinar 2 de horas semanales para reunión de equipo, con la participación del personal profesional y de apoyo.**	

RECURSOS FÍSICOS

Locales y/o áreas mínimas y Equipamiento:

- Consultorio de atención individual: conforme requisitos detallados en apartado 10.1: “Consultorio/s Salud Mental. Recursos Físicos”.

- Consultorio de atención grupal: conforme requisitos detallados en apartado 10.1: “Consultorio/s Salud Mental. Recursos Físicos”.

- Salón de usos Múltiples (SUM): ver generales en punto 7.

- Secretaría para tareas administrativas. ver generales en punto 7.

- Recepción / Sala de Espera para las personas usuarias: ver generales en punto 7.

- Oficina para Conducción y/o reuniones del equipo de salud: ver generales en punto 7.

- Office de Alimentación: ver generales en punto 7.

- Depósito de limpieza: ver generales en punto 7.

- Sanitario para personal.

- Sanitario Público: ver generales en punto 7.

- Office de Enfermería. ver generales en punto 7.

10.3.- HOSPITAL DE DÍA SALUD MENTAL Y/O CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

DEFINICIÓN

Servicio para el tratamiento ambulatorio intensivo de salud mental y la rehabilitación psicosocial. Está destinado principalmente a personas con padecimiento mental durante o luego de una situación de crisis.

Permite evitar internaciones y/o recaídas, a partir del alta hacia la vida en comunidad. Es un dispositivo de asistencia breve que apunta a preservar el vínculo de la persona usuaria con la comunidad hasta tanto pueda continuar su tratamiento, en caso de ser necesario, en otros efectores de la Red Integrada de Salud / Salud Mental.

Se diseñan proyectos de atención singulares de acuerdo a cada persona usuaria, asegurando su participación y, de ser pertinente, la de sus referentes vinculares y en el marco de los sistemas de apoyos necesarios para su implementación.

Puede formar parte de un establecimiento de Salud / Salud Mental (hospital general/clínica polivalente o centro de salud mental) o ser independiente. También podrá funcionar simultáneamente con Centro de Día, cumplimentando los requisitos de Centros Día sin detrimento del funcionamiento de cada uno de los servicios.

Puede estar orientado a la atención de un perfil poblacional específico (niñas, niños y adolescentes, consumos problemáticos, entre otros).

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Principales actividades: Evaluación diagnóstica integral; orientación/consejería (individual, vincular); atención clínica intensiva, (individual, vincular); rehabilitación psicosocial (apoyo/integración psicosocial para la Inclusión productiva/ laboral/ educativa/ social) y actividades terapéuticas/artísticas/corporales/ educativas/ productivas, entre otras, en articulación con ámbitos comunitarios.

Puede incluir abordaje territorial (domiciliario y comunitario), acompañamiento terapéutico y sistemas de apoyo.

Puede incluir servicio de atención a la crisis, acorde al nivel de complejidad.

Horario de atención:

Es deseable contar con atención en las diferentes franjas horarias (mañana, tarde y vespertina y noche) de lunes a viernes, pudiendo ser extendida a los fines de semana según proyecto institucional para garantizar las necesidades de cobertura.

Se sugiere en caso de jornada simple ofrecer cobertura de no menos de 4 hs. y en caso de jornada completa ofrecer no menos de 7 hs.

Aclaración: Los programas de actividades en el Hospital de día serán flexibles para compatibilizar con las actividades de la vida cotidiana de la población usuaria, priorizando la integración en ámbitos educativos, recreativos y de inserción productiva (esto último para mayores de 16 años).

A las personas usuarias se les proveerá:

- Media jornada: Desayuno o merienda

- Jornada completa: Desayuno (o merienda) y almuerzo (o cena)

RECURSO HUMANO

Equipo Profesional y Técnico Básico:

● Director/a. Profesional del campo de la salud mental habilitado por autoridad competente: Respecto a los requisitos de acreditación del personal directivo y/o con función de coordinación, ver “Consideraciones Generales punto 6 y 8” Recomendable médico/a psiquiatra.

Personal Profesional:

- Médico/a Psiquiatra.
- Psicólogo/a.
- Trabajador/a Social (en jurisdicciones con acreditación correspondiente).
- Enfermero/a.
- Terapista ocupacional (en caso de jurisdicciones que no cuenten la disponibilidad de este recurso, podrá ser reemplazado por otro profesional del área psicosocial)
- Nutricionista.
- Musicoterapeuta
- Talleristas

Equipo Ampliado:

Es recomendable la inclusión de, kinesiólogo/a o psicomotricista como así también docentes especiales, profesores/as de educación física, entre otros, con formación específica según proyecto institucional. Se recomienda la incorporación de personal con tareas de acompañamiento (acompañante terapéutico y/o operador/a comunitario u otras figuras según jurisdicción) como parte de los sistemas de apoyos a personas con padecimiento mental que lo requieran.

En caso de Hospital de día orientado a un grupo poblacional específico, deberá incorporar como obligatorio un porcentaje no menor al 50% de profesionales y equipo técnico con formación en dicho perfil poblacional (ej.: abordaje de niñas, niños y adolescentes). Asimismo, se recomienda la incorporación de las especialidades necesarias para garantizar la calidad de atención de cada perfil poblacional (ej.: en caso de niño/as y adolescentes, se privilegia la incorporación de psicopedagogo/as, fonoaudiólogo/a, médico/a pediatra, neurólogo/a, entre otros).

GRILLA DE RECURSO HUMANO PROFESIONAL Y TÉCNICO

Equipo profesional y técnico mínimo para 30 personas	
Puesto	**Horas mínimas semanales de cada profesional**
Director	**25**
Psicología	**30**
Psiquiatría	**15**

Enfermería	*****
Terapia ocupacional	**10**
Trabajo social	**8**
Nutrición	**6**
Talleristas	**Según proyecto institucional**
Musicoterapeuta	**10**
Figuras de apoyo	**Según proyecto institucional**
***cantidad de horas correspondiente al tipo de jornada a habilitar** **Se recomienda destinar 2 horas semanales para reunión de equipo, con la participación del personal profesional y de apoyo.**	

RECURSOS FÍSICOS

Locales y/o áreas mínimas y Equipamiento:

●Consultorio de atención individual (mínimo 2 consultorios): conforme requisitos detallados en apartado10.1: “Consultorio/s Salud Mental. Recursos Físicos”.

● Consultorio de atención grupal: En caso de consultorio grupal: conforme requisitos detallados en apartado 10.1: “Consultorio/s Salud Mental. Recursos Físicos”.

● Secretaría/recepción: para tareas administrativas. ver generales en punto 7.

● Sala de Espera: ver generales en punto 7.

● Oficina para Conducción y/o reuniones del equipo de salud: ver generales en punto 7.

●Salón de usos Múltiples (SUM) y/o comedor (para psicoterapia grupal, familiar, terapia ocupacional, musicoterapia, asamblea, actividades recreativas, reuniones de equipo): ver generales en punto 7.

● Office de Enfermería: ver generales en punto 7.

● Cocina: ver generales en punto 7.

● Depósito de Alimentos: ver generales en punto 7.

● Office de limpieza: este local puede ser propio o compartirse con otros servicios del Hospital. ver generales en punto 7.

● Depósito de Residuos Comunes (domiciliarios): ver generales en punto 7.

● Depósito de Residuos Biopatogénicos: puede estar disponible en el hospital/clínica. ver generales en punto 7.

● Sanitarios para concurrentes: ver generales en punto 7.

● Sanitario de personal: este local puede ser propio o compartirse con otros servicios del Hospital.

Locales Recomendables:

● Áreas descubiertas para esparcimiento: con patio, terraza o jardín de uso exclusivo.

Locales Opcionales:

● Aula/Taller: para entrenamiento en oficios y producción. Superficie mínima: conforme requisitos detallados en apartado 2: Centro de Salud Mental. Recursos Físicos.

Equipamiento de Locales Recomendables:

● Aula/Taller: el equipamiento dependerá de la actividad que se realice en este espacio.

● Áreas descubiertas para esparcimiento: contará con el equipamiento exterior necesario por proyecto.

10.3.1 HOSPITAL DE DIA CON COMPONENTE DE INTERNACIÓN.

El hospital de día con componente de internación está indicado en aquellos casos de atención de personas que aún no se encuentran estabilizadas y requieren por determinadas circunstancias de riesgo, internarse por un breve período, para rápidamente reinsertarse en el dispositivo comunitario donde recibían con antelación, su tratamiento (hospital de día-Consultorio Externo) o para derivarse , al dispositivo comunitario correspondiente a su problemática. A los efectos de una internación en la misma institución deberá garantizarse la separación del dispositivo de internación del ambulatorio, diferenciando los espacios y la funcionalidad.

La atención que se preste en el Hospital de Día con Internación, tiene como objetivo la asistencia tanto interna como externa (de la comunidad)

CONSIDERACIONES GENERALES:

● Hospital de día: Ver en punto 10.3: Hospital de día

●Componente de Internación: Ver en punto 10.8 internación de salud mental con guardia, Recurso Humano Internación 10.8 y Planta física Internación –Guardia 10. 8.a.

● Habitaciones: Deberá contar con una superficie de 7,50 m2 por cama como mínimo y un cubaje de 20 m3. A fin de dar cobertura a la totalidad de los requerimientos, privilegiando la internación de las personas en la propia comunidad, y favoreciendo la inclusión comunitaria con perspectiva de derechos.

10.4.- CENTRO DE DÍA COMUNITARIO

DEFINICIÓN:

Servicio dedicado a la rehabilitación psicosocial con el propósito de fortalecer las capacidades de las personas usuarias y generar mayores grados de autonomía en el desarrollo de las actividades significativas para la vida cotidiana en comunidad. Está destinado principalmente a personas con requerimiento de tratamiento prolongado en Salud Mental.

Puede estar orientado o disponer programas diferenciados para la atención de un perfil poblacional específico (personas mayores, entre otros).

Puede funcionar simultáneamente con Hospital de Día, cumplimentando los requisitos de Hospital Día.

También podrá contar con Dispositivos/emprendimientos de Inclusión socio-Laboral (para mayores de 16 años).

El establecimiento deberá estar integrado a la red de servicios de Salud/Salud Mental. Es condición de funcionamiento la referencia acreditada a un efector de salud o servicio que garantice la cobertura de urgencias en salud /salud mental. Asimismo, el equipo de salud promoverá la articulación con los establecimientos o servicios ambulatorios donde las personas realicen tratamientos de salud/salud mental.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Principales actividades: Promoción, tratamiento, recuperación y/o mantenimiento de habilidades para la vida diaria (cuidado personal, administración del dinero, movilidad, alimentación, vestimenta e higiene, entre otros); Orientación/consejería (individual, vincular); rehabilitación psicosocial (apoyo/integración psicosocial para la Inclusión productiva/ laboral/ educativa/ social. Incluye acompañamiento terapéutico y sistemas de apoyo) y actividades recreativas, artísticas, físicas, educativas, productivas según proyecto institucional y en articulación con ámbitos comunitarios.

Los programas de actividades serán flexibles para compatibilizar con las actividades de la vida cotidiana de la población usuaria, priorizando la integración en ámbitos educativos, recreativos y de inserción productiva de la comunidad. Se diseñan estrategias personalizadas para cada persona, con su participación y la de sus referentes vinculares, considerando los sistemas de apoyos sociosanitarios requeridos. Se recomienda la inclusión de talleres vinculados al manejo de tecnologías de la información y la comunicación. Se considerará la perspectiva de interculturalidad, género y diversidad, con los apoyos necesarios para ejercer la maternidad y paternidad en caso requerido.

Horario de atención: De lunes a viernes, pudiendo ser extendido a los fines de semana, según proyecto

institucional para garantizar las necesidades de cobertura.

A las personas usuarias se les podrá proveer:

- Media jornada: Desayuno o merienda
- Jornada completa: Desayuno (o merienda) y almuerzo (o cena)

RECURSO HUMANO:

Equipo Profesional y Técnico Básico:

- **Director/a.** Profesional del campo de la salud mental habilitado por autoridad competente: Recomendable médico/a psiquiatra. Respecto a los requisitos de acreditación del personal directivo y/o con función de coordinación, ver "Consideraciones Generales punto 6 y 8"

- **Equipo profesional básico:** médico/a, psicólogo/a, enfermero/a, trabajador/a social, terapista ocupacional, musicoterapeuta, psicomotricista(acreditado/as) según jurisdicción, psicopedagogo/a (acreditados/as según jurisdicciones acreditadas), nutricionista.

- **Personal profesional:** al menos 3 (tres) profesionales del equipo básico de salud mental, que incluya:

  - Un profesional del área psicosocial (terapista ocupacional, psicólogo/a, trabajador/a social)

  - Psiquiatra o médico con formación de posgrado/ especialidad en salud mental, con función de asistencia, enlace/interconsulta con área médica.

- Personal con formación específica en las actividades recreativas, artísticas y de apoyo según proyecto institucional (talleristas, docentes especiales, profesores/as de educación física, entre otros).

Equipo Ampliado:

Es recomendable la inclusión de otros profesionales de la salud mental (musicoterapeuta, psicomotricista, psicopedagogo/a) y de la salud (kinesiólogo/a, neurólogo, entre otros), como así también docentes especiales, talleristas, profesores/as de educación física, entre otros, con formación específica según proyecto institucional. Se recomienda la incorporación de personal con tareas de acompañamiento (acompañante, terapéutico, operador/a comunitario u otras figuras según jurisdicción) como parte de los sistemas de apoyos a personas con padecimiento mental que lo requieran.

