

¿CÓMO AFECTA LA LEY DE SALUD MENTAL 26.657 A LOS DIFERENTES ACTORES DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO?

HOW DOES MENTAL HEALTH ACT No. 26,657 AFFECT THE DIFFERENT ACTORS IN THE ARGENTINE HEALTHCARE SYSTEM?

GISELA GONZÁLEZ¹, NEBEL SILVANA MOSCOSO², FERNANDO LAGO²

Universidad Nacional del Sur¹; Universidad Nacional del Sur (UNS). Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur (IIESS-CONICET-UNS)²

Resumen. *Introducción:* Los trastornos mentales y aquellos ligados al consumo de sustancias psicoactivas son la principal causa de discapacidad en el mundo y explican el 23% de los años perdidos por discapacidad. En Argentina el 21% de los jóvenes y adultos padece algún trastorno mental. *Objetivos:* Se propone analizar el impacto potencial de la Ley de Salud Mental 26.657 sobre los actores que se ven involucrados (en forma directa o indirecta) en su implementación. *Metodología:* Se realizó una revisión de la literatura afín y entrevistas a informantes clave del sistema de salud. *Resultados:* quienes demandan servicios de salud mental, así como quienes deben proveerlos, regularlos y financiarlos, se ven afectados con la sanción de la ley. Si bien el objetivo principal es que los pacientes mejoren su calidad de vida, la coordinación de los servicios; la cobertura de la seguridad social para las nuevas necesidades y la adaptación de las instituciones a la normativa, aún no son suficientes y ponen en riesgo su cumplimiento.

Palabras clave: salud mental, sistema de salud.

Abstract. *Introduction:* Mental disorders and those related to substance abuse are the leading cause of disability worldwide and account for 23% of the years lost due to disability. In Argentina 21% of young people and adults suffer from some kind of mental disorder. *Objectives:* This paper seeks to analyze the impact of Mental Health Act No. 26,657 on the actors who are (directly or indirectly) involved in its implementation. *Methodology:* A review of the related literature and interviews with key informants in the healthcare system were carried out. *Results:* People who require mental health services as well as those who should provide, regulate, and finance them are affected by the sanction of the act. Although the main goal of the act is to improve quality of life for patients, coordination of services, social security coverage for new needs and institutional adaptation to the new act, the measures taken so far are not enough yet and jeopardize the compliance of such act.

Correspondencia: Dra. Nebel Moscoso. E-mail: nmoscoso1@gmail.com

Enviado: 20 de Marzo de 2016

Aceptado: 10 de Mayo de 2016

Keywords: Mental Health, Healthcare System.

INTRODUCCIÓN

Según la OMS los trastornos mentales y aquellos ligados al consumo de sustancias psicoactivas son la principal causa de discapacidad en el mundo y explican el 23% de los años

perdidos por discapacidad. Cada año se suicidan aproximadamente 800.000 personas y el 75% de estas acciones ocurre en países de ingresos medios y bajos, y se debe principalmente a trastornos psiquiátricos o consumo de alcohol. La escasez de médicos y enfermeras psiquiátricas, psicólogos y trabajadores sociales son algunos de los obstáculos que impiden ofrecer tratamiento y atención en los países de menores ingresos. Estas regiones cuentan con 0,05 psiquiatras y 0,42 enfermeras psiquiátricas por cada 100.000 habitantes, mientras que en los países de ingresos altos, la tasa de psiquiatras y enfermeras es 170 y 70 veces mayor, respectivamente (1).

A nivel mundial los principales trastornos mentales son: depresión mayor (afecta a 350 millones de personas y con mayor prevalencia en las mujeres), trastorno afectivo bipolar (aqueja a 60 millones de personas), esquizofrenia (sufrida por 21 millones de individuos) y demencia (que padecen 47.5 millones de personas) (2).

