

***PLAN
NACIONAL
DE
SALUD
MENTAL***

SETIEMBRE 1986

Montevideo, 8 de setiembre de 1986

Señor Ministro de Salud Pública
Dr. Raúl Ugarte
Presente.-

De nuestra consideración:

Cúmplenos elevar a su consideración el Programa Nacional de Salud Mental elaborado por esta Comisión designada según Resolución de ese Ministerio el 6 de mayo de 1985. –

Atento a la trascendencia y complejidad del tema, que involucra un amplio número de instituciones docentes asistenciales, laborales etc. Y sobre todo por su carácter nacional se creyó oportuno por la vía de la invitación, previa vuestra autorización, ampliar el grupo de trabajo con un delegado de las siguientes instituciones: Sindicato Médico del Uruguay, Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, Escuela Universitaria de Enfermería, Escuela Universitaria de Servicio social, Escuela de Sanidad Dr. J. Scosería., Dpto. Central de Enfermería, Escuela Universitaria de Psicología y Facultad de Medicina, quienes integran la comisión, prestaron su invaluable aporte.-

Debemos señalar la permanente ayuda y colaboración científica de la O.P.S. a través de su representante Dr. Vladimiro Rathouser y los Sres. Asesores Dres Isaac Levav. Jorge García Badaaraco y Renee González allanándonos nuestras dificultades y asesorando en la elaboración del presente Programa.-

También queremos destacar quienes integramos la Dirección de la Región "G" de este Ministerio y sus adjuntos, al Dr. Paulo Alterwain por su generosa y particular colaboración.-

Reciba el Sr. Ministro el agradecimiento por la distinción de confiarnos la elaboración de tan ambicioso meta, como o nuestro respetuoso saludo, quedando a sus gratas ordenes en lo que estime conveniente.-

Dr. Esio Franscescoli
Presidente Comisión Nacional
De Salud Mental

La Comisión que ha elaborado el presente Programa Nacional de Salud Mental estima necesaria su pronta puesta en funcionamiento en consideración a las circunstancias desarrolladas en el mismo.-

Considera que deben ejecutarse los lineamientos generales descritos y sus objetivos para darle carácter Nacional, eliminando la situación actual de fraccionamiento que tiene la atención en salud mental.-

Por otra parte ha elaborado una serie de subprogramas que considera prioritarios, los que solicita tener en cuenta para su puesta en práctica de inmediato y sin perjuicio de otros que pudieran definirse como tales, los que serán determinados por quienes dirijan y ejecuten este Programa Nacional.-

Recomienda para la viabilidad de la ejecución y permanencia del programa, cumplir con las siguientes etapas:

- a) Integrar el Departamento de Salud Mental a la estructura ejecutiva del Ministerio de Salud Pública, quedando a criterio del señor Ministro su rango de dependencia.-
- b) Que el Departamento de Salud Mental cuente con un Director Profesional Universitario de una de las profesiones del área de la salud mental, con reconocida experiencia en administración de servicios de salud. Que la Dirección del Departamento cuente con tres adjuntos, que deberán tener las mismas condiciones que el Director pero pertenecerán a profesiones distintas del área de la salud mental.
- c) Que se designe una Comisión Asesora Técnica Permanente del Departamento de Salud Mental integrada por un miembro de las instituciones representadas en esta comisión, mas representantes de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y de la comunidad.-

La comisión reglamentará su funcionamiento y nombrará una Mesa Permanente integrada por cinco de sus miembros. Tendrá como labor la Comisión Asesora sin perjuicio de otras funciones asesorar en: normas, integración de nuevos subprogramas, estudio de recursos, ejecución, evaluación. La Comisión Asesora fijará su régimen de trabajo pudiendo reunirse en forma expresa a pedido de la Dirección del Depto., como por su propia iniciativa.

d) Deberá legislarse en lo pertinente atento al vacío normativo que existe en algunas áreas, como también por el carácter nacional que tiene el presente Programa. La legislación a crear deberá propender a que este Programa, de ser aprobado por el mismo, se mantenga vigente como una línea de desarrollo prioritario en la política de salud mental futura y que pueda conservar un carácter flexible y adaptado a las nuevas concepciones sin perder vigencia en su importancia sanitaria y social. A tal efecto, esta Comisión recomienda la simultánea creación de un grupo de trabajo para promover las normas necesarias.-

Se agrega como Anexo a este Programa el trabajo de A.P.I. (Asociación de Psiquiatras del Interior) sobre la instrumentación de las acciones del Programa Nacional de Salud Mental en las áreas rurales. Quedará el mismo como aporte e instrumento de trabajo para que el Dpto. de Salud Mental lo tenga en cuenta en lo pertinente.-

1. - **ANTECEDENTES**

DIAGNOSTICO DE LA SITUACION

En la historia del comienzo y desarrollo de la atención psiquiátrica en el Uruguay, cabe destacar como hito fundamental, la creación del Hospital Asilo de Alienados en 1880 (Hospital Vilardebó). Este representaba una conducta frente al enfermo mental que se caracterizaba por el tratamiento con los muy escasos recursos terapéuticos con que se contaba en ese momento y fundamentalmente la reclusión y aislamiento de la sociedad de este tipo de enfermos.-

A partir de esta concepción del problema se ha desarrollado, acompañando el avance terapéutico de la Medicina, una infraestructura basada en atención en consultorio (privados, mutuales, estatales) y manteniendo el aislamiento en asilos que se fueron ampliando cuantitativamente, según la demanda (1912 se crea la Colonia Bernardo Etchepare). -

A esta situación se agrega el desconocimiento de la morbilidad por carecer de estudios epidemiológicos imprescindibles. En el mismo período otras funciones se fueron desarrollando sin ser reconocidas, ni integradas totalmente en los programas del Ministerio de Salud Pública.-

Esta situación crónicamente deficitaria de la Salud Mental, se agravó durante el período 1973-1984, puesto que los planes que se implementaron en esa época, en esta área, fueron erróneos, con criterios obsoletos, lo que nos enfrenta hoy a una realidad de emergencia sanitaria.-

A nivel oficial (M.S.P.) se cuenta para la atención en Salud Mental con el Hospital Psiquiátrico, el Hospital Vilardebó, la Colonia de alienados B. Etchepare, policlínicas en Montevideo y servicios de psiquiatría en algunos departamentos del Interior.-

En el Hospital Vilardebó viven aún, entre sus ruinosas estructuras, unos 250 pacientes crónicos. El Hospital Psiquiátrico, hospital de agudos inaugurado en 1981, alberga hoy cerca de 300 enfermos, muchos de ellos crónicos, atendidos por una insuficiente cantidad de personal técnico y con carencias estructurales marcadas.-

La Colonia de Alienados Bernardo Etchepare, con 2400 pacientes, aparece como la clásica institución asilar y custodial, con déficits dramáticos desde el punto de vista de los derechos asistenciales de los enfermos.-

El M.S.P. con el 90% de las camas psiquiátricas del país ofrece hospitalización y asilo, como opción terapéutica preponderante en Salud Mental.-

La carencia de una red de policlínicas zonales y las que existen, insuficientemente dotadas, lleva a la sobreutilización del hospital como recurso terapéutico y a una casi duplicación de los índices de cronificación.-

A nivel del M.S.P. no existen planes de prevención en Salud Mental y se dispone de muy escasos recursos en rehabilitación; sólo para el 0.6% de los pacientes crónicos.-

Las instituciones de asistencia médica colectiva proporcionan atención al 52% de la población del país. La atención en salud mental en las IAMC constituye un estilo de asistencia centrada en la actividad de consultorio, tipo "policlínica", sin que exista ningún tipo de programa de Salud Mental.-

El psiquiatra y el psicólogo cumplen su función en forma aislada y como excepción pueden realizar una consulta con otro colega. En las IAMC no hay servicios psiquiátricos organizados, con niveles administrativos y técnicos. La mayoría de los psicólogos son contratados, trabajando a destajo y limitando sus funciones al psicodiagnóstico.-

No disponen de estructuras para internación psiquiátrica, sino que utilizan los sanatorios privados durante 30 días al año y en algunos casos son contratos a bajo costo, a expensas de la calidad del servicio.-

Solo algunas instituciones cubren las emergencias psiquiátricas, pero en caso de necesitar internación no lo hacen en sus sanatorios sociales, a pesar del carácter menor y transitorio de muchas de estas crisis.-

Además las IAMC no cubren ninguna de las actividades que corresponden a la prevención primaria y terciaria en las cuales es esencial la actividad profesional de asistentes sociales, y psicólogos. Tampoco se realiza ninguna labor de rehabilitación y se cubre la atención en Salud Mental en base a la utilización de psicofármacos, (mayormente recetados por el médico general). Es de destacar que algunos de los aspectos más regresivos de la atención del enfermo mental (por ej. La norma que establece sólo 30 días de internación anual) están consagrados por la ley (Ley 15181) siendo uno de los primeros pasos necesarios el derogar esta legislación cuyos aspectos más lesivos a la Salud Mental quedan ejemplificados en el Art. 8 de la Ord. 8/83 de la mencionada Ley.

En este contexto, el paciente psiquiátrico ha sido el gran excluido. No se contemplan las necesidades específicas del enfermo mental y del arsenal terapéutico hoy disponible en Salud Mental, sólo se utilizan los psicofármacos y éstos ni siquiera por los especialistas. Como se argumentó precedentemente, no parecen ser sólo razones económicas las que motivan esta situación, sino también el concepto preponderante acerca de la naturaleza de la enfermedad mental.-

La asistencia privada no colectiva cubre una muy pequeña franja, menos del 5% de la población que requeriría atención y se centra mayoritariamente en la asistencia psicoterapia individual, dirigida especialmente a los sectores de mayores recursos. Esta forma de asistencia es también parcial por cuanto no puede organizar programas de prevención y de rehabilitación. Todas las formas de atención reseñadas responden a una concepción de prestación individual, aislada, incoordinada, centrada sobre la intervención sintomática.-

Actualmente se caracteriza la asistencia psiquiátrica por un marcado grado de pauperización, fragmentación organizativa y centralización geográfica inadecuada con cobertura insuficiente, teniendo escasos recursos entre otros, humanos y éstos parcialmente calificados. No existe adecuada integración docente asistencial ni participación de la comunidad en los programas actuales y no se cuenta con un diagnóstico acabado de la situación.-

En este marco es que el Ministerio de Salud Pública recogiendo la solicitud de los técnicos involucrados y sensibles a la situación, comienza el análisis del problema en forma global, instrumentando en su órbita la comisión Nacional de Salud Mental, creada por Resolución Ministerial el 6 de mayo de 1985, cuyos cometidos fundamentales son:

- Asesoramiento referente a políticas, estrategias y planes en el campo de la Salud Mental.
- Participación en la definición programática y normativa en su campo específico
- Promover la coordinación de acciones y proponer los mecanismos que la hagan efectiva en los diferentes niveles e instituciones.