En caso de Centro de Día con orientación para grupo poblacional específico, incorpora como obligatorio un porcentaje no menos de 50% de profesionales y equipo técnico con formación en dicho perfil poblacional (ej.: gerontología para personas mayores). Asimismo, se recomienda la inclusión de las especialidades requeridas para garantizar la calidad de atención del grupo poblacional (ej.: para personas mayores: contar con kinesiólogo/a, neurología, psicomotricista, entre otros).

GRILLA DE RECURSO HUMANO PROFESIONAL Y TÉCNICO

Equipo profesional y técnico mínimo para 30 personas	
Puesto	**Horas mínimas semanales de cada profesional**
Dirección	**25**
Psicología	**30**
Psiquiatría	**15**
Enfermería	*****
Terapia ocupacional	**10**
Trabajo social	**8**
Nutrición	**6**
Talleristas	**Según proyecto institucional**
Musicoterapeuta	**10**
Figuras de apoyo	**Según proyecto institucional**
***cantidad de horas correspondiente al tipo de jornada a habilitar** **Se recomienda destinar 2 horas semanales para reunión de equipo, con la participación del personal profesional y de apoyo.**	

RECURSOS FÍSICOS

Locales y/o áreas mínimas y Equipamiento:

- Consultorio de atención individual (mínimo 2 consultorios) conforme requisitos detallados en apartado10.1: “Consultorio/s Salud Mental. Recursos Físicos”.

- Consultorio de atención grupal: En caso de consultorio grupal: conforme requisitos detallados en apartado 10.1: “Consultorio/s Salud Mental. Recursos Físicos”.

- Recepción / Secretaría: ver generales en punto 7.

● Sala de Espera: ver generales en punto 7.

● Oficina para Conducción y/o reuniones del equipo de salud: Ver generales

●Comedor y/o Salón de usos Múltiples (SUM) (para psicoterapia grupal, familiar, terapia ocupacional, musicoterapia, asamblea, actividades recreativas, reuniones de equipo): ver generales en punto 7.

● Cocina: ver generales en punto 7.

● Depósito de alimentos. ver generales en punto 7.

● Office de limpieza: ver generales en punto 7.

● Depósito de Residuos Comunes (domiciliarios): ver generales en punto 7.

● Depósito de Residuos Biopatogénicos: ver generales en punto 7.

● Sanitarios para concurrentes. Incluirá sanitarios para personas con discapacidad. Ver generales en punto 7.

● Sanitario de personal. Este local puede ser propio o compartirse con otros servicios del Hospital.

● Office de enfermería: ver generales en punto 7.

Locales Recomendables:

● Áreas descubiertas para esparcimiento: con patio, terraza o jardín de uso exclusivo. Se estima 1,80m2 por persona. Superficie mínima: 18m2. Contará con el equipamiento exterior necesario por proyecto.

Locales Opcionales:

● Aula/Taller: para entrenamiento en oficios y producción. Superficie mínima: conforme requisitos detallados en apartado 7: “Salón de Usos Múltiples (SUM)”. El equipamiento dependerá de la actividad que se realice en este espacio.

10.5.- EMPRENDIMIENTO DE INCLUSIÓN SOCIOLABORAL

DEFINICIÓN:

Es un servicio socio laboral sanitario destinado a la integración sociolaboral de las personas con padecimiento mental y/o en situación de vulnerabilidad psicosocial. Puede estar destinado a adolescentes (mayores de 16 años), personas adultas y/o mayores con padecimiento mental y abierto a la comunidad.

Se recomienda su emplazamiento en sedes propias o en establecimientos dependientes de otros sectores sociales con inserción comunitaria. Puede también emplazarse en otros establecimientos de salud, tales como centro de salud/salud mental o centro de día. En tal caso, debe garantizarse la proyección comunitaria del dispositivo, facilitando el acceso de la comunidad a los servicios y/o productos que se comercialicen y la organización y funcionamiento independiente a los otros establecimientos de salud.

Se destaca la realización de actividades significativas, valoradas socialmente, remuneradas y ajustadas a las posibilidades e intereses de las personas. Se promoverá un modelo de organización que privilegie la horizontalidad, la solidaridad y la participación activa de las y los integrantes.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Principales actividades: Capacitación en oficios y programas de apoyo para el empleo; gestión, producción y comercialización de productos, servicios y emprendimientos laborales; apoyos socio sanitarios necesarios para la participación en los procesos socio-productivos.

Se recomienda la participación colaborativa de administrador/a de empresas, contador/a, abogado/a y/o economista. Asimismo, se recomienda la inclusión de persona con tareas de acompañamiento (acompañante terapéutico y/o operador/a socio terapéutico u otras figuras, según jurisdicción, en función de los requerimientos de apoyos evaluados.

Horario de actividades: Diurno y/o vespertino

RECURSOS HUMANOS:

Equipo profesional y técnico básico:

- **Coordinador/a.** Profesional del campo de la salud mental habilitado por autoridad competente. Recomendable Psicólogo/a. Respecto a los requisitos de acreditación del personal directivo y/o con función de coordinación, ver “Consideraciones Generales”.

- Al menos 2 (dos) profesionales del equipo interdisciplinario básico de salud mental, que incluya mínimo un (1) profesional del área psicosocial (psicólogo/a, trabajador/a social o terapista ocupacional). Debe incluir la figura de coordinador/a. Respecto a los requisitos de acreditación del personal directivo y/o con función de coordinación, ver “Consideraciones Generales”

- Uno/a o más talleristas o técnicos/as en oficio con formación en la labor específica.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

Estará equipado con las maquinarias, herramientas y materiales propios de cada actividad ocupacional, a implementar en instalaciones acondicionadas a tal efecto, y en las que se preverán las medidas de seguridad, de habilitación del área correspondiente y cobertura de seguros de acuerdo a la normativa vigente para cada caso.

GRILLA DE RECURSO HUMANO PROFESIONAL Y TÉCNICO

Equipo técnico y profesional mínimo para una jornada de 4 hs	
Puesto	**Horas mínimas semanales de cada profesional**
Coordinador	**10**
Al menos 2 profesionales del equipo básico de salud mental que incluya mínimo 1 profesional del área psicosocial (psicólogo/a, trabajador/a social o terapista ocupacional).	**15**
Personal de apoyo (acompañante terapéutico, operador/a socio terapéutico, otros)	**Según proyecto institucional**
Talleristas	**Según proyecto institucional**
Recomendaciones de organización de recurso humano **Personal de apoyo:** **- Para bajo nivel de apoyo: hasta 2 veces por semana.** **- Para mediano nivel de apoyo: hasta 3 veces por semana..** **- Para alto nivel de apoyo: hasta 5 veces a la semana.** **Se recomienda la inclusión de terapista ocupacional dentro del equipo profesional.** **Se deberá contar con disponibilidad horaria para reunión de equipo y articulación intersectorial.**	

RECURSOS FÍSICOS

Locales y/o áreas mínimas y equipamiento:

- Cocina: ver generales en punto 7.
- Depósito de Alimentos: ver generales en punto 7.
- Sala de usos Múltiples (SUM) y/o comedor: ver generales en punto 7.
- Depósito de Residuos Comunes: ver generales en punto 7.
- Office de limpieza: ver generales en punto 7.

● Sanitarios: ver generales en punto 7.

Opcional (según proyecto institucional):

● Aula / Taller: Para entrenamiento en oficios y producción. El equipamiento dependerá de los requerimientos de la actividad productiva y/o servicios que se desarrollen, garantizando los insumos y equipamientos necesarios

● Depósito para el guardado de insumos y herramientas de los talleres que se desarrollen en el dispositivo. Deberá localizarse contiguo a las Aulas / Talleres.

● Áreas descubiertas. Si se desarrollan actividades como, por ejemplo: huerta o jardinería u otras, el dispositivo deberá contar un espacio abierto y un lugar exclusivo para el guardado y limpieza de herramientas o cualquier otro material que se utilice para las actividades.

10.6.-SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

DEFINICIÓN:

Servicio de asistencia en el domicilio o lugar de residencia y entorno próximo de la persona con padecimiento de salud mental, a cargo del equipo interdisciplinario de salud mental. Brinda atención en la crisis, tratamiento, monitoreo y apoyo de rehabilitación psicosocial.

El servicio puede funcionar de manera independiente o como componente de un servicio general de atención domiciliaria u otro establecimiento sanitario.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES:

Posibles modalidades de atención domiciliaria:

● **Atención de urgencia en domicilio.** Deberá estar en referencia con los sistemas de emergencia móviles y efector de mayor complejidad. Deberá contar con la disponibilidad de personal de salud 24hs x7 días, todos los días del año.

● **Atención programada.** Seguimiento y continuidad de cuidados. Según requerimiento.

● **Detección de riesgo**, estrategias preventivas y/o monitoreo en casos de abandono de tratamiento.

Todas las actuaciones del equipo interdisciplinario tratante deberán ser evolucionadas en la historia clínica de la persona.

RECURSOS HUMANOS:

Equipo Profesional y Técnico Básico:

● **Director/a.** Profesional del campo de la salud mental habilitado por autoridad competente: Recomendable médico/a psiquiatra. Respecto a los requisitos de acreditación del personal directivo y/o con función de coordinación, ver “Consideraciones Generales punto 6 y 8”.

● Coordinador Recomendable Médico/a Psiquiatra o Psicólogo/a

● Médico/a Psiquiatra

● Psicólogo/a

● Enfermero/a

● Cuidador/a / asistente domiciliario/ acompañante terapéutico

Se recomienda la inclusión de terapista ocupacional, trabajador social y otro/as profesionales de la salud/salud mental en función de la estrategia terapéutica.

GRILLA DE RECURSO HUMANO PROFESIONAL Y TÉCNICO

Equipo profesional y mínimo para atención domiciliaria	
Puesto	**Horas mínimas semanales de cada profesional**
Director/a **Recomendable MEDICO/A PSIQUIATRA**	**20**
Coordinador	**24/7***
Médico/a psiquiatra	**Según proyecto institucional**
Psicólogo/a	**Según proyecto institucional**
Enfermero/a	**Según proyecto institucional**
Personal de apoyo	**Según proyecto institucional**
Nutricionista	**En caso de internación domiciliaria**

Personal administrativo	**Según proyecto institucional**
CHOFER EN EL CASO DE MÓVILES PROPIOS	
Personal de recepción de llamados	

Recomendaciones de organización de recurso humano:

***en forma pasiva**

- Se recomienda la asistencia en domicilio de al menos 2 (dos) profesionales del equipo interdisciplinario.

- Se recomienda la inclusión del personal de apoyo en la estrategia terapéutica, según acreditación en cada jurisdicción.

- Se recomienda destinar un mínimo de 2 horas semanales para reunión de equipo, con la participación del personal profesional y de apoyo.

RECURSOS FÍSICOS:

Debe contar con un ambiente (superficie) adecuado para el funcionamiento de las tareas del personal administrativo, acorde al número de los mismos, con espacio para el equipamiento necesario, recepción de personas y reunión de equipo.

Debe contar con espacio suficiente para el archivo de la documentación, y para el depósito de insumos indispensables para su funcionamiento, si es que no cuenta con depósito central.

Locales y/o áreas mínimas y Equipamiento:

- Central de llamadas
- Oficina para coordinación/ reunión de personal/secretaría: destinada a funciones profesionales, técnicas y administrativas a cargo de una coordinación y reuniones de equipos, ateneos. Ver generales en punto 7.
- Espacio de Depósito (o locker/mueble de guardado): para el guardado de historias clínicas, medicamentos e insumos.
- Sanitario para personal.
- En caso de contar con móviles y choferes propios, se debe incluir áreas de descanso para los mismos.
- Office de Enfermería: ver consideraciones generales en punto 7.

Equipamiento:

● Deberá contar con contrato/convenio con empresa de traslado sanitario o contar con móviles propios en cumplimiento con la Resolución N° 906-E/2017 del Ministerio de Salud y convenio con establecimiento asistencial de mayor complejidad.

● Recomendación de insumos en caso de contención física o mecánica (en caso que fuese requerido para el traslado de la persona usuaria): material de cuero silicona o consistencia similar. Se PROHÍBE UTILIZAR vendas, sábanas o similares que pueden desajustarse y producir lesiones. Se recurrirá a esta medida de forma excepcional, por el lapso de tiempo más breve posible y acompañada del abordaje psicosocial correspondiente a cada situación. Tener en cuenta que, al ser una medida restrictiva, su utilización debe estar fundamentada en el cuidado de la salud y realizarse bajo protocolo sanitario, en el marco de un enfoque de derechos. maletín de urgencia conteniendo: descartado, medicamentos orales inyectables, contenciones, etc. se deberá llevar en la ambulancia.

B-DISPOSITIVOS RESIDENCIALES

10.7. DISPOSITIVO HABITACIONAL CON DIFERENTES NIVELES DE APOYO

GENERALIDADES:

Los dispositivos habitacionales en salud son parte de una política integral cuyo objetivo es brindar respuestas socio sanitarias para aquellas personas con padecimiento mental que requieran de un sistema de apoyo para la vida en comunidad. Se incluye a personas en condiciones de alta de internación.

El equipo de apoyo/referencia puede tener dependencia del Hospital General/clínica/sanatorio polivalente, Centro de Salud/ Salud Mental, u otras áreas del Sector Salud o funcionar Independientemente, en el marco de la red socio sanitaria. Deberá brindar apoyos individuales y grupales para favorecer la autonomía y el proyecto de vida de cada persona.

Se destaca que no es un servicio de internación y por lo tanto la dinámica cotidiana debe estar definida por las pautas de convivencia acordadas con los apoyos y el equipo a cargo. Se requiere el consentimiento informado para ingresar y permanecer en el dispositivo, teniendo en cuenta la voluntad de ingresar y retirarse de la vivienda por decisión propia. Es menester contar con un modelo de consentimiento informado, renovado cada 60 días, con recomendación de actualización en caso de modificación de condiciones de ingreso.