Para 1990, los trastornos neuropsiquiátricos representaban el 8,8% de los Años de Vida Ajustado por Discapacidad (AVAD), cifra que aumentó en 2002 a 22,2% ¹, aunque varían notablemente entre países: mientras en Haití representan el 9,1%, en Chile constituyen el 30,5% (3). En Argentina el 21% de los jóvenes y adultos padece algún trastorno mental, el alcoholismo llega a 27,5%; seguido por la depresión mayor con 26,5%; los trastornos post traumáticos y la ansiedad generalizada con 7,4% y 6,4% respectivamente.

A continuación se presentan las estimaciones para Argentina de los años de vida potenciales perdidos (AVPP) por suicidio según jurisdicción provincial. Dado que las enfermedades mentales (principalmente la depresión) constituyen factores determinantes del riesgo de suicidio, estas cifras reflejan el número de años de vida que se pierden por no acceder a los tratamientos oportunamente a través de los mecanismos de prevención y atención en salud mental.

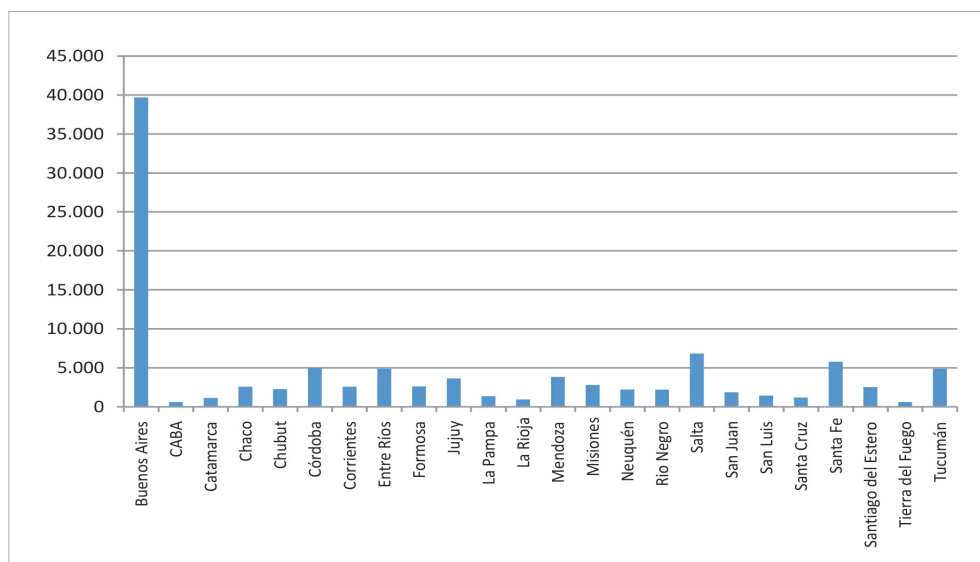


Figura 1. Años de vida potenciales perdidos por suicidio por provincia (AVPP) - (Argentina, 2012)

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud, 2012.

1- Los AVAD suman los años de vida potenciales perdidos (AVPP) debido a la mortalidad prematura y los años perdidos por enfermedad/discapacidad (APD).

2- Problemáticas mentales o de personalidad ocasionadas por enfermedad, lesión o disfunción cerebral, como la demencia o el delirium.

Seguidamente se exponen las Defunciones por Trastornos Mentales y del Comportamiento. Los principales diagnósticos son los Trastornos Mentales Orgánicos ² y del Comportamiento ocasionados por el uso de alcohol o sustancias psicoactivas, los cuales ocasionan el 96% de las muertes registradas (4).