La Comisión integrada con:

- El Sr. Director General de la Salud o la persona que éste delegue que la presidirá.-

- El Sr. Inspector General de Psicópatas o la persona que la Inspección General de Psicópatas delegue.
- El Director del Programa de Salud Mental del M.S.P.
- El Director del Hospital Psiquiátrico.
- El Director de las Colonias Bernardo Etchepare y Santin Carlos Rossi.
- El Director del Hospital Vilardebó
- El Profesor Titular de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina y la persona que este delegue
- El Prof. Titular de la Cátedra de Psiquiatría Infantil de la Facultad de Medicina o la persona que éste deleguen delegado de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. Un delegado de la Asociación de Psiquiatría Infantil. Un delegado de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópatas – Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica.

A su vez, esta Comisión invitó a participar en la elaboración del Programa a un delegado de las siguientes instituciones_ del Sindicato Médico del Uruguay, Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, Escuela Universitaria de Enfermería, Escuela Universitaria de Servicio Social, Escuela de Sanidad “Dr. J. Scosería”, Departamento Central de Enfermería del M.S.P. Escuela Universitaria de Psicología y Facultad de Medicina. Se entendió pertinente estas invitaciones, las que fueron comunicadas al Señor subsecretario de este Ministerio para que actuaran en esta elaboración y contribuyeran en temas fundamentales dentro de sus disciplinas.

Como resultado del trabajo realizado por la antedicha Comisión se propone el siguiente Programa Nacional de Salud Mental

2. - PRINCIPIOS

La salud es un derecho irrenunciable del individuo, el Ministerio de Salud Pública es el órgano normativo y de control de las actividades vinculadas a la salud de la población en general y por lo tanto, competente para la programación en salud mental, su ejecución y control.-

El Programa Nacional de Salud mental se integrará al futuro Sistema Nacional de Salud.-

La cobertura del Programa Nacional de Salud Mental será universal, igualitaria, oportuna, continua, integral y coordinada.-

Las actividades del Programa Nacional de Salud Mental se articularán con los demás programas de salud en general.-

Los organismos estatales, paraestatales, municipales, privados y de las fuerzas sociales tendrán un papel sustantivo en la planificación, implementación y evaluación de este Programa Nacional. –

Este Programa Nacional se fundamenta en la necesidad de implementar un nuevo enfoque de la Salud Mental de la población y un cambio cualitativo en la atención del enfermo psiquiátrico.-

3. - FUNDAMENTOS

Frente a la situación descrita, las soluciones sólo pueden provenir de un amplio movimiento colectivo que incluya a las fuerzas sociales organizadas y vinculadas con la Salud Mental y a todos los recursos existentes en la Comunidad. Ante el modelo individual, aislado e incoordinado, es necesario proponer un modelo centrado en áreas de población, que utilice colectivamente los esfuerzos de todos los técnicos en salud mental y aplique todos los recursos terapéuticos disponibles.-

El centro de la actividad debe dejar de ser el hospital, asilo o consultorio clínico mutual o privado para pasar al Centro de Salud Mental, unidad de atención que integra a los técnicos en trabajo de equipo, utilizando todos los recursos de acuerdo con las necesidades. Este modelo desgravita las actuales estructuras existentes en Salud Mental para pasar a privilegiar el Centro de Salud Mental, estructura que integra en forma unitaria a los equipos interdisciplinarios.-

Estos cambios deben basarse en una investigación epidemiológica imprescindible para la toma de decisiones racionales.-

El programa reconoce que los estados psicopatológicos cambiantes y las diversas situaciones psico socio culturales determinan la necesidad de crear estructuras de atención diferentes pero articuladas entre sí, a fin de asegurar la diferenciación y continuidad de la atención respectivamente.-

Se debe priorizar la necesidad de promover la activa participación comunitaria así como la creación, fortalecimiento y colaboración con los grupos de ayuda mutua.-

4.- OBJETIVOS GENERALES

Atención a los problemas de Salud Mental de la población desde una perspectiva integral en la cual se contemplen acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación dirigidos a individuos, grupos y medio ambiente, enfatizándose las acciones de promoción y prevención.-

Creación de una red de servicios regionalizada, articulada e integrada, con el sistema de atención de salud general que atiende los problemas de salud mental de la población.-

Dicha red de servicios debe proveer cobertura a toda la población de manera igualitaria, oportuna, eficiente, continua e integral.-

Creación de canales definidos de participación de las Instituciones y fuerzas sociales organizadas.-

5. - ACCIONES ESTRATEGICAS

Para alcanzar los objetivos señalados, se requiere de un conjunto de transformaciones, las cuales por su importancia en cuanto a su capacidad de modificar la situación actual tiene carácter estratégico.-

Con la finalidad de sistematizarlas, las enumeraremos por separado, en el entendido que dicho ordenamiento no implica compartimentos estancos, sino acciones que se influyen y potencian mutuamente.-

5.1 Conformación de una red de servicios regional de Atención de Salud Mental.-

La red de servicios de atención de Salud Mental debe incluir de manera integrada y coordinada, el conjunto de servicios públicos y privados que efectúan algún tipo de prestación en Salud Mental.-

El sistema estará conformado por servicios ordenados por niveles de complejidad, cuyas funciones serán diferenciadas entre sí de manera tal que toda la población pueda tener acceso a los diferentes niveles.-

El sistema cubrirá la totalidad del territorio nacional variando las características de los servicios de acuerdo a las necesidades locales. Los servicios serán descentralizados a fin de asegurar su eficacia y aumentar su eficiencia y accesibilidad. Los servicios a crearse serán responsables directos de un área de población (“área de responsabilidad”). Las acciones a realizarse en el “área de responsabilidad” serán dirigidas tanto a satisfacer necesidades reconocidas como a las latentes; ambas necesidades serán objeto de investigación y vigilancia epidemiológicas.-

5.2. - Transformación del Modelo de Atención en Salud Mental

El Programa de Salud Mental para superar los problemas existentes en la actualidad debe no sólo extender, complejizar y universalizar los servicios existentes, sino que debe transformar las actividades y la forma de implementación de ellas. La Comisión normatizará en relación a los aspectos cuantitativos y cualitativos que hacen el desarrollo adecuado y digno de la atención en todos sus niveles.-

La propuesta para dar prioridad a los objetivos planteados implica el desarrollo como estrategia para su logro, de un modelo asistencial centrado en la comunidad e integrado en el sistema sanitario general, que rompa radicalmente con la marginación del enfermo mental implícita, en mayor o menor grado, en el actual modelo centrado en los hospitales psiquiátricos.

Se buscará desalentar la hospitalización psiquiátrica innecesaria o la prolongación de la misma. Asimismo, se desarrollarán aquellas formas de atención que mantengan al paciente en su lugar de residencia y en contacto con sus vínculos más significativos.-

El modelo de atención deberá ir desarrollándose por niveles estando su eje de coordinación en el Centro de Salud Mental. Se basa en el trabajo del equipo multi e interdisciplinario. La conformación de estos equipos será flexible y dependerá de las necesidades que se detecten debiéndose definir el equipo mínimo para cada nivel.-

Se propenderá a una mayor formación en salud mental del médico general dotándolo de aquellos conocimientos específicos en psicología médica que le permitan actuar eficazmente a nivel de la psicoprofilaxis. De igual forma deberá capacitarse el resto del equipo humano que cumpla tareas técnicas en salud mental. Para el ingreso de los funcionarios técnicos y no técnicos en este Programa se deberá, además de cumplir con las reglamentaciones vigentes, utilizar criterios de capacitación que normatizará el Departamento de Salud Mental con la aprobación de la autoridad ministerial correspondiente, recomendándose el sistema de concurso con carácter universal.-

Se realizará una evaluación permanente y objetiva de la efectividad y eficacia de las acciones realizadas por los servicios.-

5.3. - Coordinación Intersectorial

El Programa de Salud Mental para cumplir con eficiencia sus objetivos debe establecer formas de coordinación con otros sectores: Educación y Cultura, Poder Judicial, etc. Para ello deben crearse los mecanismos que permitan que esta coordinación se efectúa de manera continua y orgánica.-

5.4. - Coordinación intrasectorial

Además de la coordinación necesaria a nivel de Servicios de Atención señalada anteriormente, el Programa debe mantener estrecha coordinación con los centros formadores de recursos humanos y con los centros generadores de conocimiento en salud, a fin de asegurar el nivel científico profesional de la atención y la adecuación de la formación de los recursos humanos. Se fomentaran los convenios Universidad-Ministerio y otros y en especial aquellos que faciliten la asistencia, docencia e investigación en los niveles extra-hospitalarios extendiéndolas a todo el territorio de la república, ej. : ANEP- Secundaria – U.T.U. – I.A.M.C., etc.

5.5. - Capacitación en servicio

El personal que trabaja dentro del Programa de Salud Mental deberá mantenerse capacitado de manera continua. Esta tarea de capacitación deberá ser de responsabilidad del Ministerio de Salud Pública por sí; a través de los convenios que realice.-

5.6. - Implementación de Investigación epidemiológica e Investigación en Servicio de Salud que sirvan de apoyo al proceso de Planificación del Programa de Salud Mental.

Esta instancia de investigación requiere información permanente que emane de los propios servicios de salud y de la población, estructurándose a estos fines los registros correspondientes-

5.7. - Creación de los Canales adecuados de Participación de las Fuerzas Sociales Diferenciándose las Organizaciones que deben integrar cada uno de estos niveles, las formas de Representación, funciones, Derechos y Responsabilidades de sus Miembros.-

Las acciones estratégicas señaladas anteriormente deberán estructurarse en términos de factibilidad y viabilidad. Además, se hace necesario establecer la secuencia que en el tiempo tendrán la implementación de estas acciones.-

6. - NIVELES Y ACCIONES

6.1. - En el primer nivel de atención se crearán servicios comunitarios integrados en los denominados S.A.M.I. (Subcentro de Asistencia Médica Integral) a través de los cuales se vehiculizarán también Programas diversos del M.S.P. (Diagrama No. 1). -

La ciudad de Montevideo y Centros Poblados del Interior, se dividen a tales efectos en áreas geográficas relativamente homogéneas en cuanto a densidad, factores políticos administrativos, accesibilidad, recursos, necesidades y características de la población.-

La ubicación periférica de estas unidades facilitará su inserción comunitaria al permitir el establecimiento de un fácil enlace con la comunidad, sus líderes y las distintas organizaciones (ej. : médicas, vecinales; educacionales, etc.)

Las acciones de Salud Mental de este primer nivel son:

Promoción de la salud y Prevención Primaria

- Acciones comunitarias.
- Grupos de ayuda mutua (ej. : de ex pacientes, etc.)
- Educación sanitaria Intervención en crisis.
- Coordinación con otros programas de la estructura del M.S.P. de este nivel.
- Consultas a Instituciones vinculadas.

Prevención Secundaria

- Capacitación temprana.
- Intervención familiar, grupal, individual en situaciones que no constituyen patología
- Visitas domiciliarias.
- Interconsultas.