Los tratamientos clínicos de salud mental se realizarán por fuera del dispositivo habitacional, excepto que la persona no pueda movilizarse se asistirá de manera excepcional en el lugar o se podrá implementar un dispositivo de atención domiciliaria y/o teleasistencia. El equipo brindará el apoyo necesario para el acceso a los servicios de salud y otros servicios sociales.

En cuanto a la conformación de los grupos convivientes, se recomienda considerar criterios de agrupabilidad.

El dispositivo debe asimilarse a una vivienda convencional, representando un hogar para sus residentes.

La vivienda debe integrarse al tejido comunitario para favorecer la interacción directa de sus habitantes, por lo

cual se descarta su emplazamiento en zonas alejadas de la vida social.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Principales actividades: provisión de alojamiento con distintos niveles de apoyo; promoción, recuperación y/o mantenimiento de habilidades para la vida diaria y el acompañamiento para la realización de actividades ocupacionales, educativas, socio-laborales, recreativas, promoviendo la inclusión en el entorno social y comunitario, de acuerdo a las preferencias y voluntad de cada persona.

Modalidad de prestación: alojamiento y promoción de la autonomía y la vida en comunidad, acorde al perfil poblacional. Incluye la provisión de alimentos y servicio de mantenimiento/limpieza que sea requerido, telefonía, internet métodos de comunicación, accesibles.

RECURSOS HUMANOS

Equipo Profesional y Técnico básico:

- **Equipo interdisciplinario:** profesional del campo de la salud mental habilitado por autoridad competente (psicólogo/a, psiquiatra, trabajador/a social, terapista ocupacional, psicomotricista).

- Personal de apoyo con tareas de acompañamiento/cuidados/monitoreo con capacitación en Salud Mental: acompañante terapéutico/a, agente sanitario, cuidador/a domiciliario, operador/a socio-terapéutico, asistente/a personal, enfermero/a según tipos de apoyos requeridos.

La cantidad de horas mínimas de prestaciones del equipo profesional interdisciplinario y del personal de apoyo se designará en función de los niveles de complejidad, asegurando el acompañamiento de las personas usuarias (incluye fin de semana) y la disponibilidad de un/a referente del equipo interdisciplinario a tiempo completo.

SUBTIPOS:

10.7.1. DISPOSITIVO HABITACIONAL CON BAJO A MODERADO NIVEL DE APOYO DE ESTANCIA TRANSITORIA

DEFINICIÓN:

Dispositivo socio-sanitario con alojamiento de estadía acotada y prestaciones de apoyo para la vida cotidiana como instancia transitoria en el proceso de rehabilitación psicosocial de personas con padecimiento mental.

Dispositivo **para Bajo a moderado nivel de apoyo:** será requerido para personas que cuentan con autonomía suficiente o relativa para el desenvolvimiento independiente en comunidad y que no requieran asistencia permanente del personal de apoyo.

Funciona con modalidad de admisión y con tiempos de permanencia flexibles acorde a las particularidades de cada situación, a fin de garantizar el tránsito de lo sanitario a lo social.

Se sugiere una permanencia menor a 6 meses, con posibilidad de extensión a otros 6 meses (a evaluar según

estrategia terapéutica).

El dispositivo funciona independientemente, en lo concerniente al espacio físico, de otros establecimientos de salud. En caso de combinar en un mismo establecimiento (o predio) una vivienda de estancia transitoria y otro tipo de efector sanitario, se deberá garantizar la separación física de los dispositivos, con entrada, circulación y funcionalidad diferenciada. Para los dispositivos ambulatorios se podrá contar con entrada común y luego circulación y funcionalidad diferenciada no será necesario contar con la separación física de los dispositivos pueden tener misma entrada.

Capacidad máxima de ocupación: 25 personas
Equipo Técnico y Profesional Básico:

- **Dirección:** Profesional del campo de la salud mental habilitado por autoridad competente: Recomendable psicólogo. Respecto a los requisitos de acreditación del personal directivo y/o con función de coordinación, ver "Consideraciones Generales punto 6 y 8"

- **Equipo Interdisciplinario.** Ver generales en punto 10.7.

GRILLA DE RECURSOS HUMANOS Y TÉCNICOS

Equipo profesional y técnico Dispositivo habitacional de bajo y mediano nivel de apoyo	
Equipo profesional y técnico mínimo para 25 personas	
Puesto	**Horas mínimas semanales**
Dirección	**20 horas**
Personal de apoyo **• Figuras de apoyo, acompañante terapéutico, operador socio-sanitario, entre otros. según tipos de apoyos requeridos.**	**La distribución contempla la presencia de dos trabajadores en simultáneo y la cobertura 24/7.**
Enfermero	**24/7**
Nutricionista	**Cantidad de horas según requerimiento**

RECURSOS FÍSICOS:

Locales y/o áreas mínimas y Equipamiento:

- Habitación para persona usuaria de Salud Mental. Recomendable: hasta 3 camas por habitación. Contará

con la cantidad de camas, mesas de luz y accesorios necesarios según la tipología. Observación: no podrá tener camas cucheta y/o superpuestas ni carro bajo cama.

- Para 1 cama: Superficie mínima: 18m2(incluye superficie sanitario y placard/ropero). Mínimo metraje por cama: 0,90 m de ancho x 1,90m de largo.

- Para 2 camas: Superficie mínima: 25m2 (incluye superficie sanitario y placard/ropero individual). Mínimo metraje por cama: 0,90 m de ancho x 1,90m de largo.

- Para 3 camas: Superficie mínima: 30m2(incluye superficie sanitario y placard/ropero individual). 0,90 m de ancho x 1,90m de largo.

● Sanitario para personas usuarias (deseable: 1 sanitario por habitación): ver generales en punto 7.

● Comedor y/o Salón de Usos Múltiples (SUM): ver generales en punto 7.

● Cocina: ver generales en punto 7.

● Depósito de alimentos: ver generales en punto 7.

● Depósito de limpieza: ver generales en punto 7.

● Mantenimiento: ver generales en punto 7.

● Áreas descubiertas para esparcimiento (DESEABLE): contará con una superficie por persona usuaria de 1,80m2. Deberá contar con equipamiento exterior necesario según proyecto (bancos, mesas, sillas).

● Habitación adicional: para enfermería/ acompañamiento/ cuidados/ monitoreo.

● Lavadero con pileta para lavado de ropa, mueble de guardado de ropa diferenciado en ropa limpia y ropa sucia y sector para tendido.

● Office de enfermería: ver generales en punto 7.

● Se deberá contar con un convenio con clínica, hospital, sanatorio y/o establecimiento asistencial de mayor complejidad, para la derivación del paciente en los casos de descompensación y/o urgencias.

10.7.2 DISPOSITIVO HABITACIONAL CON BAJO A MODERADO NIVEL DE APOYO DE ESTANCIA PROLONGADA PARA PERSONAS CON PROBLEMÁTICAS DE CONSUMO

DEFINICIÓN:

Dispositivo socio-sanitario con alojamiento temporal (*) destinado a la rehabilitación psicosocial de personas con **problemáticas de consumo y/o adicciones**. El servicio habitacional incluye las prestaciones de apoyo para la

vida cotidiana, promoción de vínculos y pautas de convivencia, orientado a la inclusión social.

Funciona independientemente, en lo concerniente al espacio físico, de otros establecimientos de salud. En caso de combinar en un mismo establecimiento (o predio) una vivienda de estancia transitoria y otro tipo de efector sanitario (hospital de día, centro de día, entre otros), se **deberá garantizar la separación física de los dispositivos, con entrada, circulación y funcionalidad diferenciadas.**

Puede incluir tratamiento en el mismo dispositivo. En caso que así sea deberá contar con al menos 2 profesionales psicólogo /psiquiatra

(*) Plazo sugerido de permanencia en la vivienda: 6 meses, con posibilidad de extensión de otros 6 meses según estrategia terapéutica.

Capacidad máxima de ocupación: 20 personas.

RECURSOS HUMANOS

Equipo Técnico y Profesional Básico:

- **Dirección:** Profesional del campo de la salud mental habilitado por autoridad competente: Recomendable médico/a psiquiatra. Respecto a los requisitos de acreditación del personal directivo y/o con función de coordinación, ver “Consideraciones Generales punto 6 y 8”

- **Equipo Interdisciplinario.** Ver generales en punto 10.7.

GRILLA DE RECURSO HUMANO PROFESIONAL Y TÉCNICO

Equipo profesional y técnico mínimo para 20 personas (**)	
Puesto	**Horas mínimas semanales**
Dirección	**30 horas (con disponibilidad tiempo completo)**
Personal de apoyo **• Figuras de apoyo (acompañante terapéutico, operador socio-sanitario, talleristas, entre otros)**	**La distribución contempla la presencia de tres trabajadores en simultáneo y la cobertura 24/7**
Médico/a psiquiatra	**10 hs / semana**
Psicología	**25 hs / semana**

Nutrición	**Cantidad de horas según requerimiento**
Enfermería	**24/7**
(**) La proporción de horas semanales de cada profesional podrá variar de acuerdo a las necesidades del recurso humano, debiendo cumplimentarse un mínimo de 30 hs. semanales de práctica profesional.	

RECURSOS FÍSICOS:

Locales y/o áreas mínimas y Equipamiento:

- Ver subtipo 10.7.1 (dispositivo habitacional de estancia transitoria de bajo a moderado nivel de apoyo)-

- Se deberá contar con un convenio con clínica, hospital, sanatorio y/o establecimiento asistencial de mayor complejidad, para la derivación en los casos de descompensación y/o urgencias.

10.7.3 DISPOSITIVO HABITACIONAL CON ALTO NIVEL DE APOYO DE ESTANCIA TRANSITORIA

Dispositivo destinado a personas que, por sus niveles de autonomía y/o condición de vulnerabilidad, requieren de la provisión de cuidados básicos y esenciales de la vida cotidiana, no significando esto la sustitución de la voluntad ni autonomía de las personas.

Capacidad máxima de ocupación: 25 personas.

RECURSO HUMANO

Equipo Técnico y Profesional:

- **Dirección:** Profesional del campo de la salud mental habilitado por autoridad competente: Recomendable médico/a psiquiatra. Respecto a los requisitos de acreditación del personal directivo y/o con función de coordinación, ver “Consideraciones Generales punto 6 y 8”

- **Equipo Interdisciplinario.** Ver generales en punto 10.7.

- **Debe garantizarse las 24 hs. del día la presencia del personal de apoyo: Es obligatorio contar con enfermero, además podrán incorporarse otras figuras de apoyo con tareas de cuidado acreditado en la jurisdicción, según los tipos de apoyos requeridos.**

GRILLA DE RECURSO HUMANO PROFESIONAL Y TÉCNICO

Equipo profesional y técnico mínimo para 25 personas	
Puesto	**Horas mínimas semanales**
Dirección.	**25 horas**
Personal de apoyo **• Figuras de apoyo acompañante terapéutico, operador socio-sanitario, entre otros).**	**La distribución contempla la presencia de tres trabajadores en simultáneo y la cobertura 24/7.**
Enfermería	**24 hs.**
Nutricionista	**Cantidad de horas según requerimiento (2 Controles semanales)**

RECURSOS FÍSICOS:

Locales y/o áreas mínimas y Equipamiento:

- Ver Subtipo 10.7.1

- Se deberá contar con un convenio con clínica, hospital, sanatorio y/o establecimiento asistencial de mayor complejidad, para la derivación en los casos de descompensación y/o urgencias.

- Se deberá incluir de manera obligatoria:

  - Habitación con baño para personal de apoyo: contará con cama, mesa de luz, luz individual (aplicada a pared o fija), mueble de guardado.

  - Sanitario para personal

C- DISPOSITIVOS CON INTERNACIÓN

10.8- SERVICIO DE SALUD MENTAL EN HOSPITAL/CLÍNICA/SANATORIO

CONSIDERACIONES GENERALES PARA TODOS LOS SUBTIPOS:

DEFINICIÓN:

Servicio prestador múltiple de salud mental, de modalidad ambulatoria e internación, integrado al establecimiento de salud general. Atiende la demanda interna y externa de salud mental. Deberá contar con los siguientes servicios: consultorios externos, interconsulta, guardia e internación. Es deseable que disponga de hospital de día o que funcione de forma articulada con hospital de día comunitario (ver establecimiento prestacional 10.3-10.3.1).

Asimismo, en la guardia general debe haber un equipo interdisciplinario integrado por un psiquiatra, psicólogo u otro profesional de salud mental.

Este servicio se incluirá en hospital/clínica general.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES:

Promoción prevención, tratamiento y rehabilitación psicosocial. Supervisión para equipos de salud y actores comunitarios.

Es opcional incluir el abordaje territorial (domiciliario, comunitario).

ACCESOS Y CIRCULACIONES:

- El Servicio de Salud Mental debe estar integrado al resto de los Servicios del Hospital.

- La sala de espera de NNyA será independiente de la sala de espera de personas adultas.

RECURSO HUMANO:

- **Jefe de servicio:** Profesional del campo de la salud mental habilitado por autoridad competente: Recomendable médico/a psiquiatra. Respecto a los requisitos de acreditación del personal directivo y/o con función de coordinación, ver “Consideraciones Generales punto 6 y 8”

Personal Profesional básico:

- Médica/o Psiquiatra.
- Psicólogo/a.
- Trabajador/a social
- Enfermero/a
- Terapista ocupacional
- Nutricionista
- Musicoterapeuta

Equipo Ampliado:

- Psicopedagogo/a
- Fonoaudiólogo/a
- Psicomotricista
- Kinesiólogo/a (disponible en el efector)
- Agente sanitario/ promotores/as de salud.