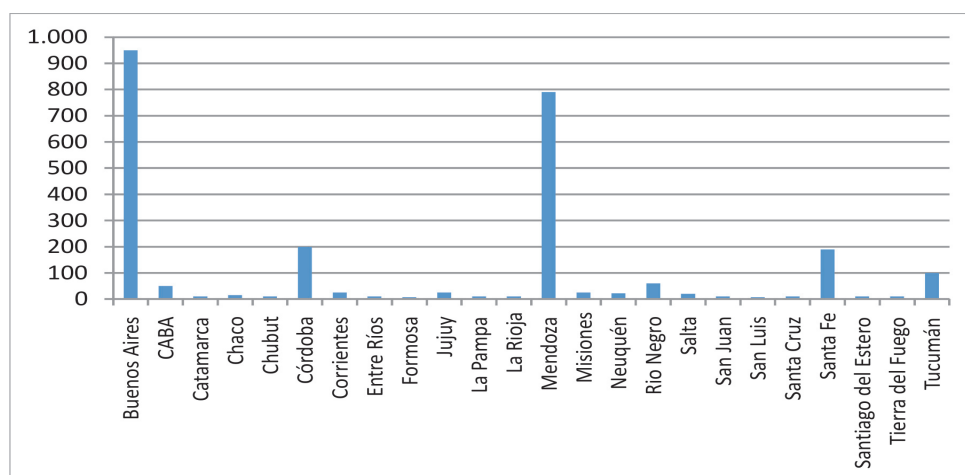


Figura 2. Defunciones por trastornos mentales y del comportamiento por provincia (Argentina, 2013)

Fuente: Elaboración propia según datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud, 2013.

Las principales dificultades observadas para mejorar los indicadores de salud mental a nivel mundial son: ausencia de servicios de salud mental en los programas de salud pública; omisión de estos servicios en los presupuestos nacionales; escasa integración de los servicios de salud mental con la atención primaria, y déficit en la generación de recursos humanos calificados (5).

A nivel mundial, los primeros indicios de reestructuración de la reglamentación en salud mental se dieron en Europa: Italia, en 1978 sancionó la Ley 180 extendiendo la tutela de la salud mental a todos los ciudadanos sin distinción de clase social o económica y aboliendo los manicomios, lo cual implicó el paso de una psiquiatría de la cura a una psiquiatría del cuidado de la salud mental, reemplazando el control social por un abordaje terapéutico (6,7). En América Latina y el Caribe, el desarrollo de la atención psiquiátrica fue tardío y enfrentó serias dificultades debido a que, por lo general, la salud mental no fue considerada prioritaria en las agendas gubernamentales de los países de esta región (8). Chile implementó en el año 2000 el Plan Nacional de Salud Mental basado en la integración de la atención de salud mental con los servicios de salud generales y los vínculos intersectoriales. Este programa tuvo un enfoque biopsicosocial y dio prioridad a las acciones preventivas y de intervención temprana dirigidas a mejorar la calidad terapéutica, con la participación activa de los usuarios, familiares y organizaciones locales (9). Colombia, a pesar de contar con programas dedicados al cuidado de la salud mental, en 2013 sancionó la Ley 1616 que garantiza el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental, promoviendo una atención integral y fomentando las prácticas de prevención (10).

Argentina sancionó en 2010 la Ley de Salud Mental

26.657 (en adelante LSM), con sustento internacional en las siguientes normativas: i) los “Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas”, de 1990 (11); ii) 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”, de 1990, y iii) 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 de Naciones Unidas en su resolución 46/119 del 17 de 1991.

La LSM sigue las tendencias de los países de la región. Garantiza el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas que se encuentran en territorio nacional (Art. 1º). Define 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” (Art. 3º). Insta la presunción de capacidad de todas las personas, establece que la persona usuaria de servicios de salud mental tiene derecho a decidir y brindar consentimiento informado para todo tratamiento (Art. 10º) y que se debe adoptar el procedimiento que menos restrinja los derechos y libertades del individuo y que promueva su integración familiar, laboral y comunitaria (Art. 7º).

La LSM garantiza un modelo de atención interdisciplinaria e intersectorial basado en redes comunitarias, y privilegia la atención en diferentes modalidades: ambulatoria, asistencia domiciliaria, casas de convivencia, hospitales de día, entre otras (Art.11º). Contempla la internación como un recurso excepcional que debe ser utilizado con fines terapéuticos, ser

lo más breve posible y determina que las personas internadas deben conservar sus lazos familiares, laborales y sociales (Art 14° y 15°). Prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de salud monovalentes y establece que las internaciones en salud mental se realicen en hospitales generales (Art 27° y 28°). Por último regula que los diagnósticos en salud mental deban considerar todos los aspectos y ser integrales (Art. 3°) (12).