Prevención terciaria

- Seguimiento (ej. Programas Fenotiacina de Depósitos, etc.)
- Apoyo a la reinserción familiar y social

Las acciones serán coordinadas a nivel central de manera única teniéndose en cuenta, sin embargo, las características y necesidades especiales de cada zona.-

Se integrarán las acciones en Salud Mental a las realizadas por el equipo interdisciplinario a fin de que en la atención primaria se incluya:

- 1) La detección de los conflictos emocionales que se expresan a nivel físico.
- 2) La ayuda al enfermo y a su familia para hacer frente a las situaciones de crisis individual y familiar provocadas por la enfermedad orgánica y por las situaciones de pérdida relacionadas a la enfermedad.
- 3) La normalización de los criterios de Interconsultas.

Las acciones a efectuarse serán registradas de manera que puedan ser evaluadas periódicamente.-

En relación al equipo mínimo, en la Comisión se manejan dos criterios diferentes para trabajar en los S.A.M..I. realizando acciones de Salud Mental.

En uno de ellos, se integraría con Psiquiatras, Psicólogos, enfermeras Universitarias con especialización en Salud Mental y Asistente Social con orientación comunitaria; en el otro criterio, el equipo se constituiría con Médico con orientación comunitaria (luego especialización), Psicólogo, Enfermera Universitaria y Asistente social, todos con orientación comunitaria.-

Sin desconocer los beneficios de la estructura propuesta de los SAMI y los CAMI, un sector de la comisión hace notar en relación a la segunda opción:

- A. Que los recursos humanos del SAMI no aseguran las condiciones adecuadas para las acciones de promoción y prevención de Salud Mental. Para ello haría falta incluir como mínimo además del Psicólogo, enfermeras especializadas en Salud Mental y de ser posible Psiquiatras (de adultos e infantil).
- B. Que al no darse la composición del equipo señalado en los SAMI las posibilidades a nivel CAMI de contención periférica se verían disminuidas.
- C. Que la forma propuesta de constitución de los SAMI no aprovecha suficientemente las posibilidades de nuestro país de disponer de técnicos con alto nivel de especialización y diferenciación de funciones, a la vez que de coordinación.
- D. Que cuando se evalúe el plan se deberá poner especial atención para determinar los efectos de la ausencia de ciertas especialidades a nivel SAMI.

6.2. - El segundo nivel de atención se estructurará en el Centro de Salud Mental, que funcionará a nivel CAMI (Centro de Atención Médica Integral), del M.S.P. (Diagrama Nro. 2).

Cada Centro de Salud Mental es una unidad ejecutiva y de coordinación de su "área de responsabilidad" que debe contar con la posibilidad de uso de todos los recursos terapéuticos (asistencia zonal, internación, rehabilitación).

Los instrumentos principales a disposición del Centro y propios de él, son los servicios especiales (alcoholismo, geriatría, psiquiatría infantil, etc.) y áreas de internación de pacientes agudos y de corta estadía con criterio de sistema único, coordinando las estructuras asistenciales de Salud Púbcos y privadas de su área. Coordinará, en forma común con otros centros, áreas de internación de mediana estadía y crónicas, así como un área en los talleres protegidos.

Las estructuras básicas de un Centro de Salud Mental, son:

- a) Un servicio de emergencia que actúe con atención domiciliaria.
- b) Un hospital de día
- c) Un servicio de consultorio externo.
- d) Un área de internación de emergencia o corta estadía (Hospital General, Hospital Psiquiátrico u Hospital Mutual)

e) Area de internación nocturna, vinculada al Centros.

Estas estructuras funcionarán para pacientes que estén integrados a las actividades del Centro.

Se jerarquizarán sustancialmente las tareas de rehabilitación de pacientes crónicos. El Centro de Salud Mental estará en contacto con los servicios comunitarios dedicados a la rehabilitación de alcoholistas y a la recuperación de drogadictos.

El Centro debe actuar promoviendo consultas en salud mental y educación, en estrecha colaboración con el nivel SAMI de su área de influencia. Deberá asesorar a las instituciones que lo soliciten en lo pertinente. Esta educación se hará en varios niveles y debe ser dirigida con mayor énfasis a personas que por sus roles puedan funcionar como promotores de salud mental. Esta última consideración apunta a otra tarea del Centro que es el entrenamiento de líderes de la comunidad.-

El personal del Centro estará integrado por equipos multidisciplinarios constituidos por psiquiatras (adultos e infantil), psicólogos, psicopedagogos, enfermeras profesionales, asistentes sociales y terapeutas ocupacionales. Se buscará el mayor grado de interacción entre sus miembros con la mayor comprensión y coparticipación en los distintos enfoques.

El tratamiento apuntará a un reintegro satisfactorio y rápido al medio habitual.

En los tratamientos emplearán técnicas variadas, tales como psicoterapias breves, individuales, psicoterapia grupal, internación parcial en hospitales de día con terapia ocupacional y recreacional, orientación vocacional para adolescentes, grupos de padres de pacientes, grupos familiares en las propias casas, técnicas grupales, consultas sobre organización institucional, relaciones industriales y otros.

6.3. -El tercer nivel está constituido por los establecimientos de internación de corto y mediana estadía ubicados en los Hospitales Generales de Montevideo y del Interior del país, en los hospitales de las IAMC, o áreas utilizadas por ellas en hospitales privados y en los hospitales psiquiátricos que las dispongan. Cada uno de estos establecimientos estará organizado a través de un Servicio de salud Mental que constará con un equipo integrado como mínimo por médico psiquiatra, psicólogo, enfermera, asistente social y que coordinará con los Centro de Salud Mental correspondientes a su zona de influencia. Deberá realizar por sí mismo las acciones de segundo nivel. Estas acciones y la distribución de camas quedan reunidas los diagramas adjuntos Nro. 3 y 4. –

6.4. - El cuarto nivel estará constituido por el Hospital Psiquiátrico. Dado que todas las acciones del presente programa apuntan a desalentar la internación prologada del enfermo mental, es recomendable propiciar que los establecimientos hospitalarios de este nivel cuenten con un menor número que el actual de camas, mejorando la complejidad para elevar la calidad de la atención médica. En definitiva la propuesta es de uno o varios (incluyendo los privados) hospitales psiquiátricos con un menor número de camas y racionalización de la distribución geográfica de los mismos. Se propondrá a elevar la calidad a expensas de una mayor complejidad. Por lo menos en el Hospital Psiquiátrico (Hospital Musto) deberá integrarse la mayor complejidad a nivel de recursos humanos, técnicas de diagnóstico y tratamiento que sirvan como Hospital de referencia.

7. - INSTRUMENTACION DEL PROGRAMA

La concreción de los principios y objetivos delineados en el presente Programa Nacional de salud Mental, requiere de la implementación de las siguientes medidas:

7.1 Generales

- a) Puesta en funcionamiento de la Dirección del Dpto. de salud mental y de la Comisión Asesora.
- b) Creación de Centros de Salud Mental responsables de áreas o regiones de salud mental en Montevideo, integrados a los Centros de Atención Médica Integral (CAMI). Estos Centros de Salud Mental deben reunir todas las características descritas en este Programa.
- c) Creación de un Centro de salud Mental en cada capital de Departamento del interior del país.
- d) Instrumentación de los Servicios de Salud Mental en las IAMC de todo el país.
- e) Creación de servicios de Salud Mental con áreas de internación en los hospitales generales de Montevideo (Maciel, Pasteur, P. Roseell y Hospital de Clínicas) y en el interior del país en los hospitales departamentales.

7.2 Etapas Evolutivas

Hay medidas que pueden aplicarse a corto plazo y sin mayor preparación. Otras en cambio dependen de los hallazgos epidemiológicos que se hagan y se orientarán de acuerdo a las encuestas y de los primeros resultados que se obtengan al poner en práctica este Programa. Por último, otras representan una inversión de recursos tanto materiales como humanos y deben integrarse en un plan general de desarrollo económico y social.

7.3 Medidas en el corto plazo

- a) Adecuación del Hospital Vilardebó para su funcionamiento como Centro de Salud Mental con todos los niveles de atención para consulta externa, internación de agudos, mediana estadía (la Comisión opina con dos criterios: uno, considerando que corresponde este nivel y otro, considerando que no debe existir internación de mediana estadía), y crónicos. Deberá contar con importantes acciones de rehabilitación. Deberá desarrollar actividades CAMI para salud mental.

- b) Transformación del Hospital Psiquiátrico que le permita desarrollar acciones CAMI para salud mental. Continuará funcionando un área de internación de agudos y de mediana estadía para un área geográfica cuya extensión resolverá la Dirección de salud Mental y su comisión Asesora, pero que de todas maneras compartirá con el Hospital Vilardebó.
- c) Creación de dos Centros de Salud Mental en dos CAMI a elección en el Depto. De Montevideo los que se tomarán como área piloto de ejecución de los criterios del presente programa.
- d) Instrumentación del Centro de Internación para psiquiatría infantil en el Hospital Pereira Rossell e integración de la psiquiatría infantil a los Centros definidos previamente
- e) Normatización de los Servicios de Salud Mental de las IAMC de acuerdo a lo especificado en el presente programa.
- f) Creación de un área de internación en los Hospitales Generales Maciel, Pasteur y Clínicas.
- g) Creación de por lo menos tres Centros de Salud Mental en el interior del país.-
- h) Creación de área de internación en por lo menos un hospital del interior para internación en psiquiatría infantil.

7.4 Medidas Prioritarias

Se recomiendan como medidas prioritarias, dentro de las señaladas, las siguientes:

- a) Inmediata puesta en funcionamiento de áreas de internación psiquiátrica en Hospitales Generales Públicos y Privados de Montevideo e Interior, según lo descrito en este Programa.
- b) Cese de ingreso de pacientes que no correspondan al área de influencia de los hospitales psiquiátricos, pasando a ser atendidos en los centros regionales que le pertenezcan.
- c) Reconstrucción remodelación funcional y edilicia de los centros hospitalarios, dotándolos de los recursos necesarios para el desarrollo del programa.
- d) Restituir a su lugar de origen a los pacientes provenientes del Consejo del Niño, Saint Bois y Piñeyro del Campo, actualmente internados en la Colonia de Asistencia Psiquiátrica.

- e) Reubicación del Servicio de Seguridad en un Centro de Internación específico, fuera de la red hospitalaria psiquiátrica.
- f) Integración de por lo menos un equipo de salud mental – formado por psiquiatría, psicólogo, enfermera y asistente social – en cada CAMI, dependiendo la cantidad de equipos de cada CAMI para la atención de futuro a la demanda asistencial.

7.5 Medidas a tomar en la Colonia de Asistencia Psiquiátrica

- a) Una total remodelación edilicia que asegure en lo habitacional y en lo sanitario un mínimo nivel de confort.
- b) La dotación de un personal asistencial en número suficiente y de un técnico formado en las técnicas de rehabilitación y en un régimen de permanencia en el hospital, de tipo residencia.
- c) Los recursos materiales indispensables para atender las condiciones de habitación, alimentación, vestimenta y las que demande el funcionamiento de los programas que se enumerarán a continuación.
- d) Establecer un criterio específico de admisión de internados, debiendo ocuparse otros organismos de la atención de aquellos que escapen al cometido del hospital.