Según los requerimientos del establecimiento, incluirá otros profesionales de la salud (neurólogo/a, médico/a generalista, otros) y técnicos en salud (acompañantes terapéuticos, operadores/as socio terapéuticos, entre otros). Se destaca también la incorporación de personal profesional o técnico de otros sectores (docentes especiales, talleristas, entre otros) con formación específica según proyecto institucional.

SUBTIPOS:

10.8.1 CONSULTORIOS EXTERNOS

RECURSOS HUMANOS (Ver apartado 10.1)

GRILLA DE RECURSO HUMANO Y TÉCNICO

Equipo profesional y técnico mínimo	
Puesto	**Horas mínimas semanales de cada profesional**
Coordinación	**30**
Psiquiatría	**30**
Psicología	**30**
Trabajo social	**30**
Se recomienda la articulación con otros profesionales del campo de la salud mental y salud general, brindando prestaciones de interconsulta, psicoprofilaxis y acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación, con referencia territorial y comunitaria. **Se recomienda destinar 2 horas semanales para reunión de equipo.**	

RECURSOS FÍSICOS:

Locales y/o áreas mínimas y Equipamiento:

● Consultorio de atención individual: conforme requisitos detallados en apartado 10.1: "Consultorio/s Salud Mental. Recursos Físicos".

● Consultorio de atención grupal: conforme requisitos detallados en apartado 10.1: "Consultorio/s Salud Mental. Recursos Físicos".

● Salón de Usos Múltiples (SUM): ver general en punto 7.

● Secretaría. Disponible en el Servicio de Atención Ambulatoria Programada - Consultorios Externos del Hospital. Destinado a la recepción de las personas usuarias y para realizar tareas administrativas. Ver general en punto 7.

● Sala de espera: ver general en punto 7.

● Área de Juegos para niñas y niños. Disponible en el Servicio de Atención Ambulatoria Programada - Consultorios Externos del Hospital. En el caso que el Hospital atienda niñas y niños, se deberá organizar contiguo a la Sala de Espera y diferenciado de la misma un local de juegos.

● Oficina para Conducción y/o reunión del equipo de salud mental: ver general en punto 7.

● Farmacia. Disponible en el establecimiento.

● Office de limpieza. Disponible en el Servicio de Atención Ambulatoria Programada - Consultorios Externos del Hospital. Ver general en punto 7.

● Sanitario Público anexo a la Sala de espera. Disponible en el Servicio de Atención Ambulatoria Programada - Consultorios Externos del Hospital. Incluirá sanitario para personas con discapacidad. Ver general en punto 7.

● Sanitario de personal. Disponible en el Servicio de Atención Ambulatoria Programada - Consultorios Externos del Hospital.

● Depósito de Residuos Comunes. Disponible en el Establecimiento. Ver general en punto 7.

● Depósito de Residuos Biopatogénicos. Disponible en el Establecimiento. Ver general en punto 7.

10.8.2 INTERNACIÓN – GUARDIA

Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospital/ clínica/ sanatorio y hospital de día con internación. El rechazo de la atención de personas, ya sea ambulatoria o en internación, por el sólo hecho de tratarse de problemáticas de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la Ley 23.592, tal como establece la Ley Nacional de Salud Mental (art. 28).

El sector internación de salud mental deberá estar integrado a la estructura edilicia del establecimiento, al igual que las otras clínicas básicas. Se recomienda ubicar el servicio en planta baja, con posibilidad de expansión a un área verde propia (1,8m2 por persona usuaria).

La cantidad de camas disponibles por motivos de salud mental será determinada teniendo en cuenta una superficie de 7,50 m2 por cama como mínimo y un cubaje de 20 m3, a fin de dar cobertura a la totalidad de los requerimientos, privilegiando la internación de las personas en la propia comunidad.

La cantidad de camas destinadas a salud mental no deberá ser desproporcionada en relación con otras especialidades, en virtud de garantizar una adecuada polivalencia.

Se recomienda que el servicio de internación se organice bajo la modalidad de cuidados progresivos, siendo deseable disponer de habitaciones no compartidas con otras especialidades para los casos en que se considere necesario. Según evolución, deberá disponer de camas en áreas compartidas con otros servicios, siendo el espacio de uso exclusivo restringido a la menor cantidad de tiempo posible que dure la internación.

Dentro de este servicio se encuentra la guardia.

MEDIDAS DE PROTECCIÓN:

- No dejar al alcance elementos potencialmente riesgosos (armas, bisturí, elementos corto punzantes, medicamentos, etc.) y prestar atención a que las personas usuarias no tengan consigo dichos elementos.

- Protección de ventanas/ salidas al exterior.

- No deberá contar con salas de aislamiento.

- Deberá garantizar con sus propios recursos la seguridad y el cuidado tanto en internaciones voluntarias como involuntarias.

RECURSOS HUMANOS

- **Director/a:** Profesional del campo de la salud mental habilitado por autoridad competente: Recomendable médico/a psiquiatra. Respecto a los requisitos de acreditación del personal directivo y/o con función de coordinación, ver “Consideraciones Generales punto 6 y 8”

GRILLA DE RECURSOS HUMANOS Y TÉCNICOS

Equipo profesional y técnico mínimo para 20 personas

Puesto	Cantidad de Profesionales	Horas mínimas semanales de cada profesional
Coordinación	**1**	**30**
Psiquiatría	**2**	**20**
Médico Clínico	**1**	**5**
Psicología	**2**	**30**
Enfermería **	**1***	**24/7**
Musicoterapia	**1**	**5**
Terapia Ocupacional	**1**	**10**
Nutrición (Disponible en el efector)	**1**	**5**
Trabajo Social	**1**	**5**
Guardia: Médico/a psiquiatra presencial en el dispositivo; psicólogo/a presencial (deseable) y TS (deseable); Coordinador 4 hs / día por semana		**24/7**
Equipo ampliado: Talleristas, psicomotricistas, kinesiólogos, etc.		**Según proyecto institucional**

Recomendaciones de organización de recurso humano:

Las actividades terapéuticas básicas incluyen prestaciones de Psiquiatría, Psicología, Terapia Ocupacional y cuidados integrales de enfermería. Incluye indicaciones y seguimiento farmacológico.

Se recomienda el desarrollo y coordinación con servicios de hospital de día como parte de los cuidados progresivos durante la internación y post alta.

Se recomienda destinar un mínimo de 2 horas semanales para reunión de equipo, con la participación del personal profesional y de apoyo.

****Se deberá contar con 1 enfermero por turno cada 12 camas de lunes a viernes y Sábado, Domingos y Feriados 1 Enfermero por turno de 12 hs, total y 5 enfermeros total cada 12 camas.**

RECURSOS FÍSICOS

Locales y/o áreas mínimas y Equipamiento:

- Consultorio de atención individual: conforme requisitos detallados en apartado 10.1: “Consultorio/s

Salud Mental. Recursos Físicos".

● Consultorio de atención grupal/familiar y referentes afectivos: conforme requisitos detallados en apartado 10.1: "Consultorio/s Salud Mental. Recursos Físicos".

● Habitación (1/2 camas): Habitación para persona usuaria de Salud Mental, con 2 camas y 1 cama para acompañante (deseable). Con baño anexo, adaptado con barrales. Superficie mínima: 18m2(incluye superficie sanitario y placard/ropero).

● Habitación (2/4 camas como máximo): Habitación para personas usuarias de Salud Mental con baño anexo, adaptado con barrales. Superficie mínima: 25m2(incluye superficie sanitario y placard/ropero individual).

● Al menos 1 habitación con Sanitario adaptado en las habitaciones para personas usuarias, por sector.

● Salón de Usos Múltiples (SUM). Se podrá utilizar localizado en Atención Ambulatoria Programada - Consultorios Externos. Ver general en punto 7.

● Secretaría/Recepción: Para recepción y registro de personas usuarias y control de visitas. Se puede compartir con otros Servicios de Internación del establecimiento. Ver general en punto 7.

● Sala de Espera: ver general en punto 7.

● Sala de reunión para profesionales. Se puede compartir con otros servicios de internación del establecimiento. Para reuniones de equipos, ateneos. Ver general en punto 7.

● Oficina para informes a familiares y/o referentes afectivos. Se puede compartir con otros Servicios de Internación del establecimiento para reuniones del equipo tratante con familiares y referentes afectivos de la persona usuaria. Ubicado en relación directa con la espera de visitas. Superficie mínima: 8,00m2.

● Office de Enfermería: ver general en punto 7.

● Farmacia. Disponible en el establecimiento o depósito para medicamentos: destinado al almacenamiento de medicamentos.

● Sanitario para personal.

● Habitación de guardia: cama, mesa de luz, telefonía, internet, mueble/placard, baño anexo

● Office de Alimentación. Se puede compartir con otros Servicios de Internación del establecimiento. Ver general en punto 7.

● Office de Limpieza (Depósito de Limpieza). Se puede compartir con otros servicios de internación del establecimiento. Ver general en punto 7.

● Lavadero con pileta para lavado de ropa, mueble de guardado de ropa diferenciado en ropa limpia y ropa sucia y sector para tendido. Puede estar disponible en el establecimiento.

● Depósito de Residuos Comunes (domiciliarios). Se puede compartir con otros Servicios de internación del establecimiento. Ver general en punto 7.

● Depósito de Residuos Biopatogénicos. Se puede compartir con otros Servicios de internación del establecimiento. Ver general en punto 7.

● Cama ortopédica o articulada por sector.

10.8. 2 a. GUARDIA

RECURSOS FÍSICOS

Locales y/o áreas mínimas y Equipamiento del Servicio de Internación con componente de Guardia:

● Consultorio de atención individual: conforme requisitos detallados en apartado 10.1: "Consultorio/s Salud Mental. Recursos Físicos".

● Sala de cuidados en emergencia: contará con sillón y/o cama, con silla para acompañante (deseable), estante de apoyo, porta sueros y gases medicinales.

● Recomendación de insumos en caso de contención física o mecánica: material de cuero silicona o consistencia similar. Se prohíbe el uso de vendas, sábanas o similares que pueden desajustarse y producir lesiones. Se recurrirá a esta medida de forma excepcional, por el lapso de tiempo más breve posible y acompañada del abordaje psicosocial correspondiente a cada situación. Tener en cuenta que, al ser una medida restrictiva, su utilización debe estar fundamentada en el cuidado de la salud y realizarse bajo protocolo sanitario vigente y aprobado por la autoridad de aplicación, en el marco de un enfoque de derechos.

● Depósito de farmacia: contará con mueble ordenador/heladera para medicamentos que requieran cadena de frío (con cerradura).

---

(1) Se brindará teleasistencia cuando la atención no pueda ser llevada a cabo de manera presencial o aporte mayores beneficios (Ver Anexo II "Directrices de organización y funcionamiento de servicios de salud mental"). Exceptuando el caso de los puntos 10.5 y 10.6. https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-11782022-366528/texto

(2) MSAL, Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental (2013)

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
Date: 2024.12.12 14:42:22 -03:00

Thelma Patricia Trotta
Directora Nacional
Dirección Nacional de Habilitación, Fiscalización y Sanidad de Fronteras
Ministerio de Salud

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
Date: 2024.12.12 14:42:22 -03:00

DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL

PROYECTO: ORGANIGRAMA

DIRECTORA: DRA. VILLENA NOELIA

SAN JUAN MAYO 2025

ORGANIGRAMA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL

Presentación:

La reciente creación de la Dirección de Salud Mental en la provincia de San Juan, constituye un hito para el desarrollo de políticas públicas, enmarcando de manera integrada las respuestas al padecimiento subjetivo y social, desde el fortalecimiento de los recursos sociales y comunitarios. La misma permite profundizar y potenciar los procesos de transformación en marcha, mediante la formulación del Plan provincial de salud mental, desde una perspectiva de salud mental comunitaria.

Desde esta posición, se promueven prácticas de cuidado y atención, no sólo accesibles, integradoras y cercanas a la comunidad, sino potenciadoras de la participación y el protagonismo de los usuarios, promoviendo la construcción de contextos y prácticas más saludables.

Desde allí se piensa un sistema de salud mental de base comunitaria- territorial, con diversos dispositivos articulados en redes, intra e intersectoriales, desde una perspectiva de curso de vida y en el continuo salud-enfermedad-atención-cuidado.