OBJETIVO

El presente trabajo se propone analizar el impacto potencial de la Ley de Salud Mental 26.657 sobre los actores que se ven involucrados (en forma directa o indirecta) en su implementación.

METODOLOGÍA

A partir de un análisis detallado de la LSM, se identificaron los actores del sistema de salud argentino que se ven involucrados con la reforma, y se analizaron las consecuencias de la ley sobre cada uno de ellos. El análisis fue realizado mediante una revisión de la literatura afín y entrevistas a informantes clave: un psiquiatra de la comisión de revisión de la Ley de Salud Mental, una jefa de guardia de un hospital público y un representante de una Región Sanitaria de la Provincia de Buenos Aires.

RESULTADOS

A continuación se examinan las consecuencias de la ley para los diferentes actores del sistema de salud argentino teniendo en cuenta los pacientes, los profesionales e instituciones proveedoras de servicios de salud y quienes financian las prestaciones (familia del paciente, Estado y aseguradoras).

Los pacientes psiquiátricos necesitan recibir atención médica de calidad protegidos de todo tipo de discriminación o trato inhumano. La LSM propone que su proceso de atención se realice preferentemente (cuando su riesgo no sea cierto e inminente) fuera del ámbito de internación hospitalaria y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. La ley propone la creación de instituciones complementarias, pero en la práctica su disponibilidad es limitada en relación a la demanda total, por lo cual los pacientes que no cuentan con un soporte familiar y afectivo pueden quedar en situa-

ción de desamparo, y esta posibilidad no está contemplada en la ley.

Un caso particular es el de los pacientes psiquiátricos judicializados que, dada la inexistencia de instituciones destinadas a su asilo, deben permanecer en los hospitales generales bajo normas estrictas de seguridad, adicionando una responsabilidad al rol de los profesionales de la salud y sanatorios. Si bien se espera que la reforma mejore la calidad de vida de los pacientes, si la articulación entre los actores del sistema de salud (hospitales, centros de día y profesionales de la salud) es deficiente, sus resultados pueden no ser los deseados.

A partir de la implementación de la LSM otros pacientes que demandan atención de la salud con patologías diferentes a los trastornos mentales deben compartir espacios del sector salud, como hospitales generales o centros de atención primaria de la salud, con personas que sufren trastornos psiquiátricos. Estos pacientes podrían sentir temor o aversión a compartir las instalaciones, lo cual debe tenerse en cuenta como parte de las medidas de adaptación.

Con respecto a los profesionales de la salud la LSM establece que la atención a los pacientes debe ser hecha por un equipo interdisciplinario de salud mental, integrado por un médico (para el cuidado de la salud), un psicólogo (para evaluar la dimensión subjetiva), un trabajador social (para considerar las condiciones sociales) y un enfermero (para los cuidados cotidianos). Aunque el médico psiquiatra continúa teniendo la responsabilidad civil y penal por cada paciente, en los hechos su autoridad se ve restringida dado que cualquier decisión de tratamiento o internación debe ser acordada con el resto del equipo de atención, lo que produce una inconsistencia de esta legislación con las leyes del ejercicio profesional.

La LSM no contempla la situación de los profesionales de instituciones monovalentes y su futura reinserción en hospitales generales, ni tampoco prevé cómo serán formados los médicos que trabajan en hospitales generales para responder a las mayores demandas de atención en salud mental. En los hospitales generales la urgencia del individuo que llega a la guardia se presenta bajo las formas clínicas del *acting-out*³: impulsión, desborde angustioso, violencia, episodios psicóticos y abstinencia, lo cual requiere un equipo interdisciplinario de profesionales capacitados en su atención y monitoreo. En este sentido, las universidades que tienen la responsabilidad de la educación médica deberán hacer las revisiones curriculares necesarias para que la formación de los profesionales de la salud incorpore las competencias requeridas para responder a los principios, políticas y dispositivos establecidos en la LSM.