LA PROPUESTA DE ORGANIZACIÓN:

- 1) Area de Internación de pacientes de corta estadía destinada a los habitantes de la zona. Cabe puntualizar que la Colonia de Asistencia Psiquiátrica se encuentra rodeada de cuadro poblaciones de un radio de 10 km. Y un radio mayor de 30 km. Que incluye dos capitales departamentales.
- 2) Nivel CAMI
- 3) Hospital de rehabilitación destinado a internados de larga estadía. Centrado a la autonomía de las Areas de Internación y en el enfoque interdisciplinario de la atención, ésta se brindará tendiente al modelo comunitario.

Deberán establecerse niveles de posibilidades de resocialización entre los internados, brindándose recursos de rehabilitación en el campo laboral, educacional y recreativo. En lo laboral, se pondrá especial énfasis en el trabajo agropecuario y en el funcionamiento de talleres. En lo educacional, deberá coordinarse el apoyo de UTU, Escuela Primaria y Educación Física, y lo Recreativo, estará centrado en el funcionamiento de un club.

Con el objetivo de reconexión social, se prestará especial importancia al Programa de Asistencia Familiar y de Hogares de Medio Camino.

RED DE INTERNACION PSIQUIATRICA Y OTRAS ACCIONES EN SALUD MENTAL. EN ESTABLECIMIENTOS CON SERVICIOS DE INTERNACION.

La dependencia puede ser en su propia estructura o dependiendo del establecimiento aunque no forma parte del mismo físicamente.

Hospitales Departamentales

Acciones CAMI
Internación de corta estadía
Internación de mediana estadía
Internación de estadía prolongada
Hospitalización de noche
Hogares de medio camino

Hospitales Generales de Montevideo

Acciones CAMI
Internación de corta estadía

Hospital Vilardebó

Acciones CAMI
Internación de corta, mediana (¿) y larga estadía
Hospitalización de noche
Sector de rehabilitación. A medida que se desarrolle el plan Nacional, se tenderá a reinsertar los pacientes actualmente internados a su lugar de origen.

Hospital Psiquiátrico

Acciones CAMI
Internación de corta estadía
Internación de mediana estadía

Colonia de Asistencia Psiquiátrica

Acciones CAMI
Internación de corta, mediana y larga estadía
Rehabilitación

Hospitales sociales de las IAMC

Acciones CAMI
Internación para corta estadía

Estos establecimientos tendrán competencia en su área de influencia y a la distribución geográfica de sus afiliados para las IAMC.

ESTIMATIVO DE NUMERO DE CAMAS DE INTERNACION PSIQUIATRICA EN EL M.S.P.

1) Servicio de Psiquiatría en los hospitales generales de Montevideo:

Hospital Maciel	- 10 camas agudos
Hospital Pasteur	- 10 camas agudos
Hospital P. Rossell	- 10 camas agudos

2) Servicio de Psiquiatría en los Hospitales Departamentales:

Artigas	- 10 camas	}	}	Crónicos
Melo	- 10 camas			
Durazno	- 10 camas			
Paysandú	- 20 camas			
Rivera	- 10 camas			
Salto	- 20 camas			
Tacuarembó	- 10 camas			
Treinta y Tres	- 10 camas			
Soriano	- 10 camas			
Trinidad	- 10 camas			
Minas	- 10 camas			
Rocha	- 10 camas			
Maldonado	- 10 camas			
Fray Bentos	- 10 camas			
Colonia	- 10 camas			
		Agudos		
		Mediana		
		Estadía	Extramurales	

3) Hospital Psiquiátrico

100 camas agudos
120 camas mediana estadía

4) Hospital Vilardebó

20 camas agudos
250 camas crónicos con posibilidades de egreso y crónicos con necesidad de mayor continencia
Rehabilitación: hospital diurno; hospital nocturno; talleres de terapia ocupacional.

5) Colonia de Asistencia Psiquiátrica Dr. B. Etchepare y Santín Carlos Rossi.

50 camas agudos
50 camas mediana estadía.
Hospital de rehabilitación de pacientes crónicos

8. - INTEGRACION DE LAS I.A.M.C. AL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL

8.1. - Propuesta organizativa

La integración de recursos en un sistema único (MSP-IAMC) debe ser principio fundamental para la organización de la Salud Mental en las IAMC. En esta etapa, el Ministerio de Salud Pública, como responsable de la Salud de la población normatizará acerca de la prestación de servicios en Salud Mental en el mutualismo.

Cada IAMC organizará un Servicio de Salud Mental (SSM) definido como aquella estructura que planifica, organiza, dirige, ejecuta, evalúa y coordina las acciones en Salud Mental, debiendo actuar en relación directa con la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública, a efectos de cumplir las normas que la misma establezca.

Las IAMC deberán integrar dentro de sus programas de atención médica, estructuras similares a las desarrolladas en este Programa. De no contar con estas estructuras podrán integrarse a éste coordinando en lo pertinente.-

La Dirección de los Servicios de Salud Mental de cada mutualista estará integrada con el coordinador de cada uno de los sectores relacionados con la Salud mental (psiquiatría, psiquiatría infantil, psicología, enfermería, servicio social) y por una Director Ejecutivo.

Los SSM se organizarán a través de Centros de salud Mental Comunitarios (SCM) debiendo contar con uno de estos centros cada 60.000 a 80.000 afiliados o coordinando con otros establecidos en lo pertinente si no se llegara a esas cifras. Aquéllas que no reúnan este número de socios deben igualmente organizar sus servicios de Salud Mental, de acuerdo con los criterios de este Plan, integrándose para ello, si fuere necesario, con otras instituciones o recurriendo a los servicios de Salud Pública.

Las IAMC a través de los Centros de SMC deben cubrir todas las instancias de la evolución de la enfermedad mental (prevención, asistencia ambulatoria y de internación, recuperación y rehabilitación).

En los casos de que no dispongan de infraestructura para brindar estos servicios, deberán utilizar los proporcionados por el MSP en el área determinada.

8.2. - Cada CSMS realizará acciones en los niveles de:

- a) Prevención
- b) Asistencia en crisis (emergencias, policlínicas)
- c) Internación de corta estadía
- d) Recuperación y rehabilitación.

8.3. - Desarrollo de los niveles

- a) En este nivel se integrarán las actividades de promoción y prevención para lo cual las estructuras zonales de las IAMC deberán integrarse a los planes correspondientes del nivel SAMI de Salud Pública.
- b) Nivel de zona o policlínica. Atención Ambulatoria

Es de atención en consultorio mutual o en consultorio propio que cubre un área determinada. El técnico en este nivel – psiquiatra, psicólogo – debe asistir no más de uno o dos pacientes por hora respectivamente, y deben funcionar en coordinación los deferentes integrantes del equipo de Salud Mental (psiquiatra, psicólogo, enfermera, asistente social). En el caso de la Salud Mental infantil, se integrará un equipo formado por psiquiatra infantil, psicólogo infantil, asistente social y enfermera.-

En un área determinada estos técnicos deben estar coordinados con los SAMI o CAMI para la utilización conjunta de los recursos a través de la derivación a centros comunes de tratamiento (Centros o Unidades del Programa de Salud Mental, Centro de Día, Unidad de internación, etc.).

En este nivel, se incorporará la psicoterapia a la asistencia brindada por las IAMC, ajustándose las normas de trabajo a las condiciones específicas de este recurso terapéutico.

- c) Nivel de emergencia, Internación de corta estadía.

Será la atención de emergencia y de corta estadía. Cada Centro de SM comunitario debe contar por lo menos con tres camas psiquiátricas de emergencia y otras cinco para corta estadía. Estas camas podrán estar ubicadas en un hospital privado psiquiátrico, hospital mutual o coordinada con un Hospital de Salud Pública y deberá contar con un médico psiquiatra residente, un psicólogo clínico y una enfermera especializada, quienes funcionarán en coordinación con el nivel zonal y con el personal técnico de la estructura en la cual el paciente está siendo tratado

d) Nivel de Recuperación y Rehabilitación

En relación con la recuperación y rehabilitación, las IAMC deberán proporcionar los recursos técnicos para su realización, por sus medios o en coordinación con los SAMI o CAMI, de acuerdo a lo exigido por este Programa Nacional.

Cuando las IAMC no cuenten con los recursos exigidos, podrán optar por coordinar con el MSP en lo que corresponda.

9. - PSICOFARMACOS

Los psicofármacos constituyen uno de los rubros más importantes de la asistencia psiquiátrica mutua. Dada la importante incidencia de los factores económicos en la viabilidad de este plan, el manejo racional de los psicofármacos constituye un elemento fundamental a contemplar por lo cual se proponen las siguientes medidas:

- a) Constitución de un Grupo de trabajo con integrantes de la Universidad de la República a través de sus Facultades y Escuelas específicas y el Ministerio de Salud Pública y la Sociedad de Psiquiatría, que elabore Pautas Terapéuticas generales para el uso de psicofármacos que deberán incluir, entre otras:
- b) El uso de psicofármacos mayores (y aquellos recomendados por el grupo de trabajo), por el médico general, por un periodo de tiempo mayor de un mes; requerirá la consulta obligatoria con el psiquiatra y su control subsiguiente.
- c) En atención a que se pautarán los tratamientos de las principales afecciones psiquiátricas y a efectos de asegurar la igualitaria calidad asistencial, se deberá centralizar la compra de la medicación psicofarmacológica de mayor uso y aquella que el grupo de trabajo identifique, dando acceso a los elaborados por los laboratorio de producción del MSP, a los que se les adecuará su capacidad operativa.

SUB-PROGRAMA DE SALUD MENTAL INFANTIL

INTRODUCCION

Los principios y bases orientadoras del Programa de Salud Mental han ido expuesto previamente. No es además, al abordar el Suprograma de Salud Mental Infantil, repetir y recalcar lo siguiente:

- ❖ En primer lugar, destacamos el concepto de “área de responsabilidad” siendo los servicios responsables directos de un área de población. Esto permite lograr un sector “abarcable” y evita la fragmentación y la superposición de servicios; asegura una correcta atención a todo nivel: en la detección precoz, y en la continuidad de atención, no desincertando el niño de su familia y de su localidad.
- ❖ En segundo lugar, destacamos la importancia de la coordinación entre Servicios. Tratándose del niño y el adolescente, es fundamental la coordinación con todos los servicios gubernamentales y privados que se encargan de esta población, a saber los servicios de Educación (CODICEN, UTU, Secundaria), los Servicios de Bienestar (Consejo del Niño, Servicios privados de bienestar), los Juzgados de Menores y Familia, y por supuesto, los Servicios de Salud.-
- ❖ En tercer lugar, recalcamos el concepto de que los servicios sean ofrecidos por un EQUIPO INTERDISCIPLINARIO, y en el caso de la Salud Mental Infantil, un equipo básico compuesto por Psiquiatra Infantil, Psicólogo infantil, Asistente Social y Enfermera especializada.