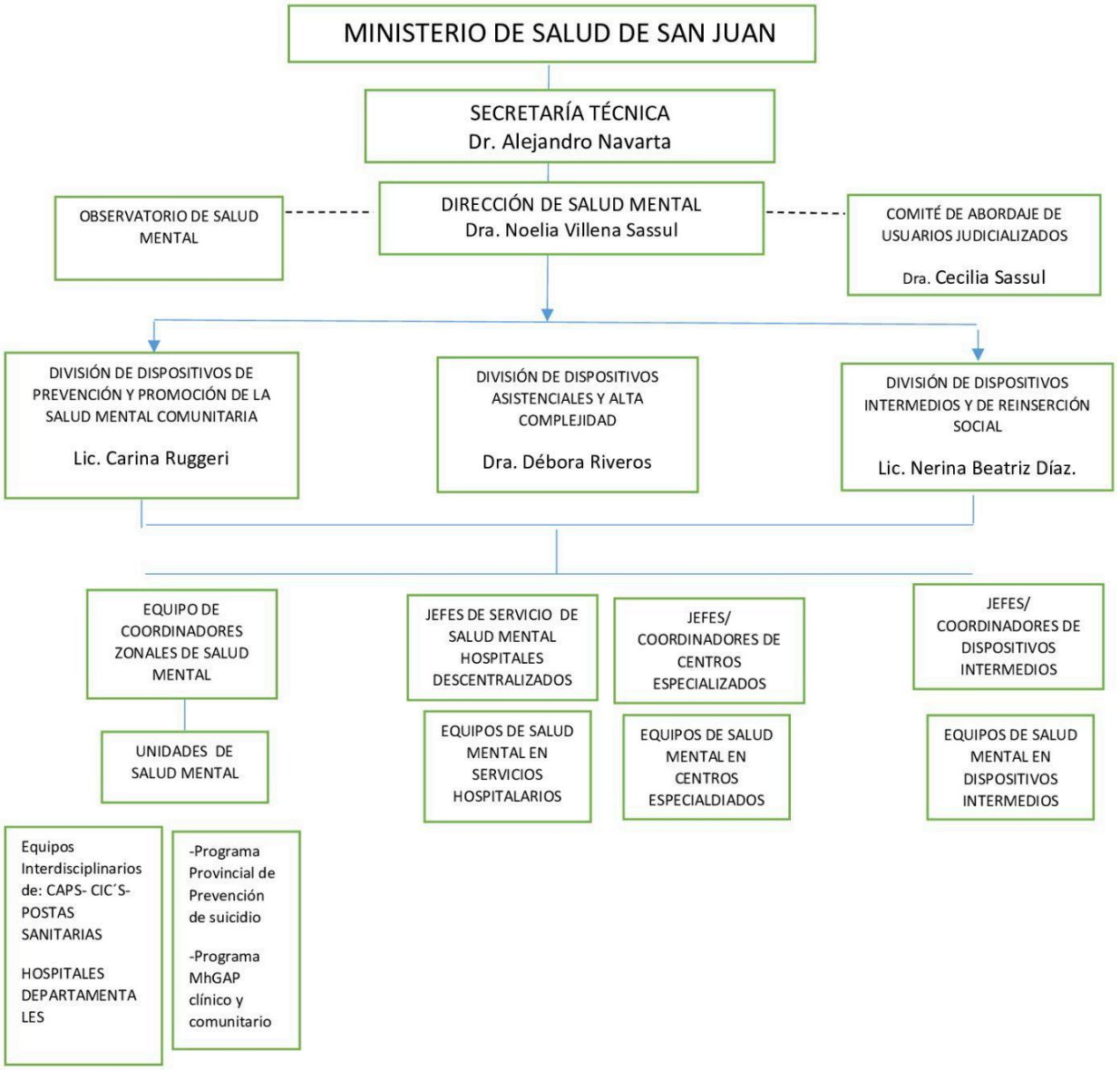
Para tal fin, es necesario redefinir las incumbencias por cada nivel de atención y sensibilizar al equipo de salud para pensarse como integrantes de una red articulada: tanto al interior del sistema sanitario, como con otros organismos estatales, usuarios y organizaciones de la sociedad civil. En este sentido la figura de los coordinadores zonales de salud mental son una figura esencial para generar un proceso de acompañamiento en la adecuación de las prácticas según las incumbencias de cada nivel.

Otro aspecto que resulta imperioso es la creación de dispositivos intermedios tal como lo estipula la Ley Nacional de Salud Mental N°26657. Es preciso adecuar las prácticas de los distintos efectores con un enfoque de curso de vida y con un enfoque de Salud Mental Comunitaria (SMC) mediante el desarrollo de programas especializados tanto para problemáticas prevalentes y/o emergentes como para gestión de casos complejos.

La multifactorialidad de las problemáticas atendidas por salud mental deriva en situaciones objeto de intervención con una complejidad tal, que resulta imprescindible un abordaje multidisciplinario. Por ello, contar con asesoría legal que se encuentre en

permanente articulación tanto con los equipos de salud como con el poder judicial, resulta indispensable.

Para tal fin se propone que el organigrama de la Dirección de Salud Mental tenga la siguiente estructura:



ORGANIGRAMA ADMINISTRATIVO

La visión de la Dirección de Salud Mental es una sociedad en la que se valora, fomenta y protege la salud mental, enfocada en la se prevención de los padecimientos mentales, garantizando el ejercicio pleno de los derechos humanos; y el acceso de forma oportuna a una atención sanitaria y social de alta calidad y culturalmente respetuosa, con el fin de lograr el mayor nivel posible de salud y la plena participación en la sociedad, sin estigmatizaciones, ni discriminaciones.

Estructura administrativa

I- **DIRECCIÓN:**

Objetivos generales:

- Planificar, organizar, dirigir, controlar y evaluar las estrategias en Salud Mental.

-Fortalecer las capacidades institucionales del Ministerio de Salud y de otros sectores de la sociedad.

-Garantizar la calidad, accesibilidad y equidad. en la atención de la salud mental.

Funciones Específicas:

- Liderar el diseño y gestionar las Políticas de Salud Mental en articulación con organismos provinciales, nacionales e internacionales.
- Impulsar la creación y/o fortalecimiento de los instrumentos que establece la Ley Nacional N°26061 Ley Provincial de Salud Mental N°2491-Q y para la protección de los derechos de usuarios de servicios de salud mental así como de sus entornos familiares y afectivos.
- Conformar el Observatorio en Salud Mental, para el desarrollo de un sistema de información, vigilancia epidemiológica e investigación en salud mental.

- Optimizar los registros provinciales de consultas ambulatorias, internaciones, así como actividades institucionales y/o comunitarias de promoción y prevención por motivos de Salud Mental, a través de la innovación y mejora de los sistemas de Historia Clínica Digital y Registro Estadísticos actuales.
- Garantizar el funcionamiento de la red asistencial en acuerdo a los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 para todos los grupos etarios.
- Garantizar espacios de formación y supervisión en Salud Mental Comunitaria (SMC), para trabajadores del campo de la salud, equipos de salud de otros sectores y actores no convencionales.
- Generar y/o fortalecer sistemas de articulación entre niveles de atención a fin de garantizar la continuidad de los cuidados y la calidad del servicio.
- Favorecer la participación protagónica de las personas usuarias, familiares y entornos afectivos en los procesos de atención y cuidado, dentro de la red de Salud Mental.
- Impulsar y jerarquizar el componente Salud Mental Comunitaria en los programas de investigación del Ministerio de Salud de la provincia y otros organismos.

II- a. **ÁREA DE ABORDAJE DE USUARIOS JUDICIALIZADOS:**

Objetivo:

- Construir un protocolo de acción único entre Salud y Justicia, garantizando una respuesta oportuna según criterio profesional, disponibilidad de recursos, de manera efectiva, asegurando la protección de los derechos de los usuarios, personal de salud y la calidad de la atención.

Funciones Específicas:

- Elaborar y actualizar el registro único de usuarios de salud mental judicializados.
- Protocolizar la recepción y gestión de oficios judiciales para su correspondiente derivación luego de un estudio pormenorizado del caso, según los diferentes niveles de atención de salud.
- Redactar procedimientos e instrumentos que faciliten la interacción con el poder judicial y la inmediata respuesta en el marco de la Ley.

- Promover mesas de trabajo interdisciplinario con Juzgados de los distintos fueros del Poder Judicial, que permita aunar criterios en la judicialización de los usuarios de la salud mental.
- Asesorar mediante visitas y /o vía remota a los distintos efectores de salud de toda la provincia para dar cumplimiento a oficios judiciales en función de la Ley Nacional de Salud Mental.
- Coordinar el abordaje en crisis de usuarios judicializados con dispositivos de distintos organismos, tanto públicos como privados.

Conformación de equipo: El área está integrado por:

- un Licenciado en Psicología,
- un Abogado.

II- b.OBSERVATORIO DE SALUD MENTAL

Objetivos:

- Desarrollar e implementar un sistema de información y vigilancia epidemiológica orientado a la toma de decisiones.
- Producir conocimientos en materia de políticas públicas en Salud Mental Comunitaria.

Funciones Específicas:

- Estadística, investigación social y sanitaria, y otras áreas afines; para el desarrollo de un sistema de información, vigilancia epidemiológica e investigación en salud mental.
- Promover la creación de un sistema de monitoreo, evaluación y seguimiento de las consultas e internaciones por motivos de Salud Mental, con enfoque epidemiológico de curso de vida.
- Promover el desarrollo de un sistema de monitoreo, evaluación y seguimiento de dispositivos de cuidado, acompañamiento, asistencia y prácticas en Salud Mental.
- Favorecer la sistematización de las prácticas de SMC para la promoción, visibilización y multiplicación de experiencias.

- Promover la investigación de base territorial en SMC, con enfoque de curso de vida, haciendo hincapié en las problemáticas emergentes, críticas o prevalentes de cada territorio y en las respuestas brindadas desde el sistema de salud.
- Integrar la información disponible en un Análisis de Situación de Salud Mental Comunitaria (ASISMC) Provincial, como insumo para planificación de Líneas de Acción anuales.

Conformación de equipo: Al menos dos de los siguientes profesionales, con formación en procesamiento de datos, análisis epidemiológico e investigación socio sanitaria:

- sociólogo,
- psicólogo
- trabajador social.

III- a. **DIVISIÓN DE DISPOSITIVOS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL COMUNITARIA.**

Objetivo:

- Favorecer la adecuación de las prácticas del Primer Nivel de Atención a la perspectiva de SMC y a la Ley de salud Mental N°26.657, fortaleciendo la participación protagónica del equipo de salud y la comunidad, con énfasis en intervenciones de promoción, prevención y atención de problemáticas emergentes, prevalentes y/o prioritarias.
- Impulsar y acompañar líneas de intervención vinculares, grupales y/o comunitarias, para la prevención y promoción de la salud mental, en los distintos niveles de la red asistencial, con enfoque participativo, interdisciplinario e intersectorial.

Funciones Específicas:

- Definir perfiles profesionales y manuales de Buenas Prácticas en Salud Mental Comunitaria para el Primer Nivel de Atención y los diversos dispositivos de prevención y promoción de la red asistencial.
- Promover el desarrollo de proyectos locales de prevención y promoción de la salud mental.
- Diseñar y gestionar trayectos de formación y actualización en salud mental comunitaria para el conjunto de la red asistencial y el intersector.
- Brindar asesoramiento y supervisión sobre estrategias vinculares y comunitarias para la prevención y promoción de la salud mental, en el conjunto de la red asistencial.
- Generar acciones de sensibilización y comunicación socio- comunitaria en Salud Mental, con enfoque territorial y perspectiva de derechos.
- Diseñar e implementar acciones directas e indirectas para la protección de la Salud Mental de grupos en situación de mayor vulnerabilidad antes, durante y después de la ocurrencia de emergencias y/o desastres y otros emergentes de SM.

Equipo de gestión interdisciplinario.

- **Jefatura**: Especialista en salud mental con formación y antecedentes de trabajo comunitario y en el primer nivel de atención.
- **Equipo sugerido:** al menos dos de los siguientes profesionales:
- psicólogo,
- psicopedagogo,
- trabajador social,
- médico general o de familia,
- pediatra con formación en neurodesarrollo infantil.
- agente sanitario,
- enfermero,
- comunicador social con formación/ experiencia en SMC.

III- b. DIVISIÓN DE DISPOSITIVOS ASISTENCIALES Y DE ALTA COMPLEJIDAD.

Objetivos:

- Orientar las prácticas de SM en el segundo nivel de atención (Hospitales Generales Departamentales), al desarrollo de programas asistenciales especializados, para problemáticas prevalentes y/o emergentes en salud mental, con enfoque de curso de vida y perspectiva de SMC.
- Favorecer la gestión de casos complejos, con perspectiva de SMC en el tercer nivel de atención (Hospitales Descentralizados, Centros Terapéuticos Especializados y Equipos de Apoyo Territorial en Salud Mental).

Funciones Específicas:

- Definir perfiles profesionales y manual de Buenas Prácticas de Salud Mental en el Segundo y Tercer Nivel de Atención.
- Promover el abordaje interdisciplinario de las urgencias y emergencias por motivos de salud mental, en guardia general, garantizando la continuidad de los cuidados tras la consulta.
- Consolidar el desarrollo de programas de asistencia a usuarios, durante la Internación y externación por motivos de salud mental, con una lógica de SMC.
- Fortalecer la conformación de Servicios/Unidades/Áreas de Salud Mental en Hospitales Generales Departamentales (Segundo Nivel) para la implementación de acciones organizadas de atención de demanda espontánea; admisión y orientación de la consulta; asistencia individual, vincular y/o grupal por consultorio externo; interconsulta, articulación interniveles e intersectorial, entre otras.
- Adecuar el funcionamiento de los Servicios de Salud Mental de Hospitales Generales Descentralizados (Tercer Nivel), para la implementación acciones de evaluación y asistencia individual, vincular y/o grupal a usuarios de alta complejidad; desarrollo de programas de atención especializada en problemáticas críticas y de comorbilidad, realización de interconsulta y asistencia en otros servicios especializados, atención por consultorio externo post- internación, así como articulación interniveles e intersectorial, con una lógica de SMC.

- Implementar espacios de capacitación, supervisión y/o interconsulta para el abordaje de problemáticas de salud mental emergentes, prevalentes y/o prioritarias, destinados a equipos de Atención Primaria.
- Desarrollar programas especializados por problemáticas y/o etapas vitales.
- Generar espacios de capacitación y supervisión clínica- asistencial, para especialistas en salud mental.
- Gestionar recursos psicofarmacológicos.

Conformación de equipo:

Jefatura: Especialista en salud mental con formación y antecedentes en trabajo con dispositivos de segundo y tercer nivel de atención.