Los hospitales neuropsiquiátricos monovalentes actúan como oferentes públicos y/o privados de servicios de salud

3-“Paso al acto” es un curso de acción que toma un individuo que, si bien no expresa realmente su deseo lo hace de forma simbólica distorsionada y solo puede ser detectado por un psicoanalista, psiquiatra, psicólogo clínico u otro profesional del área.

mental. La LSM prevé la desaparición de estas instituciones como tales, sin embargo, en la práctica se observa que se está dando un proceso de readaptación y adecuación institucional, acorde a los lineamientos de la nueva legislación: apertura a la comunidad, descentralización de responsabilidades a dispositivos intermedios, capacitación y creación de puestos de trabajo dedicados a la externación, entre otros.

Es necesario, para completar este proceso, promover y acompañar el diseño e implementación de los proyectos de adecuación a través de intervención técnica, asesoramiento y financiamiento. La responsabilidad de tales proyectos no solo recae sobre el Ministerio de Salud Nacional, sino que requiere de la cooperación entre las distintas jurisdicciones provinciales. Asimismo, debe fomentarse una articulación con los municipios correspondientes a las áreas donde están localizados los establecimientos monovalentes para el diseño y la planificación de una externación sustentable (13).

Los hospitales generales son instituciones públicas y/o privadas oferentes de servicios de salud que deben realizar redistribuciones de espacio, servicios y recursos humanos para responder a las necesidades de atención de los pacientes con enfermedades mentales. Esto implica, una reducción de los recursos en otras áreas del hospital, a cambio de destinar más fondos a la creación de espacios que garanticen la tranquilidad y el desarrollo de las actividades terapéuticas de los pacientes psiquiátricos tales como clases de música, teatro, charlas grupales, danza, entre otras. Si no disponen de partidas presupuestarias adicionales, esta movilización de recursos puede llegar a perjudicar la oferta de servicios para los pacientes que sufren otras patologías distintas a las psicopatías (14,15).

La LSM propone la creación de centros intermedios y la coordinación con centros de atención primaria de la salud. Dado que las patologías psiquiátricas generan síntomas que aíslan al paciente de su familia y comunidad, en muchos casos éstos carecen de toda conciencia de su enfermedad y situación, motivo por el cual suelen abandonar los tratamientos. Estos hechos tornan necesaria la creación de espacios terapéuticos intermedios, con abordaje diario y grupal, que promuevan su compensación, rehabilitación y estabilización, así como el aprendizaje de conductas y hábitos sobre el manejo de su enfermedad. Estos centros se deberán crear y/o adaptar progresivamente en las diferentes regiones del país.

Los pacientes más graves, sobre todo con grandes dificultades sociales (carentes de familia o grupos de pertenencia, sin hogar, internados por varios años y con absoluta incapacidad para manejar su cotidianeidad de forma autónoma) deberán ser alojados en hospitales de día de jornada completa donde se les provea la medicación, almuerzo y colaciones, permaneciendo institucionalizados la mayor parte del día. Los individuos

con patologías menos graves podrían acceder a hospitales de media jornada, o recurrir a la atención psicológica o psiquiátrica ambulatoria en los centros diurnos de rehabilitación psicosocial, grupos de auto-ayuda o comunidades terapéuticas (para pacientes con adicción severa al alcohol o drogas), o a los talleres protegidos (16). Gran parte de estas prestaciones en salud mental debieran darse en el contexto de la atención primaria de la salud, lo que permitiría una mejora sustancial en la calidad del tratamiento y el bienestar de esos pacientes (17). Se reconoce que la escasez de este tipo de centros de atención tiene como riesgo potencial el surgimiento de instituciones clandestinas destinadas a mantener internados a los pacientes más agudos que no pueden ser contenidos por sus familias durante las noches.