En determinados casos el equipo básico tendrá acceso a otras disciplinas para diagnóstico y tratamientos especiales, como ser tratamiento foniátrico, reeducación psicomotriz, reeducación pedagógica, psicoterapia y consulta con pediatra o neuropediatra.-

A.- NIVELES ASISTENCIALES

1. – Prevención Primaria

Niños de (años) La prevención se hará en estrecha coordinación con el Programa Materno Infantil, y en el niño mayor con la Enseñanza Preescolar. Se aprovecharán las instancias pre, peri, posnatales para lograr los siguientes objetivos:

- Etapa preconcepcional, ofrecer programas de planificación familiar y consejo genético.
- Ofrecer programas de preparación para el parto, que contemplen los aspectos psicológicos del mismo.
- Favorecer el apego materno infantil mediante medidas apropiadas en el período perinatal (alojamiento conjunto, etc.).
- Aprovechar las instancias de control de niño sano para efectuar Educación para la Salud para padres o sustitutos.
- En los niños en edad preescolar, ofrecer programas de adiestramiento para personal de guardería o preescolares para detectar retrasos o desviación en el desarrollo.

Niños en edad escolar.- La prevención primaria se hará en estrecha colaboración con Enseñanza Primaria.

- Programas para capacitar al personal en la promoción de la Salud Mental.
- Programas destinados a los alumnos para favorecer su futuro rol como padres (Educación sexual, etc.).
- Educación en Salud Mental para padres.

Adolescentes. La prevención Primaria se hará en colaboración con enseñanza Secundaria, UTU, grupos comunitarios (ej. : cooperativas de viviendas, asociaciones de ayuda, etc.)

- Programas de Orientación Vocacional.
- Programas de Educación para la Salud (educación sexual, etc.)
- Educación en Salud Mental para padres.

2. - Prevención Secundaria

Niños de 0-5 años. Objetivos:

- Captación y diagnóstico precoz de los retardos del desarrollo (PRU, Down y otros).
- Captación y diagnóstico precoz del déficit sensoriales (visión, audición).
- Captación y Diagnóstico precoz de patología materna:
 - Física (con la consiguiente repercusión psicológica)
 - Psíquica (madres con enfermedad mental, madres que golpean, distrofian, etc.)
 - Social (madres en situación de deprivación socio económica)
 - Individualización de madres de alto riesgo (madres adolescentes y otras situaciones de riesgo).
 - Seguimiento de los grupos de niños de alto riesgo, con control a los tres años y a los cinco años pre-ingreso escolar

Esta captación se hará mediante adiestramiento del personal del Programa Materno Infantil y ágil derivación al equipo de salud, que instituirá las acciones necesarias: pautas de estimulación precoz, tratamiento, seguimiento, etc.).

Niños en edad escolar

Captación y diagnóstico precoz de las dificultades de aprendizaje, de los trastornos de conducta, de situaciones reactivas y de otras patologías.

Esta captación se hará en coordinación con los Servicios de enseñanza.

Los casos detectados serán derivados a centros de mayor nivel si el diagnóstico o tratamiento lo requiere, o estudiados en el SAMI-CAMI o en coordinación con los Servicios Médicos y psicopedagógicos de la Escuela.

Adolescentes

Captación y diagnóstico precoz de las patologías más frecuentes (trastornos neuróticos o psicóticos, trastornos de conducta y otros).

Esta captación se hará en estrecha coordinación con los servicios psicológicos y médicos de Enseñanza Secundaria y UTU, con una ágil derivación al equipo de salud.

Los casos detectados serán tratados in situ o derivados a otros niveles de asistencia (tratamientos especiales, internación) según el caso lo requiera

3. - Prevención terciaria

En los tres grupos etarios es necesario crear programas para evitar secuela psíquicas invalidantes en situaciones de enfermedad crónica.

El tipo de intervención varía según el caso, por ej. : educación sobre la enfermedad, grupos de ayuda mutua, experiencias colectivas tipo campamento cuando se trata de enfermedades crónicas (por ej. Diabetes juvenil, hemopatías, etc.) o programas de estimulación precoz en los déficit sensoriales y en el retardo en los niños pequeños. En la edad escolar y en la adolescencia. Las intervenciones deben orientarse a la creación de servicios especiales de educación, y de orientación vocacional y ubicación ocupacional. En determinadas situaciones (delincuencia juvenil, por ej.) se necesitan servicios especiales de seguimiento para evitar la recidiva.-

La prevención terciaria se hará en estrecha colaboración con los grupos de ayuda mutua, las asociaciones privadas, y las autoridades de los servicios de Educación y Bienestar.-

B. NIVELES DE ORGANIZACIÓN

Centro de primer nivel (SAMI)

1. - función atención medica.

- Promoción de la Salud y Prevención Primaria.
- Captación precoz y Diagnóstico precoz de niños con trastornos emocionales.
- Tratamiento ambulatorio del niño y su familia.
- Visitas domiciliarias.
- Interconsultas
- Enlace con Centros de segundo nivel y con centro hospitalario, con derivación si el caso lo requiere.
- Seguimientos

2. - función docente.

3. - Función de investigación-

Centros de segundo nivel – Centro de Salud Mental (CAMI)

1. Función Atención Médica.

- Centro de día.
- Diagnóstico y tratamientos especiales
- Enlace con centros de primer nivel (SAMI) y centro hospitalario.
- Enlace con programas de rehabilitación

2. función docente

3. función de investigación.

Centros de Tercer nivel

1. - Función de atención Médica.

- consultorio Externo Niños y Familias.
- Consultorio externo Adolescentes y Familias.
- Hospital de día (cuyas características han sido detalladas en el “Programa Médico de instalación del Servicio de Psiquiatría Infantil”. Presentando al M.S.P. expediente 19203/83.
- Internación (12 camas en el Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital P. Rossell).
- Comunidad terapéutica para adolescentes (ubicación de determinar).
- Interconsultas.
- Jardín de Infantes terapéutico.
- Clínica de Trastornos del Aprendizaje
- Clínica de Retardo Mental.
- Enlace con Centros de Segundo Nivel (CAMI)

2. - Función docente.

Aprovechamiento de esta estructura, para en coordinación con la Universidad de la República:

- Formación de especialistas en Psiquiatría Infantil.

- Cursos de perfeccionamiento para egresados en Psiquiatría Infantil (Educación continuada).
- Cursos para pregrado de Medicina y para postgrado de otras especialidades.
- Cursos de capacitación para otros Profesionales de la Salud Mental Infantil.

3. - Función normativa

Normatización del diagnóstico y tratamiento de las afecciones psiquiátricas mas frecuentes.

4. - Función de Investigación.

Investigación de problemas de psiquiatría infantil.

C.- LOCALIZACION GEOGRAFICA

1. - Los Centros de 1º y 2º nivel (SAMI, CAMI), se ubicarán en toda la república según "áreas de responsabilidad" de 50.000 a 150.000 habitantes.

2. - Los Centros de tercer nivel, se ubicarán:

- En Montevideo en el Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital P. Rossell.

Eventualmente, podrán crearse otros centros capitalinos. En el Interior, en centro de cabeza departamental (o regionales) que por lo menos cumplirán las funciones de atención íntegras, (subrayando la internación), abarcando luego y de acuerdo a las progresivas necesidades, las restantes funciones.

SUB-PROGRAMA ALCOHOLISMO

A efectos del desarrollo de este Sub-Programa lo dividimos en los siguientes capítulos:

1º PREVENCIÓN PRIMARIA

Fomento y Promoción de la Salud

Deben priorizarse acciones en:

- a) asesoramiento genético informando a los padres que el consumo de alcohol y drogas antes y durante el embarazo pueden determinar embarazos y alto riesgo y repercusión fetal;
- b) investigación del grupo familiar, su constitución, roles, definiciones y desempeño, comunicación;
- c) educación sanitaria a distintos niveles a través del control de propaganda y medidas concretas que se puedan aplicar.

Protección específica

Diminuir la oferta del producto a través de un control del consumo, edad para adquirirla, horarios de venta, reglamentación de precios y publicidad de bebidas alcohólicas.

Reducir la demanda a través de educación sanitaria, información actualizada sobre el consumo de alcohol y los problemas que plantea el mismo.

Paralelamente, evaluar la eficacia de las medidas educativas.

Estimular la participación de los jóvenes y de la comunidad en la educación.

Educar las embarazadas.

Educar una población selectiva: educadores de los distintos niveles, personal de salud, conductores de automóviles, trabajadores con trabajo de alto riesgo, padres, educadores de la comunidad, agentes de salud.

La publicidad puede contrarrestar todas las actividades educativas y las medidas de control son de eficacia discutida, pero se podría prohibir aquella que estimula a los jóvenes a beber, agresivas para la mujer o que actúa como estimulante benéfico para la salud. Se recomienda disminuir la propaganda en horas de audiencia pico.

Realizar en los exámenes preventivos periódicos preguntas que permitan captar precozmente el riesgo del individuo y su grupo por el consumo excesivo de alcohol.

Fomentar la producción de bebidas sin alcohol.
Robustecer los controles culturales.
Estimular la acción de los grupos de ayuda mutua.

2º PREVENCIÓN SECUNDARIA. RECUPERACIÓN

Enfermedad incipiente; enfermedad constituida.

Reducir los efectos del alcohol mediante la detección precoz de los problemas que produce, diagnóstico correcto y tratamiento oportuno e integral.

Aunque se insiste que lo esencial es la prevención primaria, hay que enfrentar seriamente la carga que implica para el individuo, la familia y la comunidad, el número de alcohólicos reconocidos.

Los objetivos principales de esta etapa son:

- Captación de los estados iniciales de alcoholismo mediante: detección de alcohólicos y bebedores excesivos en los ingresos a los hospitales generales por otra causal. Detección de alcohólicos y bebedores en los servicios policiales.
- Establecer las determinantes y las prioridades para el tratamiento de cada situación.
- Diagnóstico. Evaluación de la situación integral bio-psico-social mediante historia clínica con examen físico, examen psiquiátrico, estudios paraclínicos generales y específicos, evaluación biológica, psicológica y social. Diagnóstico definitivo
- Tratamiento . Plan terapéutico. Pronóstico.
- En la emergencia considerar los aspectos integrales del tratamiento: desintoxicación, abstinencia, mantenimiento, tratamiento de la situación de emergencia por la que consulta (intervención en crisis), tratamiento del cuadro médico psiquiátrico subyacente, consideración del tratamiento Psicológico.
- Referencia: alta y seguimiento ambulatorio
- En la internación se debe insistir en que es sólo una etapa del tratamiento pudiendo internarse en el hospital general, psiquiátrico, en servicios especializados.

- La internación puede ser de corta o intermedia estadía. En cualquiera de ellas se deberá continuar con el tratamiento de emergencia; luego se elegirá entre una gama de posibilidades el tratamiento psicológico: apoyo psicoterápico – individual o grupal
 - integración a grupos de ayuda mutua, orientación familiar o terapia familiar.

Referencia: seguimiento (es una etapa fundamental). -

La evaluación interdisciplinaria periódica del alcohólico y la evolución de los problemas familiares sociales que se relacionan con el alcohol, permite visualizar la situación real, intrincada y compleja que produce la interacción del etanol, el bebedor y su entorno.

Los tratamientos indicados serán beneficiosos con la integración a diferentes grupos: sociales, de bien común, educativos, recreativos, centro de barrio, etc.