Equipo interdisciplinario: Al menos dos de los siguientes profesionales:

- psicología,
- trabajo social
- enfermería

III. c. DIVISIÓN DE DISPOSITIVOS INTERMEDIOS Y DE REINSERCIÓN SOCIAL

Objetivos:

- Ampliar la red de atención de SM.
- Promover el desarrollo de planes intersectoriales para la externación sustentable de usuarios garantizando la continuidad de los cuidados.

Funciones Específicas:

- Identificar las necesidades y recursos locales en cuanto a la rehabilitación e inclusión social de los usuarios de salud mental, incluidos niños, niñas y adolescentes.
- Gestionar la creación, refuncionalización y/o fortalecimiento intersectorial de dispositivos intermedios y sistemas de apoyo, para dar respuesta a las necesidades identificadas según ASISM.

- Definir perfiles profesionales y manuales de buenas prácticas en dispositivos intermedios, según las Pautas para la Organización y Funcionamiento de Dispositivos de Salud Mental y la Ley Nacional de Salud Mental.
- Generar espacios de articulación, formación, supervisión y apoyo en la tarea, de modalidad presencial y/o remota, funcionando en toda la red asistencial.
- Promover la circulación de los usuarios con necesidades de apoyo e inclusión socio-laboral a través de un sistema de referencia-contrarreferencia y en articulación intersectorial para garantizar la continuidad de cuidados.

Conformación del Equipo:

Jefatura: Profesional con título de grado con formación y antecedente de trabajo en el sistema de salud y con problemáticas de salud mental.

Equipo interdisciplinario: Al menos dos de los siguientes profesionales:

- psicólogo,
- trabajador social,
- terapista ocupacional,
- Acompañante terapéutico.

IV- EQUIPOS DE COORDINACIÓN ZONAL DE SALUD MENTAL

IV. a. COORDINADOR ZONAL DE SALUD MENTAL

Alcance: Zona Sanitaria.

Carga horaria: 36hs.

Dedicación: exclusiva para tareas de gestión local.

Perfil profesional:

Profesional con formación de grado o postgrado en el área de salud mental; experiencia de, al menos, 5 años en el área y preferentemente con formación en Salud Mental Comunitaria y/o Gestión de Servicios de Salud.

Funciones:

El coordinador de salud mental cumplirá funciones exclusivas de gestión en el ámbito de la Zona Sanitaria. Acompañará la gestión de las Unidades de Salud Mental Departamentales, articulando las necesidades y propuestas locales con los recursos ministeriales e intersectoriales, a nivel zonal y provincial. Participará en el diseño e implementación de líneas de acción provinciales, acordes al Plan Provincial de Salud Mental, favoreciendo la adecuación a las particularidades locales.

Para ello deberá:

- Integrar el equipo provincial de coordinadores de salud mental, para la programación y evaluación de **acciones de promoción, prevención y asistencia**, en acuerdo al Plan Provincial de Salud Mental.
- Realizar el A**nálisis de Situación Integral de Salud Mental Comunitaria** (ASISMC) a nivel provincial, integrando la información recabada por las Unidades de Salud Mental Departamentales.
- Colaborar con el **Análisis de Situación Integral de Salud de la Zona Sanitaria**, en articulación con otras áreas.
- **Articular con diversos sectores** de gestión pública, privada y del tercer sector, para el diseño e implementación de abordajes integrales a problemáticas sanitarias, psicosociales y de Salud Mental prevalentes a nivel zonal.
- Gestionar **recursos materiales**, de **capacitación y supervisión** acordes a las necesidades de intervención profesional de la zona sanitaria.
- Acompañar a Unidades de Salud Mental Departamentales, en el diseño, implementación y evaluación de estrategias clínicas y comunitarias de salud mental, en acuerdo con el Plan Provincial de Salud Mental.
- Participar en el diseño e implementación de protocolos de investigación e investigación- acción participativa en salud mental, como insumos para la orientación de la práctica sanitaria.
- Aportar al diseño y evaluación de estrategias de comunicación social y comunitaria en Salud Mental.

Habilidades técnicas:

- **Perspectiva de salud mental comunitaria**: Integración de enfoques clínicos y comunitarios en los procesos de análisis de situación, planificación y evaluación de lineamientos, en consonancia con la Ley de Salud Mental (N° 26.657) y el Plan Provincial de Salud Mental.
- **Pensamiento complejo**: capacidad de considerar distintos niveles de análisis, integrando realidades locales, zonales y provinciales.
- **Gestión estratégica intersectorial**: habilidad para la articulación con actores públicos, privados y del tercer sector para abordar problemáticas de salud mental prevalentes y/o prioritarias.
- **Desarrollo de proyectos**: experiencia en la formulación y evaluación de proyectos (de capacitación, intervención y/o investigación) en salud mental.
- **Administración:** gestión efectiva de recursos (humanos, materiales, financieros) y logística sanitaria.

Habilidades blandas:

- **Trabajo en equipo**: disposición para trabajar en colaboración con otros profesionales, de manera horizontal, para lograr objetivos comunes.
- **Representación interdisciplinaria**: capacidad de considerar y representar la perspectiva, posición, necesidades e intereses de las distintas áreas comprendidas en el campo de la salud mental.
- **Liderazgo transformacional**: Inspiración y motivación hacia el equipo, fomentando la calidad y el trabajo colectivo.
- **Resolución de conflictos**: Capacidad para mediar y proponer soluciones de manera efectiva y constructiva .
- **Comunicación estratégica**: Capacidad para gestionar comunicación eficaz entre niveles locales y provinciales.
- **Flexibilidad e innovación: a**daptabilidad y enfoque integral para el desarrollo de políticas y acciones, en escenarios cambiantes.

Convocatoria y Selección: el coordinador zonal de Salud Mental es elegido por el equipo de salud mental de la zona y el equipo de conducción de la Dirección de Salud Mental. Para su selección, deben proponerse dos o tres candidatos, elegidos por votación de los colegas en Asamblea, en función de su adecuación al perfil propuesto. La selección final, dependerá de la valoración cualitativa por parte de la Dirección.

Todas las funciones serán establecidas por Resolución Ministerial. La función de Coordinador Zonal de Salud Mental tendrá vigencia por dos años, pudiendo renovarse, previa ratificación en asamblea zonal.

En caso de no contarse con candidatos para cubrir la función de coordinador, la Dirección de Salud Mental tendrá la potestad de seleccionar y designar un profesional que cumpla con el perfil, pudiendo, o no, ser de la zona sanitaria en cuestión. Dicho coordinador se regirá por las condiciones de ejercicio de la función previstas en el presente, hasta el cumplimiento del tiempo estipulado (2 años); momento en que se renovará la elección.

IV. b. UNIDADES DE SALUD MENTAL

Alcance: Área Programática

Dedicación: Parcial para tareas de gestión local y tareas preventivo- asistenciales.

Perfiles profesionales:

Equipo constituido por un (1) representante de cada una de las disciplinas de las áreas bio-psico- sociales, que desempeñan funciones en el área de salud mental (Acompañamiento Terapéutico, enfermería, medicina general o de familia, Psicología, Psicopedagogía, Psiquiatría, Trabajo Social, otros); con formación de grado o posgrado en Salud Mental; y, preferentemente, con formación en Salud Mental Comunitaria y/o Gestión de Servicios de Salud.

Funciones:

Las USM, tendrán tareas asistenciales y de gestión dentro del Área Programática, debiendo cumplimentar las siguientes funciones:

- Coordinación del Diagnóstico Situacional Comunitario y Planificación de líneas de acción del Área Programática, incluyendo equipos de CAPS, CIC´s, Postas Sanitarias y Hospitales Departamentales.
- Conformación y/o participación en Mesas Intersectoriales Locales.
- Gestión de internaciones y externaciones en salud mental, con perspectiva de Salud Mental Comunitaria.
- Evaluación interdisciplinaria en casos complejos, diseño y gestión de estrategia de abordaje que garanticen la continuidad de los cuidados.
- Acompañamiento a equipos de Atención Primaria en el abordaje de usuarios con padecimiento mental en el Primer Nivel, teniendo como eje el fortalecimiento de estrategias comunitarias.

Para el desarrollo de las funciones antedichas, la USM deberá destinar 1 jornada quincenal para reunión de equipo; distribuyendo en el resto de la carga horaria el cumplimiento de las funciones mencionadas, según programación local.

Habilidades técnicas:

- **Perspectiva de salud mental comunitaria**: Integración de enfoques clínicos y comunitarios, alineados con la Ley de Salud Mental (N° 26.657) y el Plan Provincial de Salud Mental.
- **Gestión estratégica**: Coordinación de recursos y procesos para el abordaje de casos complejos, desde un enfoque interdisciplinario y en red.
- **Evaluación y monitoreo**: definición y seguimiento de estrategias para la continuidad de la atención y los cuidados de usuarios.
- **Planificación participativa**: Capacidad para realizar diagnósticos comunitarios y planificar líneas de acción adecuadas, favoreciendo la participación de diversos actores, en los distintos momentos del proceso.
- **Acompañamiento**: Fortalecimiento de estrategias clínicas y comunitarias en equipos de atención primaria.

Habilidades blandas:

- **Trabajo en equipo**: habilidad para trabajar en colaboración con otros profesionales, de manera horizontal, para lograr objetivos comunes.
- **Comunicación:** habilidad para comunicarse de manera clara, concisa y efectiva con los miembros del equipo y otros actores sociales.
- **Flexibilidad:** capacidad para adaptarse a cambios y situaciones nuevas, favoreciendo la gestión y atención de alta calidad.
- **Resolución de conflictos**: Capacidad para mediar y proponer soluciones de manera efectiva y constructiva. .
- **Aprendizaje continuo**: disposición a aprender y actualizarse en nuevas habilidades y conocimientos.
- **Innovación**: capacidad para encontrar nuevas formas de hacer las cosas y mejorar las prestaciones.

Convocatoria y Selección: los integrantes de la Unidad de Salud Mental se definirán según la organización establecida por el equipo del área programática, en conjunto con Coordinador Zonal de Salud Mental, Jefe de Zona Sanitaria y equipo de conducción de la Dirección de Salud Mental. No se somete a votación.

DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

Ministerio de Salud San Juan. 2024

SISTEMA DE INFORMACIÓN E HISTORIA CLÍNICA DIGITAL / SISTEMA DE FORMACIÓN CONTINUA/ SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

NIVEL	ALCANCE	FUNCIÓN	POBLACIÓN OBJETIVO	EFECTOR	PRESTACIONES	OBSERVACIONES
TERCER NIVEL	**PROVINCIAL**	GESTIÓN DE CASOS DE ALTA COMPLEJIDAD Atención Especializada en Emergentes de Salud Mental.	Usuarios con problemáticas de salud mental que requieren intervenciones de Alta Complejidad (5% de la población usuaria)	Servicios de Salud Mental en Hospitales Generales Descentralizados (HGR-HMQ)	Dispositivos de atención especializada por problemáticas SM específicas (consultorio de anteción ambulatoria- grupos terapéuticos- hospital de día- otros)	INGRESO de usuarios por derivación de equipos de primer y segundo nivel, equipos de respuesta judicial, equipos de atención de urgencias, a través de **sistema de referencia y contrarreferencia.** No recibe demanda espontánea. No ofrece consultorio externo.
					Equipos de supervisión/Acompañamiento a efectores de segundo nivel (presencial/ telesalud)	
					Dispositivo de atención de urgencias (Conformación de equipo interdisciplinario/ guardias pasivas/ teleconsulta/ capacitación a equipo de guardia general)	
					Interconsulta	
					Internación por motivos de salud mental (incluyendo actividades de acompañamiento individuales, grupales, comunitarias)	
					Actividades de intervención comunitaria (articulación con redes comunitarias, asociaciones de usuarios, ong's, municipios, etc)	
				Centros Especializados (CET- CV- CRI)	Dispositivos de atención especializada por problemáticas SM específicas (consultorio de anteción ambulatoria- grupos terapéuticos- hospital de día- otros)	
					Actividades de intervención comunitaria (articulación con redes comunitarias, asociaciones de usuarios, ong's, municipios, etc)	
				Dispositivos móviles de Salud Mental	Formación continua/ supervisión/Acompañamiento a efectores de segundo y primer nivel (presencial/ telesalud) en el seguimiento de casos de alta complejidad	Equipo de enlace dentro del sistema de salud
					Formación continua/ supervisión/Acompañamiento en el desarrollo de dispositivos comunitarios/ clínico asistenciales en 2do y 1er nivel	
SEGUNDO NIVEL	**DEPARTAMENTAL**	GESTIÓN DE PROBLEMÁTICAS DE SM PREVALENTES. Atención Especializada en Emergentes de Salud Mental por curso de vida	Usuarios con problemáticas de salud mental que requieren intervenciones Complejidad Media (15% de la población usuaria)	Servicios/ Unidades/ Equipos de SM en Hospitales Generales Departamentales	Dispositivos de atención especializada por problemáticas SM específicas y por curso de vida (consultorio de anteción ambulatoria- grupos terapéuticos- otros)	INGRESO de usuarios por demanda espontánea (a través de dispositivos de admisión), derivación de equipos de primer y tercer nivel, equipos de respuesta judicial, equipos de atención de urgencias, a través de **sistema de referencia y contrarreferencia.**
					Espacio interdisciplinario de admisión y atención de demanda espontánea	
					Dispositivo de atención de urgencias (capacitación a equipo de guardia general/ teleconsulta a efectores de 3er nivel)	
					Internación por motivos de salud mental (incluyendo actividades de acompañamiento individuales, grupales, comunitarias)	
					Interconsulta	
					Equipo de respuesta judicial	
					Evaluaciones para cartillas sanitarias y Certificado Único de Discapacidad	
					Articulación de abordajes con efectores de primer nivel y tercer (presencial/ telesalud)	
					Actividades de intervención comunitaria (articulación con redes comunitarias, asociaciones de usuarios, ong's, municipios, etc)	
DISPOSITIVOS INTERMEDIOS		INCLUSIÓN SOCIO-COMUNITARIA	Usuarios con problemáticas de salud mental que requieren intervenciones de Alta Complejidad (5% de la población usuaria) para su rehabilitación y/o reinserción	Centros Comunitarios de Salud Mental / Residencias asistidas / Casas de Medio Camino / Dispositivos de Inserción socio- laboral/ otros, según necesidad local	A definir	
PRIMER NIVEL	**LOCAL (Área Programática)**	GESTIÓN DEL AUTOCUIDADO Y EL APOYO PSICOSOCIAL. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	Población general y usuarios de SM con problemáticas incipientes o crónicas, estabilizadas (100% de la población usuaria)	Equipo Interdisciplinario de CAPS/ CIC y Equipos Interdisciplinarios itinerantes en CAPS de menor población y postas	Analisis de situación de Salud local (interdisciplinario)	
					Planificación de intervenciones de promoción y prevención, según determinantes del campo de la salud locales	
					Articulación intersectorial para el desarrollo de proyectos comunitarios y/o abordaje de usuarios con problemáticas SM	
					Abordaje interdiscplinario de usuarios con condiciones SM prevalentes, desde estrategias de apoyo psicosocial, consejerpia y orientación, tto psicofarmacológico, otros	
					Orientación/ consejería/ psicoterapia breve/ psicoterapia grupal	
					Detección temprana y Derivación oportuna de usuarios con condiciones MNS	
					articulación con segundo y tercer nivel de atención	