Se observa que los costos de la atención de la salud mental son financiados por las compañías aseguradoras; el Estado y la familia del paciente. Las compañías aseguradoras (obras sociales nacionales, provinciales y sindicales, y/o empresas de medicina prepaga) deben dar cobertura al Programa Médico Obligatorio (PMO) el cual prevé que se incluyan todas las actividades de fortalecimiento y desarrollo de comportamientos y hábitos de vida saludables como forma de promoción de la salud en general, y de la salud mental en particular. Asimismo, fomenta aquellas actividades específicas que tiendan a prevenir comportamientos que puedan generar trastornos y malestares psíquicos en temas específicos como la depresión, suicidio, adicciones, violencia, maltrato infantil. Sostiene que los agentes del seguro propiciarán las prácticas de promoción de salud mental mediante el desarrollo de actividades acordes a las modalidades que consideren pertinentes para su población beneficiaria. Sin embargo, el PMO limita cuantitativamente las prestaciones: garantiza la cobertura de hasta 30 visitas por año calendario de atención ambulatoria, no pudiendo exceder la cantidad de 4 consultas mensuales (esto incluye las modalidades de entrevista psiquiátrica, psicológica, psicopedagogía, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, psicoterapia de familia y de pareja, psico-diagnóstico). Determina que se financian internaciones de hasta 30 días por año calendario en casos agudos, mientras que se cubren hasta 60 días por año calendario de internaciones psiquiátricas en hospitales de día (18).

Con este esquema, los pacientes graves que necesitan una serie compleja de intervenciones en diferentes niveles, tienen derecho al mismo número de prestaciones psicológicas o psiquiátricas que el paciente levemente deprimido. A pesar del crecimiento en la demanda de prestaciones de salud mental (favorecida por la incorporación de nuevas patologías como problemáticas de la niñez que ahora son consideradas tratables, patologías asociadas al envejecimiento poblacional y adicciones) no se ha producido un aumento considerable

en la cobertura de estos servicios y tecnologías (19). Si bien los procesos de externación pueden disminuir el monto de los recursos destinados a los servicios de internación, este ahorro podría ser compensado con el incremento de los costos que conllevan la concurrencia de los pacientes a dispositivos intermedios, atención ambulatoria y/o primaria.

El Estado si bien actúa como financiador, también cumple funciones de regulador, proveedor de servicios y formador de recursos humanos en salud, aunque tiene diferente participación según sea el gobierno nacional, los gobiernos provinciales y/o locales. El Ministerio de Salud de la Nación es la autoridad de aplicación de esta legislación. La sanción de esta ley obliga al poder ejecutivo a incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas de salud mental hasta alcanzar un mínimo del 10% del presupuesto total en salud (asimismo, deben promover lo propio las provincias y CABA). Se observa la necesidad de crear un Órgano de Revisión que supervise los servicios de salud mental y vele por la protección de los derechos humanos de aquellos usuarios de los servicios de salud mental. A su vez, resulta imperioso desarrollar planes de prevención en materia de salud mental y programas específicos de inserción socio laboral para personas con padecimiento mental (20).

La familia del paciente psiquiátrico es un actor que deberá adaptarse a este nuevo proceso ya que la externación de su familiar psiquiátrico demandará tiempo de traslados y cuidados que con la nueva normativa recaen sobre ella. Si bien la LSM propone complementar la contención familiar con servicios de atención ambulatoria, esto sin duda genera un reacomodamiento de la dinámica del hogar, mayores gastos de bolsillo, y una gran incertidumbre pues los dispositivos intermedios son escasos y aún no funcionan óptimamente en todo el país, produciendo una demanda insatisfecha de tratamientos.

CONCLUSIONES

Todos los actores del sistema de salud se ven afectados por la sanción de la LSM y en algunos casos se manifiestan conflictos de interés. Por las características técnicas de promulgación y de unanimidades en ambas cámaras, esta ley no necesita ser aprobada por los parlamentos provinciales, lo que la hace de aplicación inmediata en todo el país. Sin embargo, se observan potenciales conflictos entre los estados provinciales y el estado nacional, ya que la legislación no se adapta a todos los contextos provinciales donde poseen legislación propia.

Los propietarios privados de establecimientos monovalentes o neuropsiquiátricos deben realizar una gran inversión en el cambio de perfil de sus instituciones, y en la capacitación

de sus profesionales para las nuevas funciones que deberán cumplir. Así mismo, en los hospitales generales no existen las estructuras apropiadas para internar a los pacientes con padecimientos mentales más severos. Esto deberá solucionarse con una reasignación de recursos entre servicios al interior de cada institución, lo cual requiere un proceso de transición.