Debe el paciente permanecer en el programa de acuerdo a lo determinado por el equipo multidisciplinarios.-

- Propender a la creación de centros de desintoxicación zonales, para tratar la emergencia pública. A estos efectos se tendrán en cuenta: tratamiento somático, refugio temporal, intervención en crisis, orientación a la familia y participación de la comunidad.-
- Desarrollar programa de atención a los grupos de alto riesgo, así como el tratamiento en los ambientes de trabajo (programas conjuntos con OIT-OMS programas relacionados con la seguridad en el tránsito).
- Establecimientos de niveles de alcoholemia mediante la creación de normas.
- Atención especial a los conductores de alto riesgo (vehículos colectivos, colegiales, alta velocidad, elevado tonelaje de desplazamiento, etc.).

3º PREVENCIÓN TERCIARIA. REHABILITACIÓN

Utilizar los recursos del Programa de Rehabilitación del Plan Nacional de Salud Mental creándose áreas especiales dentro del mismo programa.-

4º RECURSOS HUMANOS

El equipo multidisciplinarios es imprescindible para actuar en todas las etapas de este Sub-Programa.-

Varía su constitución de acuerdo a las etapas que se privilegien.

La capacitación de los recursos humanos existentes, así como de los voluntarios y líderes de comunidad que se integren permitirá el número de recursos tan necesarios para este Sub-Programa. La sensibilización de la Comunidad para captar precozmente el problema y recibir al alcohólico en su seno es otra de las acciones necesarias.

SUB-PROGRAMA DE ASISTENCIA A PERSONAS QUE HACEN ABUSO DE DROGAS, ALCOHOL O FARMACO-TOXICO-DEPENDIENTES.

- CONCEPTOS BASICOS:

- El abuso de drogas y las diversas formas de fármaco-tóxico-dependencia es un problema que responde a una multicausalidad y que involucra múltiples dimensiones del ser humano (médica, social, psicológica, legal, axiológica, etc.) Por tales motivos, su abordaje debe realizarse a través de un programa preventivo asistencial que unifique, de modo dinámico y coherente, ópticas diversas.-
- Se requiere de un marco legal diferente al actual, que tenga en cuenta tanto la multicausalidad como la multimodalidad que implica el abuso de drogas y la fármaco-tóxico-dependencia. En este sentido, es necesario modificar la actual ley 14.249 y su decreto reglamentario 454/76 que hablan de “enfermedad” y que son disposiciones de cuño represivo-prohibitivo. El marco jurídico vigente “reduce a un problema médico-legal” lo que es una situación extremadamente compleja.

- OBJETIVOS DEL SUB-PROGRAMA

- Auspiciar, en los asistidos, un proceso de cambio en su actual situación y de crecimiento personal a través de participación y cogestión en una estructura al estilo de una familia.-
- Este sub-programa va a desarrollarse, fundamentalmente, en los niveles 1 8SAMI9 y 2 (CAMI) del Programa de Salud Mental. Las estructuras asistenciales que van a trabajar con estos pacientes deberían estar altamente organizadas, de pequeñas dimensiones y considerárselas “centros” o “escuelas de vida” que funcionan de acuerdo a un modelo comunitario. Esta familia sustituta u ortopédica tiene que tener los caracteres de un sistema o sociedad abierta, estando integrada y coordinando sus acciones con los centros educativos, recreativos, laborales y sociales del barrio donde funciona.
- Para llevar a cabo los objetivos planteados, no se trata de organizar un equipo multi o interdisciplinario, sino de crear con los recursos humanos (profesionales voluntarios) disponibles, un lugar de sostén, acogida, esclarecimiento y cambio, con relación al conflicto

-PROCEDIMIENTO:

- La ejecución del sub-programa se realizará a través de centros de intervención ubicados en zonas consideradas de alto riesgo desde el punto de vista epidemiológico.-
Se trataría de auspiciar la detección precoz del problema en un contexto asistencial afectivamente acogedor, donde se promueva la consulta voluntaria, libre de trabas o impedimentos (sobre todo de tipo legal). -
- El adicto “en recuperación” o el “ex-adicto” deben estar integrados activamente al equipo asistencial debiéndose considerar como agentes profilácticos y terapéuticos de primer orden (por haber pertenecido y conocer las peculiaridades de la cultura del tóxico o la droga). -
- La estructura SAMI o CAMI de este sub-programa debería ser coparticipativa y co-gestionaria. Debe estar pensada en función de los individuos y no a la inversa. Serán miembros de estas comunidades terapéuticas (SAMI o CAMI) solamente personas que son alcoholistas, que hacen abuso de drogas o fármaco-tóxico-dependientes. LLSer-a un punto de referencia permanente para el adicto en recuperación o eexdicto, además de un lugar al que puede concurrirse cada vez que sea necesario (para esto último se requerirá que cada comunidad tenga un club de ex-miembros). -
- Un recurso terapéutico fundamental, es la asignación de responsabilidades crecientes y la confrontación con los pares acerca de los problemas que plantea la esclavitud del tóxico.-

SUB-PROGRAMA DE REHABILITACION

Creemos pertinente precisar algunas definiciones, para evitar la frecuente confusión que el uso indiscriminado del término Rehabilitación ha traído en los equipos de Salud.

Denominamos Rehabilitación a un proceso que tiende a darle al discapacitado una nueva forma de ser en el mundo, que le posibilite alcanzar un bienestar físico-psíquico-social.

Entendemos por Recuperación el proceso mediante el cual se tiende a restituir el capital psico-físico perdido cuando se enferma.

Las Discapacidades Infantiles se dan en seres que aún no han alcanzado el desarrollo de sus potencialidades, por lo que debe de abordárseles como un proceso de habilitación.-

Aquí Habilitar significa proveer el máximo posible de conocimientos y habilidades para alcanzar el mayor capital intelectual y físico posibles, que la parte sana de estos seres permita, para llegar al grado máximo de autonomía.

El presente documento, se refiere al proceso de Rehabilitación, la habilitación merece por su importancia un desarrollo especial y debe ser incluida dentro de las actividades de un programa de Salud Mental.

Si bien la Rehabilitación Física (motora-sensorial-visceral) y Psíquica tienen peculiaridades diferentes que llevan a encarar metodología distinta, tienen en común denominador la DISCAPACIDAD.

Esto obliga a que la Rehabilitación del enfermo mental, deba estar integrada y coordinada con otros tipos de rehabilitación en un SISTEMA NACIONAL DE SALUD.-

El enlace de los Servicios Extramurales (SAMI-CAMI) y Servicios Intramurales (Hospital General-Hospital Psiquiátrico), con el Centro o Centros de Rehabilitación de Enfermos Mentales, se hará a través del equipo tratante, responsable del cuidado del paciente crónico, que opera en cualquiera de los niveles descriptos.-

El paciente será referido a través de la propuesta del Equipo tratante.-
En el proceso de rehabilitación mental, es imprescindible trabajar con el enfermo, su familia y la comunidad.

El proceso de rehabilitación está dividido en distintas etapas:

- Ingreso
- Intermedia
- Egreso
- Seguimiento

ETAPA DE INGRESO

Objetivos:

En esta etapa el apoyar, orientar y esclarecer las expectativas del paciente y su familia, posibilitan discernir y ajustarse desde el comienzo a la realidad de este momento: por qué y para qué concurre.-

Una vez que el paciente y familia lograr esclarecer al máximo posible el por qué y para qué concurre a la Institución, surge el deseo de encontrar cómo solucionar sus dificultades.

ETAPA INTERMEDIA

Características:

Es la etapa del pleno proceso de modificaciones. El paciente comienza a trabajar en forma correcta sobre la elaboración de las dificultades que aparecen como obstáculos fundamentales para su desempeño autónomo. -

Objetivos:

Ahora el apoyar, orientar y esclarecer está dirigido a que el paciente reconozca y modifique las alteraciones de sus conductas.

Las interacciones paciente-tarea, paciente-técnico, paciente-grupo, en las que van surgiendo situaciones a resolver, posibilitan un cúmulo de experiencias que permiten al paciente explorarse y explorar el mundo que lo rodea.-

Instrumentación del trabajo con la familia:

A medida que se van dando las modificaciones, éstas inciden y alteran la comunicación familiar que ya se encontraba distorsionada.

Simultáneamente, se brindará a la familia un marco adecuado en el cual pueda plantear sus dificultades y esclarecer situaciones vinculadas a los cambios logrados por el paciente en esta etapa. -

Luego de un proceso de cambios, cuya duración y alcance variará de acuerdo a las características de cada paciente, llega el momento de pasaje a la etapa de egreso.-

ETAPA DE EGRESO

Cómo llega el paciente:

El paciente llega al egreso luego de haber superado en la medida de sus posibilidades, las dificultades que le inhibían de un ejercicio más autónomo de sí mismo y de sus capacidades.-

Es el momento en el cual puede llevar a la práctica lo que hasta ahora era una mera expectativa y visualizarla a través de un proyecto concreto (estudiar, trabajar, etc.)

Esto incrementa y reactualiza en él, ansiedades y temores, ligados a la separación del centro y a su reinserción a una sociedad que anteriormente lo había segregado. -

Objetivos:

El objetivo de la Etapa de Egreso, consiste entonces en un acompañamiento que permita la elaboración de estas ansiedades, de modo tal que éstas incidas mínimamente en sus posibilidades reales actuales y en la concreción de sus proyectos.

En la familia debe operarse paralelamente un proceso de metabolización gradual de los cambios que se han generado en el paciente para lograr que lo apoye en el grado de autonomía adquirido.-

ETAPA DE SEGUIMIENTO

Objetivo:

La finalidad de esta etapa es la afirmación y mantenimiento de los logros alcanzados en el proceso de rehabilitación

TALLER PROTEGIDO DE MULTIPLES PROPOSITOS:

La finalidad de un Taller Protegido, es dar trabajo bajo condiciones especiales, para los minusválidos, cuya capacidad limitada, transitoria o definitiva, los sitúa por debajo del requerimiento que el mercado competitivo exige, exigencia que disminuye o anula las perspectivas de obtener un empleo.

El encuadre de múltiples propósitos cumple con los siguientes objetivos:

- Taller de Entrenamiento – de corto y largo plazo, para facilitar la adaptabilidad al ritmo laboral normal, así como al cumplimiento de horarios, responsabilidad en la tarea y relaciones con otros operarios y supervisores, con el fin de una posible ubicación en un empleo competitivo. -
- Taller Permanente para aquéllos que no pueden por su grado de minusvalía conseguir un empleo normal.-
- Trabajo en Domicilio para aquellas personas que por su discapacidad, no pueden concurrir al Taller Protegido, pero que se mantienen en relación laboral con éste, a través del trabajo coordinado por el Servicio Social con ayuda o no de familiares u otros miembros de la Comunidad.-
- Taller de Capacitación de varios oficios, que le permita ampliar la perspectiva de posibilidades laborales, sin que sea necesario cumplir con el curriculum de estudio fijado por U.T.U. para estudiantes normales.
- En el medio rural o urbano, cooperativas o pequeñas unidades laborales de producción, relacionadas con las posibilidades que brinda el entorno (Granjas, Chacras, Lechería, Quesería, Cría de animales, etc.).