San Juan Gobierno | Ministerio de Salud | Secretaría Técnica | Dirección de Salud Mental

DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL

PROYECTO: DISPOSITIVOS INTERMEDIOS

Autoras:

Dra. Debora Riveros - Medica psiquiatra

Lic. Carina Ruggeri - Psicóloga

Lic. Nerina Diaz - Trabajadora Social

DIRECTORA: DRA. VILLENA NOELIA
ENERO 2025

DISPOSITIVOS INTERMEDIOS

Introducción:

La Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657) reconoce a la Salud Mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

La rehabilitación en salud mental comprende un conjunto de intervenciones que buscan reducir la discapacidad y mejorar el funcionamiento de estos usuarios a través de una red integrada de salud mental con base en la comunidad, que se integra a los servicios de salud en general y se desarrolla en articulación intersectorial, brindando recursos terapéuticos a cargo de equipos de salud mental. Desde este marco, todas las intervenciones deberán tender al mayor nivel de integración socio familiar y comunitaria de las personas con padecimiento mental.

En la Provincia de San Juan, con la transformación del Hospital Monovalente de Salud Mental “El Zonda” en el Hospital General “Dra. Julieta Lanteri” (2022), se inicia un proceso de redefinición de las estrategias terapéuticas para usuarios con padecimiento mental crónico severo.

Actualmente, se visualiza la necesidad de fortalecer y/o re-funcionalizar la red de atención de usuarios con distintas necesidades de apoyo, mediante la creación de nuevos dispositivos, que garanticen la continuidad del cuidado orientado al reforzamiento, restitución y promoción de los lazos sociales.

Fundamentación:

Según la OPS- OMS del 57% al 90% de los/as usuarios/as de salud mental con necesidades de apoyo y reinserción social no acceden a una respuesta terapéutica acorde a sus necesidades.

Los dispositivos intermedios de reinserción y rehabilitación con perspectiva de salud mental comunitaria (SMC) son instalaciones que ofrecen alojamiento y/o servicios de atención, por el cual transitan los usuarios según sus necesidades.

En San Juan, funcionan dos **residencias asistidas** en el Hospital General Dra. Julieta Lanteri (casa 3 y casa 4) en las que conviven 27 usuarios. Los mismos presentan problemáticas de salud mental crónicas severas y se encuentran en situación de institucionalización prolongada; algunos de ellos, hace más de 30 años.

Por otro lado, el Centro Comunitario Cultural “Pulga Messi” y Centro de Día “25 de Mayo”, son dispositivos que prestan servicio a usuarios de salud mental en tratamiento ambulatorio y a psicóticos crónicos estables, respectivamente. Cabe aclarar que ambos están destinados a usuarios mayores de 18 años.

En nuestro sistema sanitario la mayor parte de sus recursos están abocados fundamentalmente a dar respuesta a la demanda, siendo prevalente los motivos Judiciales (57% de las internaciones son para evaluación judicial y/o desintoxicación, internación, este último por fuero penal), lo cual tiene un impacto en la rotación de camas y congestión de las guardias de los hospitales generales.

Se puede mencionar como característica recurrente en gran parte de los usuarios una red primaria de apoyo débil o inexistente.

Por lo anteriormente mencionado existen internaciones prolongadas (30, 90 e inclusive más de 365 días de internación) en efectores del segundo y tercer nivel, con re ingresos en poco tiempo. A partir de lo cual se evidencia la necesidad de ampliar la oferta de dispositivos intermedios (tal como lo estipula la Ley Nacional N°26657 LNSM) con mayor accesibilidad que

garanticen la continuidad de cuidado y adherencia al tratamiento. Se espera que con la ampliación de la red de atención de la salud mental se disminuyan los re-ingresos en los hospitales generales y en la disponibilidad de camas.

El presente proyecto está pensado en tres etapas (corto, mediano y largo plazo) a través del cuales se implementarán 3 tipos de dispositivos: Centro de Día Comunitario, Centro de Inclusión Sociolaboral y Residencia Asistencia, que se exponen a continuación.

CENTRO DE DÍA COMUNITARIO:

Contextualización:

Es de suma urgencia ampliar la oferta de atención a los usuarios de los servicios de salud mental por fuera del ámbito hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial basado en los principios de la atención primaria de la salud (APS). Actualmente en la provincia existe un centro comunitario: "Centro cultural Pulga Messi- en barrio La Estación. Este dispositivo brinda cobertura a la población de la zona sanitaria V, resultando imperativo habilitar nuevos centros comunitarios en distintas zonas sanitarias que permitan alojar a los usuarios tras ser dados de alta hospitalaria, y favorezcan la adherencia a tratamientos, contención psicosocial y abordaje familiar en forma ambulatoria.

DESCRIPCIÓN:

El centro de dia comunitario es un servicio dedicado a la promoción, prevención, tratamiento y principalmente la rehabilitación psicosocial del usuario, mediante el trabajo conjunto para el desarrollo de sus habilidades e intereses y fortalecimiento de su autonomía, con su participación y la de sus referentes vinculares, estableciendo un sistema de apoyo sociosanitario flexible.

OBJETIVO:

- Fortalecer las capacidades de las personas usuarias y generar mayores grados de autonomía para el desarrollo de las actividades significativas para la vida cotidiana en comunidad.
- Enriquecer la red de atención ambulatoria, articulando con los distintos niveles de atención.
- Disminuir ingresos y reingresos hospitalarios en el segundo y tercer nivel de atención.

MODALIDAD DE TRABAJO Y ACTIVIDADES:

Ambulatoria:

Se llevarán a cabo programas de actividades, en base a grupos etários.

Serán flexibles para compatibilizar con las actividades de la vida cotidiana de la población usuaria, priorizando la integración en ámbitos educativos, recreativos y de inserción productiva.

- **Admisión:** se realizará evaluación del usuario, previamente derivado por equipo tratante y se diseñará un plan terapéutico personalizado.
- **Orientación** / Consejería en salud mental.
- **Rehabilitación** psicosocial. Acciones de apoyo para la inclusión laboral/ productiva/ educacional/ habitacional/ familiar y social según necesidades, intereses y actividades significativas para cada persona.
- **Dispositivos de entrevista/ visita domiciliaria/ acompañamiento terapéutico** para actividades en la comunidad, entre otros, acorde a las incumbencias profesionales.
- **Promoción, recuperación y/o mantenimiento de habilidades para la vida diaria** (cuidado personal, administración del dinero, movilidad, alimentación, vestimenta e higiene, entre otros).
- **Acciones de Prevención**, educación para la salud y promoción de la salud.
- **Actividades recreativas**, lúdicas, artísticas, físicas y/o educativas, grupos expresivos, según necesidades e intereses de la persona. Serán de carácter transitorio y se privilegiará la integración de las personas en talleres/actividades de ámbitos comunitarios con los apoyos sociosanitarios necesarios para una autonomía progresiva.
- Puede contar con Atención de médico de familia.

RECURSO HUMANO:

Personal profesional y técnico:

- Director/a - Coordinador/a. Profesional del campo de la salud mental
- Psicólogo/a.
- Médico de familia
- Médico psiquiatra interconsultor (sería psiquiatra de cabecera del usuario)
- Enfermero/a
- Trabajador/a Social.
- Acompañante terapéutico
- Agente sanitario
- Docentes especiales/talleristas de acuerdo a proyecto institucional: (Educación Física, Arte, etc.).

Se destaca la importancia de la articulación interdisciplinaria e intersectorial con otros/as profesionales vinculados a la Salud (fonoaudiologo/a, nutricionista, psicomotricista, neurólogo/a, kinesiólogo/a, musicoterapeuta, entre otros) según jurisdicción.

RECURSO FÍSICO/EQUIPAMIENTO:

Locales y/o áreas mínimas:

- Gabinete: para realizar admisiones, para reuniones de equipos, ateneos.
- Consultorio de atención individual (mínimo 2 consultorios): para la atención de médico de familia y enfermería.
- Salón de usos Múltiples (SUM). Para terapias grupales, multifamiliares, asambleas o actividades recreativas.
- Consultorio de atención grupal: para entrevistas, atención y/o seguimiento individual a cargo de un/a profesional y/o abordaje familiar.
- Comedor: para las personas usuarias del Centro de Día.
- Secretaría: para recepción de las personas usuarias y tareas administrativas. Para la elaboración de datos estadísticos.
- Recepción / Sala de espera: con sillas y acceso para personas con discapacidad (PCD).
- Cocina.
- Depósito de Farmacia: para abastecimiento y guardado de la medicación e insumos médicos ante eventuales urgencias..
- Office de limpieza y depósito de residuos, según normativa vigente.
- Sanitarios para personas usuarias. Incluirá sanitarios para personas con discapacidad
- Sanitario de personal.
- Patio /espacio abierto.
- Señalética: Todos los locales deberán estar señalizados según su función e identificados individualmente.
- Contar con salidas de emergencia, debidamente señalizadas.

POBLACIÓN DESTINATARIA: personas con padecimiento mental que requieran una integración gradual y acompañada en las actividades de la vida cotidiana.

- Grupo I: Personas entre 13 y 20 años.

- Grupo II: Personas entre 21 y 59 años.
- Grupo III: Personas mayores de 60 años en adelante.

CRITERIOS DE INGRESO:

- Personas con padecimiento mental que han sido dadas de alta de una internación y/o que han salido de una situación de crisis y requieren una integración gradual y acompañada a la vida cotidiana.
- Personas con padecimiento mental de larga duración que no requieran de un hospital de día.
- Personas con padecimiento mental que han visto impedida u obstaculizada la integración en la comunidad.
- Personas con padecimiento mental que sufren aislamiento y que han visto reducida su red social de apoyo.

El equipo interdisciplinario evaluará la necesidad de ingreso y la estrategia terapéutica, caso a caso, según el perfil poblacional. Sin restricciones en el plazo de la estrategia terapéutica. La cantidad de personas usuarias y prestaciones dependerá de los recursos humanos y físicos con los que se cuente..

CRITERIOS DE EGRESO:

- Por cumplimiento de los objetivos terapéuticos

HORARIOS DE ATENCIÓN:

Diario, de lunes a viernes, pudiendo ser extendido a los fines de semana, según el proyecto para garantizar las necesidades de cobertura.

- 08 a 12 HS
- 14 a 18 HS
- 18 a 20 HS

San Juan Gobierno | Ministerio de Salud | Secretaría Técnica | Dirección de Salud Mental

CENTRO DE INCLUSIÓN SOCIOLABORAL

Contextualización:

Una característica que se visualiza en los usuarios de los servicios de salud mental de nuestro sistema sanitario es el aislamiento y la escasa inclusión social visualizándose que un aspecto que influye en esta situación es la ausencia de actividades laborales y la escasa formación/instrucción en oficios.

DESCRIPCIÓN:

Es un servicio ambulatorio destinado a la integración sociolaboral de las personas con padecimiento mental y/o en situación de vulnerabilidad psicosocial.

Puede estar destinado a adolescentes, personas adultas y/o mayores con padecimiento mental y abierto a la comunidad para evitar reductos de exclusión.

Se los considera dispositivos sociosanitarios transitorios e intermedios que requieren de la articulación intersectorial entre las áreas de la salud y las áreas del trabajo, producción y comercialización de bienes y/o servicios.

OBJETIVO:

Brindar un espacio de promoción de la salud que refuerce la autonomía de los usuarios a través de capacitaciones que le permitan acceder a una inserción socio-laboral.

MODALIDAD DE TRABAJO Y ACTIVIDADES:

Pueden implementarse diversos dispositivos, entre ellos:

- Programa de apoyo para la capacitación y el empleo: experiencias asociativas, productivas y proyectos productivos, cooperativas de trabajo, agrupamientos de marca colectiva, etc.
- Capacitación en oficios.
- Entrenamiento en habilidades socio productivas.
- Taller con diferentes ofertas y grados de apoyo
- Apoyo escolar

El equipo de salud acompañará el conocimiento y el acceso a normativas para la habilitación jurisdiccional vinculada a los productos y servicios a comercializar.