También debe promoverse la adecuación de la cobertura en salud mental de las obras sociales y empresas de medicina prepagas a los principios promulgados en la ley. No menos importante resulta la modificación de otras leyes complementarias para que se muestren en sintonía con esta nueva legislación (leyes laborales, de ejercicio profesional, antidiscriminación, etc). En la medida que la cobertura de la seguridad social no se adapte a la nueva normativa, en muchos casos el beneficio del paciente en términos de calidad de vida e inserción socio laboral se ve opacado por los mayores costos que debe afrontar la familia del paciente, al tener que garantizar la contención que antes ofrecían los hospitales monovalentes.

El país está atravesando una etapa de incertidumbre ante el nuevo paradigma. La LSM provocó el surgimiento de obligaciones para toda la sociedad en su conjunto, por lo cual el camino hacia su plena adopción es extenso y requiere de grandes esfuerzos de articulación de todos los actores involucrados.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud (2016). Diez datos sobre Salud Mental. [online] Available at: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/
2. Organización Mundial de la Salud (2016). Trastornos mentales. [online] Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
3. RodríguezJJ, Kohn R. & Aguilar-Gaxiola S. (Eds.) (2009). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Pan American Health Org.
4. De Neira M L, Bella M, Acosta LD y col. Atención Primaria y Trastornos Mentales y del Comportamiento: una mirada exploratoria. Revista de Salud Pública, 2010; 14(1), 6-14.
5. Tizón JL. La atención primaria a la salud mental: una concreción de la atención sanitaria centrada en el consultante. Atención primaria, 2000;26(2), 111-119.
6. Salvia D. Orígenes, características y evolución de la Reforma Psiquiátrica italiana a partir de 1978. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1986;16: 069-085.
7. Evaristo P. La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste e Italia. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2011; 31(2): 345-51.
8. Aranda V, Miranda F. Políticas y programas de salud en América Latina: Problemas y propuestas 2006; (Vol. 114). United Nations Publications.
9. Vicente B, Kohn R, Saldívia S, Rioseco P. Carga del enfermar psíquico, barreras y brechas en la atención de Salud Mental en

- Chile. Revista médica de Chile, 2007;135(12), 1591-1599.
10. Mendoza ZU. Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia, 1974-2004. Revista Colombiana de Psiquiatría, 2007;36(2): 307-19.
 11. Furegato ARF (2009). Políticas de saúde mental do Brasil. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2009; 43(2): 258-259.
 12. Argentina N. Ley Nacional 26.657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental. Publicada en el BO el, 2010;3(12).
 13. Hacia una Argentina libre de sistemas manicomiales. (2016). In: Encuentro Nacional de Autoridades Provinciales, Directores y Equipos Técnicos de Hospitales Monovalentes del Sector Estatal. [online] Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, pp.32-35. Available at: http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/info-comunidad/pdf/2014-06-13_encuentro-monovalentes.pdf.
 14. Alvarado L. Ley Nacional de Salud Mental: Posibilidades para su implementación. Estrategias: Psicoanálisis y salud mental, 2013;(1), 42-44.
 15. Santirso Ruiz M. Fomento de la salud mental. Versión en español del documento titulado Advocacy for Mental Health. Colección Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Panamá: Organización Mundial de la Salud (OMS).2009.
 16. Hermosilla AM, Cataldo R. Ley de salud mental 26.657: antecedentes y perspectivas. PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 2012; 4(2), 134-140.
 17. Maureso P. Nuevos desafíos y actualidad de la práctica privada en los Hospitales de Día y otros dispositivos intermedios. Vertex, 2012;23(102), 137-49.
 18. Ministerio de Salud. (2016). Programa Médico Obligatorio (P.M.O). [online] Available at: http://www.colfarnn.org.ar/2014/datos/institucional/legal/26_0_Pmo201.pdf.
 19. Tosi L, González S G, & Orellano C M. Un análisis desde la perspectiva de la psicología política de la nueva ley de salud mental N° 26.657. In VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.2014.
 20. Brunetti M. El trabajo interdisciplinario a partir de la Ley Nacional de Salud Mental. In III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.2011.