UBICACIÓN GEOGRAFIA: En el medio rural, cerca de carreteras; en el medio urbano, puede estar situado en distintos barrio, lo que facilitaría el enlace con el nivel adecuado y en un único taller de características edilicias propias a los tipos de tareas a realizar, al número de operarios y funcionarios que trabajarían en él.-

Estos talleres pueden estar integrados por otros discapacitados y personas sanas.

Aquí los recursos de la Comunidad, adquieren relevancia capital.

La Dirección del Taller Protegido, debe de tomar las medidas necesarias y oportunas para lograr la utilización y coordinación de los recursos comunitarios, a través de Organismos Públicos y Privados, para normatizar y asegurar posibilidades de trabajo adecuadas y permanentes.

El Taller tendrá una estructura empresarial, a la cual se le agregará la supervisión técnica que sea necesaria, e instructores de diferentes capacitaciones proporcionados por U.T.U.

Es imprescindible que todas las personas que trabajan en un Taller Protegido, tengan conocimientos uniformes de rehabilitación, y que a los operarios se les asigne un salario adecuado por su trabajo.-

El operario deberá percibir los beneficios sociales correspondientes, para lo cual se deberá legislar al respecto.-

Participación de la red de Servicios en el proceso de Rehabilitación de pacientes con discapacidades psíquicas

Para que el proceso de Rehabilitación de discapacidades psíquicas tenga impacto en la Salud colectiva de la población, es necesario detectar precozmente a “estos pacientes” y efectuar su derivación al Centro de Rehabilitación. Estas dos actividades, junto con la educación de la población, deben estar a cargo de las estructuras asistenciales existentes.-

Asimismo, se hace necesario que estos distintos niveles de atención participen una vez que el paciente egresa del Centro de Rehabilitación, para contribuir con el seguimiento y resocialización, ayudando a la integración del paciente a la comunidad (barrial, laboral) a la cual pertenece.

Dentro de esta propuesta, además de la utilización de las estructuras tales como hospital de noche, hospital de día y clubes de resocialización que contribuirían, junto con el Taller Protegido, a facilitar al tránsito del paciente discapacitado desde el sistema hospitalario hacia su familiar y comunidad. Estos recursos deberán integrarse de preferencia en el 2º nivel, y serán únicos e integrados para el área de responsabilidad coordinando los recursos del M.S.P. y privados.-

	<u>Actividades</u>
<u>Nivel de complejidad</u>	
<u>SAMI</u>	Educación de la población Detección de pacientes Seguimiento y resocialización Diagnóstico de la discapacidad y derivación al Centro de Rehabilitación
<u>CAMI</u> (Centro de Salud Mental)	Centro de Rehabilitación
<u>HOSPITAL PSIQUIATRICO</u>	Diagnóstico de la discapacidad y derivación al Centro de Rehabilitación. Movilización de pacientes
<u>HOSPITAL</u>	Vivienda para pacientes in familia o con familia no continente.
<u>CLUBES DE RESOCIALIZACION</u>	Actividades de recreación e intercambio social de personas con discapacidades diferentes (psíquicas y físicas)

Estas propuestas de organización y de actividades para implementar la rehabilitación de los pacientes mentales, es válida para todo el territorio nacional.

Dadas las inmensas carencias en el interior del país, es imposible pensar en la conformación de una red de servicios para cada una de las distintas localidades.

Deben existir inicialmente centros de rehabilitación en las capitales Departamentales y en las zonas donde la demanda lo justifique. Estos Centro de Rehabilitación atenderán de forma conjunta, a las personas que tuvieren discapacidades tanto físicas como psíquicas.

Para ello será necesario incorporar personas especializadas en el tratamiento de otras discapacidades (Terapistas Físicos, Profesores para no videntes, etc.).

Esta modalidad de atención permitirá la mejor utilización de los recursos humanos.-

Reglamentación del subprograma de Rehabilitación

Financiero:

El programa para funcionar debe asignar entre otros:

- a) el transporte gratuito a los pacientes que no puedan pagar su propio transporte, ya sea al Centro de rehabilitación, al Taller Protegido y/o al Club de Resocialización;
- b) el alojamiento y alimentación de pacientes rehabilitados, desocupados o en proceso de rehabilitación que no tienen familias o éstas no son continentales;
- c) remuneración adecuada del trabajo de los pacientes en los Talleres Protegidos.

Legal:

La Comisión considera que debe darse fiel cumplimiento a las normas que establecer ubicación laboral a personas discapacitadas recomendando la confección de un registro nacional de discapacitados para facilitar la instrumentación de las normas establecidas.

SUB-PROGRAMA DE ASISTENCIA A ANCIANOS CON PATOLOGIA (PSICOGERIATRIA)

Fundamentación:

En nuestro país se estima que el 12% de su población se encuentra por encima de los 65 años. La morbilidad psiquiátrica en estas edades aumenta por los trastornos involutivos biológicos, la falta de protección social y factores de orden psicopatológicos. Se considera necesario que a más de los cuidados integrales de la ancianidad se prevea la atención psiquiátrica en la Comunidad, que permitirá el mejor manejo de las situaciones de crisis; puede resolver precozmente los estados incipientes y estimular el mantenimiento de los mismos dentro de la organización familiar y local.

Conceptos básicos:

La patología psiquiátrica de la ancianidad no es un atributo de la edad. Salvo los problemas provocados por abiotropía y enfermedades degenerativas de origen vascular, pueden realizarse acciones de psiquiatría preventiva, diagnóstico precoz y modificaciones socio-familiares que permitan el mantenimiento en una actividad posible y en su propio medio.

Se considera básico que este Subprograma tenga una fuerte relación con la actividad general de los SAMI y que se lo coordine estrechamente con todas las actividades gerontológicas y geriátricas.

El psicogeriatra dará asesoría y respaldo en este nivel y tendrá a su cargo las actividades específicas de diagnóstico, asistencia, recuperación y rehabilitación en el nivel CAMI a través del Centro de Salud Mental.-

Sólo excepcionalmente aquellos casos que por la gravedad de las crisis y/o la necesidad de estudios o tratamientos más especializados lo requieran serán internados por el menor tiempo posible en servicios psiquiátricos de hospitales generales y en el hospital psiquiátrico.-

Objetivos:

- a) Será cometido principal proveer asistencia en forma precoz e integral, manteniendo lo más posible la calidad de vida y el arraigo a la familia y a la localidad.-
- b) Todas las acciones serán consideradas tratables en el medio y en aquellos casos donde no exista la posibilidad de mantenimiento familiar, se buscará crear núcleos sustitutivos, alejamientos protegidos, centros diurnos o nocturnos en la proximidad de su lugar habitual de residencia.-
- c) Se estimulará la participación activa y la gestión de la propia comunidad. Ello puede tener consecuencias importantes sobre la población anciana y a la vez sobre el propio marco social en cuanto a sensibilización y valorización ética lo que redundaría en Educación para la Salud.
- d) Organización: Las acciones psicogerítricas tendrán un máximo de desarrollo en el nivel 2 (CAMI), los cuales deberán estar dotados con equipos profesionales constituidos, por:
 1. - psiquiatra con especialización en geriatría
 2. - enfermeros psiquiátricos con especialización
 3. - psicólogos con especialización
 4. - técnicos en rehabilitación o docente técnico de enseñanza especial
 5. - asistente social con especialización
 6. - administrativos

Esta unidad funcional puede actuar en el Centro de salud Mental del CAMI, en uno o más puntos y de acuerdo a la necesidad se puede multiplicar de acuerdo a la misma.-

Se considera de importancia que su horario de función sea entre 8 y 12 horas diarias. La actividad, en caso necesario y de acuerdo a las necesidades de los SAMI y actividades concretas de los mismos, puede extenderse en forma de visitas o colaboraciones del equipo total de los técnicos que puedan ser necesarios allí y en tal oportunidad.-

Para que las actividades puedan cumplirse, se debe dotar al equipo:

- consultorios
- salón para actividades sociales y de rehabilitación (con capacidad de 20 a 25 personas)
- vehículo para desplazamiento del equipo técnico en la zona y para el traslado de los pacientes de y hacia su lugar de residencia. Se insistirá en este recurso que puede, no sólo facilitar la acción, sino también asegurar que el control, participación y seguimiento de las actividades se realice indefectiblemente.

Debe dejarse prevista la instauración, con ayuda de la Comunidad, de recursos, residenciales permanentes y también transitorios acreditados ante el M.S.P.. Estos centros, de capacidad no mayor de 15 o 20 personas, pueden ser simples casas de mediano tamaño, con algunas adaptaciones. Allí los ancianos permanecerían transitoriamente hasta la recuperación y estabilización suficiente para el retorno a su lugar habitual de residencia. También puede surgir la necesidad de que algunas de estas residencias tengan carácter prolongado y renovable, pero en lo posible tratará de evitarse la proliferación de residencias permanentes definitivas ya que éstas son a su vez factor de formación del aislamiento.-

En la medida de lo posible, se agruparán los ancianos de acuerdo a su formación intelectual, inquietudes y preferencias culturales y no por su capacidad económica, buscando la participación y evitando la marginación social al evaluar las condiciones del medio familiar o sustantivo en el área; puede ser de utilidad la consideración (como previsión del subprograma) contar con camas para tratamiento, estimulación física y social y cuidado a los ancianos, mientras sus familiares (continentes) desarrollan su trabajo.

Estos centros de alternativa pueden también recibir pacientes, a tiempo parcial durante el día (y por períodos limitados según la población psiquiátrica o socio-familiar).

Los Centros diurnos con algunos ajustes en su organización podrían dar cabida nocturna a aquellos ancianos que requieren hospedaje y/o tratamiento en esos horarios o no tengan protección familiar transitoria.-

Puede ofrecerse también para aquellos pacientes que vivan solos, tengan impedimentos para su desplazamiento o que convenga mantener en su domicilio, proveer asistencia domiciliaria, especialmente ayuda en los menesteres domésticos, compras, aprovisionamiento, etc.

Se considera que ésta, puede ser coordinada y compartida con la comunidad de la vecindad de los CAMI-SAMI correspondientes.-

La actividad de los equipos psiquiátricos y recursos concentrados en el Centro de Salud Mental del CAMI de una zona, será integrada al sistema de atención comunitaria en todas sus actividades, tanto en el nivel Primario, Secundario, como Terciario.-

Para ello se preverán los enlaces necesarios y un sistema de comunicación ágil, centralizando las mismas en el archivo del CAMI que luego servirá para el control y seguimiento de los fichados.-

Se estimulará la consulta espontánea y se tendrá particular cuidado en suministrar la atención en un buen nivel técnico, calidad de trato, para que la aceptación a la misma sea de beneficio al paciente, familia y comunidad.-

El equipo psicogeriátrico (CAMI) tendrá a su cargo no sólo el adecuar diagnóstico y tratamiento del anciano, sino que deberá asumir en todos los casos la orientación y determinación del lugar más conveniente en donde continuar la asistencia.-

Montevideo, 4 de diciembre de 1997

CONFERENCIA NACIONAL DE SALUD MENTAL 1997

SINTESIS

El día 7 de octubre de 1997, tuvo lugar en el Salón de los Pasos Perdidos del Palacio Legislativo, la Conferencia Nacional sobre Salud Mental, organizada por el Ministerio de Salud Pública.