- Acompañamiento en la elaboración del proyecto de vida de cada persona usuaria y del proceso de autonomía.
- Acompañamiento en la gestión de emprendimientos laborales.
- Acompañamiento en la producción y comercialización de productos.
- Apoyos sociosanitarios para la participación en todas las etapas del proceso productivo y autogestión.

RECURSO HUMANO

- Coordinador/a, miembro del equipo de salud mental.
- Terapista ocupacional.
- Trabajador/a social.
- Psicólogo/a
- Capacitadores/as y/o talleristas.
- Personal de Limpieza
- Personal de Mantenimiento

RECURSO FÍSICO/EQUIPAMIENTO:

- Aulas taller
- Salas de máquinas, según proyecto institucional.
- Sanitarios
- Áreas descubiertas/ espacio verde
- Cocina
- Oficina para talleristas y coordinación
- Office de limpieza y depósito de residuos, según normativa vigente.
- depósito

POBLACIÓN DESTINATARIA:

Personas de 18 a 65 años de edad

CRITERIOS DE INGRESO:

El usuario será admitido por un equipo psicosocial incluyendo al terapista ocupacional y en conjunto elaborarán un plan para desarrollar la inclusión sociolaboral que incluirá un trabajo intersectorial; teniendo en cuenta sus habilidades/aptitudes y potencialidades.

- Personas con padecimiento mental, estables psicopatológicamente, derivados por su equipo tratante.
- Personas de la comunidad en situación de vulnerabilidad psicosocial y/o socioeconómica.

CRITERIOS DE EGRESO:

- Finalización y cumplimiento de asistencia a programas de capacitación.
- Puede incluir el acompañamiento a otras instancias de inserción laboral en función de las necesidades y posibilidades de cada persona (trabajo por cuenta propia, proyecto productivo, cooperativa de trabajo, empleo en el sector público o privado, etc.). Se garantizará la continuidad de cuidados y seguimiento en la comunidad.

HORARIOS DE ATENCIÓN:

Diario, de lunes a viernes, pudiendo ser extendido a los fines de semana, según proyecto institucional para garantizar las necesidades de cobertura.

- 8 A 12HS
- 14 18HS
- 18 A 20HS

San Juan Gobierno | Ministerio de Salud | Secretaría Técnica | Dirección de Salud Mental

DISPOSITIVOS HABITACIONALES CON DIFERENTES GRADOS DE APOYO

GENERALIDADES:

Los dispositivos habitacionales son parte de una política integral cuyo objetivo es brindar respuestas socio-sanitarias para aquellas personas con padecimiento mental que se encuentran realizando un tratamiento ambulatorio, o en condiciones de ser externadas de instituciones de salud (públicas o privadas) y que no cuentan con otras posibilidades de acceso a una vivienda digna en la comunidad.

El establecimiento deberá estar integrado a la red de servicios de Salud/Salud Mental. Es condición de funcionamiento la referencia acreditada a un efector de salud que garantice la cobertura de la urgencia.

Asimismo, la articulación con los establecimientos o servicios ambulatorios donde las personas realicen los tratamientos de salud, excepto que la persona no pueda movilizarse; en tales casos se podrá implementar dispositivos de atención domiciliaria.

El equipo de salud interdisciplinario puede tener dependencia del Hospital General o Centro de Salud/ Salud Mental o funcionar independientemente.

Cada dispositivo habitacional deberá contar con:

- Proyectos y/o programas institucionales orientados a la inclusión social, rehabilitación psicosocial y restitución de derechos, fomentando el apoyo entre pares.
- Elaboración por parte del equipo interdisciplinario de estrategias terapéuticas personalizadas vinculadas a los diversos servicios de la red de salud.

Las mismas deberán ser actualizadas periódicamente.

Se destaca que no es un servicio de internación. Se requiere la conformidad de la persona para ingresar y permanecer en el dispositivo, teniendo en cuenta la voluntad de retirarse del servicio por decisión propia.

En cada vivienda pueden convivir personas que requieran diferentes grados de apoyo para su desenvolvimiento en la vida cotidiana y que necesiten permanecer diferente lapso de tiempo.

El establecimiento debe asimilarse a una vivienda convencional, representando un hogar para sus residentes, con promoción de la autoorganización, siempre que fuera posible. Es menester que no posean cartel identificatorio a fin de evitar la estigmatización. Asimismo, deben integrarse al tejido comunitario para favorecer la interacción directa de sus habitantes con la comunidad, por lo cual se descarta su emplazamiento en zonas alejadas de la vida social.

En cuanto a las acciones de intervención comunitaria, debe ser un eje fundamental el trabajo territorial para la inclusión de los residentes en el entorno comunitario y la deconstrucción del estigma hacia las personas con padecimiento mental, promoviendo articulaciones con las instituciones de la sociedad civil, como por ejemplo, clubes barriales u organizaciones comunitarias

Prestaciones Comunes

- Provisión de alojamiento con distintos niveles de supervisión y apoyo.
- Establecimiento de un programa individualizado de cobertura de necesidades cotidianas y el ejercicio ciudadano, acorde al nivel de autonomía de la persona usuaria, en coordinación con los servicios de la comunidad.
- Apoyo para la integración en el dispositivo habitacional y actividades de la vida cotidiana.
- Acompañamiento para la realización de actividades ocupacionales, educativas, recreativas en la comunidad/ en la vivienda, acorde al nivel de autonomía alcanzada por la persona.
- Promoción, recuperación y/o mantenimiento de habilidades para la vida diaria (cuidado personal, administración del dinero, movilidad, alimentación, vestimenta e higiene, entre otros).
- Seguimiento de la estrategia terapéutica, en coordinación con equipo de salud referente.
- Prestación de visita domiciliaria y/o atención remota, entre otras.

SUBTIPOS:

1- VIVIENDA DE ESTANCIA TRANSITORIA CON APOYOS PARA LA VIDA AUTÓNOMA (*CASA DE MEDIO CAMINO*)

Actualmente tenemos en nuestra provincia usuarios que no han podido ser reinsertados socialmente tras la refuncionalización del hospital Julieta Lanteri, quienes a través del programa de "restitución de habilidades sociales" están logrando cierto grado de autonomía para la realización de las actividades de la vida diaria (AVD) y por medio del cual se tiene planificado la articulación interinstitucional con el dispositivo cultural "Pulga Messi" con el objetivo de reforzar la autonomía.

Se considera que es una población con las características acordes para residir una residencia asistida, logrando de esta forma restituir derechos humanos y desocupar camas de las residencias del Hospital Julieta Lanteri. También se encuentran usuarios con estas características residiendo en hospitales generales por la inexistencia de una red articulada de dispositivos intermedios que contengan las problemáticas de salud mental.

Definición:

Establecimiento de Salud Mental con alojamiento temporal.

Funciona independientemente, en lo concerniente al espacio físico, a otros establecimientos de salud.

Se organizará de acuerdo al programa de intervención teniendo en cuenta el perfil poblacional: grupo etario, género, funcionalidad psicosocial y grados de apoyos requeridos.

El dispositivo habitacional sólo incluirá las prestaciones de apoyo para la vida cotidiana, excluyendo los tratamientos en salud mental.

Recurso Humano:

Apoyo medio, es requerimiento la realización de visitas periódicas del equipo de salud. Se realizará la totalidad del tratamiento de salud mental por fuera de la vivienda.

Objetivos:

Promover el fortalecimiento de la autonomía de los usuarios a través del ordenamiento de las actividades de la vida diaria y la elaboración de un proyecto de vida singular para lograr la inclusión social de los mismos.

Pautas de Ingreso y Egreso:

Ingreso:

- Criterio de admisión: Personas entre 25 a 60 años que no presenten riesgo cierto e inminente, con padecimiento mental derivados por el equipo tratante de salud mental.
- Se realizará una admisión por un equipo interdisciplinario que definirá el perfil del usuario y el grado de apoyo que necesita. (se sugiere que sea el equipo del Hospital Julieta Lanteri)

Seguimiento: Se realizará seguimiento mensual según necesidad se modificará la frecuencia. (Hospital Julieta Lanteri)

Egreso:

● Cuando la persona usuaria haya alcanzado la mayor autonomía posible y la inclusión en el ámbito familiar y/o comunitario.

● Plazo máximo sugerido: 6 meses

Supervisión y garantía de derechos

El equipo interdisciplinario a cargo de salud mental deberá comunicar los ingresos de las personas alojadas en un plazo no mayor a 10 días de producido a:

- Ministerio de Salud /Dirección de Salud Mental
- Superintendencia de Servicios de Salud;
- Al Órgano de Revisión Provincial de la Ley de Salud Mental,

-Pudiendo dar intervención y requerir lo pertinente a las autoridades competentes.

-Presentaciones ante las jurisdicciones del Poder judicial y del Ministerio Público.

A los efectos de garantizar la protección de los derechos humanos de las personas alojadas, la comunicación referida en el párrafo precedente deberá contener la siguiente información;

a) Adecuación a las pautas de ingreso al dispositivo;

b) Informe sobre las redes socio-familiares de la persona y/o acciones realizadas para la identificación de los datos mencionados.

c) Consentimiento informado de la persona.

Capacidad:

El máximo de plazas recomendado es de 20 residentes por casa de medio camino, según lo establecido en la norma de habilitación jurisdiccional y sin perjuicio de la estrategia singularizada de cada persona usuaria.

Modalidad de prestación:

Alojamiento y rehabilitación psicosocial, acorde al perfil poblacional

Equipamiento

- Habitaciones para personas usuarias: contará con la cantidad de camas,
- mesas de luz y accesorios necesarios según la tipología. (módulos según género)
- Comedor / Estar: contará con mesa, sillas, sillones, televisión, audio,
- elementos de decoración.
- Computadora con acceso a internet
- (deseable).
- Cocina: contará con heladera, cocina con campana de extracción,microondas, vajilla para personas usuarias.
- Depósito de alimentos: contará con estanterías fijas o móviles para el guardado de los alimentos.
- Lavadero: contará con mueble de guardado de ropa diferenciado en ropa limpia y ropa sucia.
- Áreas descubiertas para esparcimiento.

2- VIVIENDA DE ESTANCIA VARIABLE A PROLONGADA CON APOYOS PARA LA VIDA AUTÓNOMA (*RESIDENCIA ASISTIDA*)

Contextualización:

Actualmente en nuestro sistema de salud nos encontramos con usuarios que residen en los efectores del segundo y tercer nivel, sin criterio de internación por motivo de salud mental, quienes por sus características psico-sociales presentan un grado de vulnerabilidad y necesidad de apoyo por su grado de dependencia para la realización de las AVD.

Estos usuarios están en condiciones de residir en residencias asistidas, su ingreso a ellas produciría una desocupación de camas y reduciría la sobrecarga de los equipos de salud, además de favorecer mayores niveles de calidad de vida para los mismos.

Definición:

Establecimiento de Salud Mental con alojamiento variable a prolongada.

Destinado a la rehabilitación psicosocial en el marco del proceso de inclusión social.

Funciona independientemente, en lo concerniente al espacio físico, a otros establecimientos de salud.

Algunos ejemplos: “módulo de integración comunitaria”, “residencia asistida”, “residencia protegida”.

Objetivos: Brindar atención especializada a usuarios con necesidad de apoyo y vulnerabilidad psicosocial.

Pautas de Ingreso y Egreso:

Ingreso:

- Persona con padecimiento mental, con autonomía limitada y vulnerabilidad psicosocial.
- Persona con discapacidad mental.

No se considera internación, incluye a personas con padecimiento mental que no presenten riesgo cierto e inminente, acorde al perfil poblacional del servicio.

Egreso:

- El tiempo de permanencia en este dispositivo es según estrategia terapéutica y necesidad de la persona, con evaluaciones periódicas y articulación con otros sectores para personas con alta terapéutica que presenten problemas de acceso a la vivienda.

Supervisión y garantía de derechos

El equipo interdisciplinario a cargo de salud mental deberá comunicar los ingresos de las personas alojadas en un plazo no mayor a 10 días de producido a:

- Ministerio de Salud /Dirección de Salud Mental
- Superintendencia de Servicios de Salud;
- Al Órgano de Revisión Provincial de la Ley de Salud Mental,

-Pudiendo dar intervención y requerir lo pertinente a las autoridades competentes.

-Presentaciones ante las jurisdicciones del Poder judicial y del Ministerio Público.

A los efectos de garantizar la protección de los derechos humanos de las personas alojadas, la comunicación referida en el párrafo precedente deberá contener la siguiente información;

a) Adecuación a las pautas de ingreso al dispositivo;

b) Informe sobre las redes socio-familiares de la persona y/o acciones realizadas para la identificación de los datos mencionados.

c) Consentimiento informado de la persona.

Capacidad:

El máximo de plazas es de 12 residentes por residencia asistida, recomendable 8; según lo establecido en la norma de habilitación jurisdiccional y sin perjuicio de la estrategia singularizada de cada persona usuaria.

Recurso Humano:

- Coordinador: Según necesidad.
- Médico de familia: según necesidad.
- Médico psiquiatra (mensual en equipo)
- Psicólogo (Quincenal en equipo)
- Trabajador social (Quincenal en equipo)

- Agente Sanitario (semanal)
- Terapista ocupacional (Diario)
- Acompañante terapeutico (Diario)
- Enfermero (Diario)
- Cuidador capacitado en primeros auxilios de salud en general.(Diario)

Plan provincial de Salud Mental

San Juan Gobierno | Ministerio de Salud