Esta Conferencia, convocó a las más importantes instituciones públicas y privadas del país que trabajan directa o indirectamente sobre la Salud Mental de la población, congregando a más de 300 delegados.

La Conferencia trató como tema central. "LA NUEVA VISION DE LA SALUD MENTAL PARA EL DESARROLLO SOCIAL DE URUGUAY Y EL MERCOSUR".

Con este motivo fueron invitados expertos de alto nivel de Argentina, Brasil, Chile y Paraguay, que participaron a lo largo de toda la jornada en carácter de Consultores.

La Organización Panamericana de la Salud, Organismo especializado, fue copatrocinador y también se incorporó en forma oficial, un Representante del Gobierno Francés, (Prof. Dr. Pierre Chancit) Consultor de la OMS, quién intervino haciendo el estudio comparativo de los 30 años de evolución de la Salud Mental en Uruguay y dio los lineamientos mundiales que orientan la Salud Mental hoy día en el mundo.

A lo largo de una intensa jornada, se encararon aspectos de la necesaria Reforma de la Asistencia Psiquiátrica, ya en curso en Uruguay, los aspectos vinculados a la Promoción de la Salud, la Salud Mental y la Calidad de vida y la importancia que hoy día se reconoce y es necesario considerar de la Salud Mental hacia el alcance del Desarrollo Humano y Social en la perspectiva de la Sostenibilidad y Productividad.

Al finalizar la Conferencia quedó como resultado un importante documento final (URUGUAY 1997)

Este documento, resume lo actuado y recomienda las prioridades y emprendimientos que deben guiar las Políticas de Salud y de Estado para alcanzar un crecimiento y desarrollo de nuestro país con una visión regional para el MERCOSUR.

En dicho documento, se reconoce que los cambios mundiales, los fenómenos humanos, culturales y económicos, deben hoy ser visualizados en un cambio que promueva Políticas de Estado a largo plazo.-

Señala que la calidad de vida, estilos y habilidades, hoy día deben ser incorporados a un nuevo Contrato Social y construir Agendas Sociales Globales donde decididamente se enfoquen los factores psicosociales, la atención del medio ambiente, la capacitación técnica, el referente ético, la continenca familiar, el establecimiento de redes sociales efectivas en una permanente revisión de la eficacia de la gestión y actuación tecnológica.-

Todo ello integrado al desarrollo de los valores humanos.

En el campo de la Salud y la Salud Mental, el documento reconoce que en Uruguay existen ya condiciones y estrategias para que desde los distintos estamentos, se puedan lograr los cambios necesarios que el gobierno puede iniciar en breve plazo y con la activa participación del sector privado y la comunidad.-

Uruguay ha alcanzado desde el punto de vista social y de la Salud, ya un grado de desarrollo que permite que se pueda plantear el MERCOSUR el desafío de coordinar las macropolíticas sociales y en particular las políticas de Salud y Salud Mental ajustadas y dimensionadas a las características subregionales. , los problemas comunes y los nuevos desafíos que en el plano humano, productivo y económico, ya están surgiendo.-

Salud Mental está preparada con sus nuevas visiones y posibilidades, para incorporarse a las estrategias globales hoy consideradas necesarias para el alcance del desarrollo humano y social.-

Las conclusiones aparecerán en breve bajo la forma de una compilación de la Conferencia y sólo como breve anticipo introducimos sus aspectos más destacados:

La reestructura de la Atención Psiquiátrica y la Rehabilitación de las Personas con Trastornos Mentales, ya en curso de implementación, deberá ser completada progresivamente en los próximos años permitiendo que se alcance la necesidad de equidad y bienestar dentro de las limitaciones generadas por las patologías y posibilidades tecnológicas, pero siempre bajo la consigna de una posible restitución a la sociedad, el máximo goce de los Derechos Humanos y su reintegro como personas civilmente activas y productivas.

Dentro de estas políticas, las estrategias recomendadas, establecen la necesaria descentralización de los Servicios en el país, el desarrollo de Servicios Territoriales centrados en la comunidad (no ya en los hospitales psiquiátricos, asilos y residencias) para permitir el mantenimiento activo de los pacientes con enfermedades mentales próximos y completando su rehabilitación.

Para lograr la equidad y cobertura de la Atención, los Servicios deberán funcionar a través de equipos multiprofesionales con capacidad técnica y supervisada, como forma más apropiada para alcanzar los niveles de calidad necesarios.

Se hizo particular énfasis en que los recursos humanos a aplicar deben contar con garantías técnicas y sociales que permitan su mejor desempeño, se provea todos los elementos necesarios para el cuidado y prevención de las consecuencias que genera el desempeño en forma continua de su labor asistencial.

En lo referente a la Promoción de la Salud, Salud Mental y la Prevención se recomendó considerar la concepción de Campo de Salud.

Según ella, es primordial generar mejores condiciones medio ambientales urbanas y rurales, esforzarse en dirigir acciones de Promoción y Prevención bajo la forma de procedimientos de mejora, de la calidad de vida (habilidades para la vida y eventualmente, habilidades para la supervivencia hoy posibles) así como la incorporación a la capacidad ya existente de los nuevos recursos técnicos psicosociales.

De esta manera se podrá regular y reducir la emergencia de patologías mentales psicosociales y psicosomáticas, hoy cada vez más prevalentes que asisten los Servicios de Salud, que acuden a los Servicios de Menores que aparecen en la vía pública y en las cárceles.

Como primera iniciativa y tomando el problema individual y colectivo, se recomendó priorizar los proyectos de infancia, adolescencia y juventud, que deberán incluir componentes psicosociales y de protección neurobiológicos.

Referente al problema del Desarrollo Humano, Social, Salud Mental y Productividad, se coincidió en que esta necesidad abarca a la totalidad de la población del país.

En esta perspectiva, el componente mental, hoy es básico y fundamental para el mejor crecimiento individual y colectivo de la población.

Esta situación que también incluye a los países que constituyen el MERCOSUR, permite reconocer situaciones de inequidad e injusticia social, y será posible lograr mejoras inmediatas y progresivas en los años venideros si se encarán estos problemas con un enfoque intersectorial que permita el mejoramiento de las condiciones psíquicas y sociales, que en la época actual inciden riesgosamente sobre la vida, productividad y sostenibilidad de las personas.

Se logró unificar criterios por los cuales los distintos componentes que integran el área de la Salud Mental, tanto los directamente implicados como los legales, económicos, la seguridad social, actuando en forma coherente y coordinada pueden permitir el alcance de un mejor desarrollo humano y reducir los riesgos que se visualizan sobre la población general, género, grupos etarios y sociales que arriesgan su situación, caen en déficit económicos y deterioro social, donde las consecuencia se observan en grupos (particularmente familiares que sufren progresivamente enfermedades físicas, psíquicas y sociales).

La desagregación social favorecedora de discriminación, marginación, pobreza, baja en la productividad, se ve como un riesgo a la economía nacional. Se la reconoce como generadora de perturbaciones psicosociales y psiquiátricas. También puede ser visualizada como una dificultad nacional, que muchas veces está en la base de violencia reprimida, actuada, pérdida de la libertad y de la democracia.

Se concluyó que los proyectos y programas Sanitarios con afinidad intersectorial, al incorporar la Salud Mental, pueden resultar en el mediano plazo, más eficaces y a un menor costo, pues educando en profundidad e incorporando valores, se podrá alcanzar mayor eficacia a través del autocuidado individual y colectivo. La mejora en la comunicación social, el logro de una más sana vida colectiva, permitirá lograr un más armónico funcionamiento del colectivo social.

Al término de esta CONFERENCIA, en presencia de autoridades nacionales de los diferentes poderes, se consideró que el conjunto de lo logrado debe ser tratado por el Estado y la Sociedad Civil, que permita alcanzar los importantes objetivos delineados en el menor plazo posible.

El Ministerio de Salud Pública, desde su más alto nivel y con la presencia de sus autoridades, confirmó que será transmisor al gobierno de estas propuestas y ratificó sus expresiones planteadas recientemente en la XL Reunión del Consejo directivo de la OPS (1997), de su voluntad de continuar con políticas de gobierno que hagan propias las conclusiones y recomendaciones.

A la vez confirmó su decisión de realizar en 1998, con Sede en Uruguay, una Conferencia Subregional (MERCOSUR), sobre Salud Mental y brindar su máxima cooperación para su logro.

Los logros alcanzados por Uruguay durante este decenio en la Salud, la receptividad de todos los participantes y ampliación hacia la Salud mental colectiva, son hoy habilitantes para alcanzar mejores niveles de vida y desarrollo en el país y en la región.-

(Undécima reunión, 26 de septiembre de 1997)

CED 40, R 19 Salud Mental

EI 40º CONSEJO DIRECTIVO

Visto el informe sobre salud mental (documento CD40/15);

Teniendo en cuenta que las necesidades de las poblaciones en materia de atención de salud mental son de magnitud creciente, resultado de los cambios demográficos y sociales que está experimentando la Región de las Américas, así como por la extensión del campo de competencia de la salud mental;

Consciente de la existencia de tecnologías que hacen posible controlar los trastornos psiquiátricos, y

Considerando que las acciones de promoción de la salud mental y del desarrollo psicosocial de la niñez complementan las fomentadas por la Cumbre Mundial a favor de la infancia

RESUELVE:

Instar a los Estado Miembros:

A que formulen y desarrollen programas nacionales de salud mental como un componente integral de los planes nacionales de salud y dentro del marco de la reforma del sector salud;

A que intensifiquen el apoyo a los esfuerzos tendientes a reorientar los servicios de salud mental con miras a modificar su enfoque, para que de institucional pase a ser comunitario, de acuerdo con la iniciativa para la reestructuración de la atención psiquiátrica detallada en el documento CD 40/15;

A que promuevan y apoyen activamente la inclusión de servicios de salud mental en todo seguro o plan prepagado de salud y en todo programa de servicios de atención a la salud;

A que desarrollen programas de control de los trastornos afectivos, las epilepsias y las psicosis;

A que fortalezcan o pongan en marcha acciones de promoción de la salud mental y el desarrollo psicosocial de la niñez, con especial énfasis en la temprana edad;

A que apoyen la capacitación de los niveles gerenciales de los programas de salud mental en el marco de las escuelas de salud pública:

A que se esfuercen en mejorar la legislación que protege los derechos humanos de las personas con discapacidad mental;

A que declaren el día 10 de octubre como el Día Mundial y Día Panamericano de la Salud Mental;

A que aumenten las asignaciones para los programas de formación en salud mental

Pedir al Director:

Que continúe la cooperación técnica con los países y que la intensifique en la medida que los recursos financieros lo permitan

Que continúe apoyando la inclusión de temas de salud mental en todos los foros y acciones de salud, y en los vínculos de colaboración con otras agencias del sistema interamericano;

Que exprese el reconocimiento de la OPS a la colaboración que generosamente prestan regiones y comunidades europeas, así como a los centros colaboradores de la OMS en la Región;

Que apoye los programas de desarrollo de líderes especializados en salud mental.

Montevideo