



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD
DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD
ÁREA DE CICLOS DE VIDA
Programa Nacional de Salud Mental

PLAN DE IMPLEMENTACIÓN
DE
PRESTACIONES EN
SALUD MENTAL EN EL
SISTEMA
NACIONAL INTEGRADO DE
SALUD

Agosto 2011

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
ANTECEDENTES	4
JUSTIFICACIÓN	5
FIJACIÓN DE PRIORIDADES	7
PROPÓSITO - OBJETIVO GENERAL	8
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
PRESTACIONES ADULTOS	9
PRESTACIONES NIÑOS Y ADOLESCENTES	16
ACTIVIDADES	24
DISPOSICIONES GENERALES	25
MONITOREO-EVALUACIÓN	26
RECURSOS	28
CRONOGRAMA	28
RESPONSABLES DEL PLAN Y PARTICIPANTES	29
TRABAJOS - DOCUMENTOS PREVIOS	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33

INTRODUCCIÓN

Este Plan se enmarca en el contexto de la Reforma del Estado y en la profundización de la Reforma Sanitaria.

Desde el año 2005 nuestro país se aboca a cursar una reforma en su Sistema de Salud, la cual toma cuerpo a partir de un conjunto de normas desde el año 2007, pudiendo ser considerada como la más importante de su historia.¹

Los principios rectores de la misma procuran asegurar en forma *universal y equitativa* los servicios que garanticen respuestas satisfactorias a las necesidades de salud de la población.

Es primordial mejorar la accesibilidad a todos ellos, de forma tal que cada cual reciba atención de calidad de acuerdo a sus necesidades y no a su capacidad económica. Así se tiende a salvar diferencias injustas y evitables, principio fundamental para lograr la equidad.

En ese sentido el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha iniciado una reestructura creando en el último año el Departamento de Programación Estratégica en Salud (DPES), orientado a que los programas de salud sean verdaderas herramientas de transformación sanitaria.

De dicho Departamento depende el Área de Promoción y Prevención en Salud (APROPYEN), y el Área de Ciclos de Vida, dentro del cual se enmarca el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM), al cual este Ministerio ha considerado como uno de sus programas prioritarios.²

El concepto de Salud Mental es inseparable del concepto de Salud Integral. Si bien tiene su especificidad en cuanto a sus formas de abordaje y comprensión, es parte indisoluble del mismo. En este sentido, desde una concepción integral, todos aquellos aspectos vinculados con la Salud Mental deben incluirse en las diferentes formas de abordaje.

Se propone entonces como objetivo para el final del período, poder contar en todos los efectores integrales con un abanico de **prestaciones en Salud Mental**, accesibles a los usuarios del sistema. Estas prestaciones se integrarán al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) a partir de setiembre de 2011, con carácter obligatorio para todos los prestadores integrales, de acuerdo con el presente Plan.³

ANTECEDENTES

La Salud Mental a lo largo de la historia de la humanidad ha estado atravesada por grandes desigualdades e inequidades, producto de diversos prejuicios y de las diferentes concepciones que dificultaron el acercarse a un entendimiento de las problemáticas inherentes. Exige entonces un alto grado de compromiso y de participación de todos los sectores involucrados.

En nuestro país el Plan Nacional de Salud Mental, aprobado en el año 1986 fue promovido por un amplio movimiento desde múltiples sectores de la población organizada (grupos de familiares de personas con trastornos mentales, Universidad de la República (UDELAR), sociedades científicas y gremiales). De éste surgen la Comisión Asesora Técnica Permanente (CATP) y el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM).⁴

Asimismo, el organismo rector (MSP) del cuál emanan los lineamientos programáticos, trabaja conjuntamente con la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata creada en 1948, para dar un cuerpo de normas para el bien de los enfermos mentales.⁵

A partir de 1996 la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE - MSP) desplegó un plan de desarrollo nacional a través de los Centros de Salud y Equipos de Salud Mental (ESM), lográndose resultados disímiles, dependiendo en general de iniciativas aisladas ya que actuaron escindidos dentro del sistema sanitario.

En el año 2005 se crea la Coordinación de Salud Mental de ASSE-MSP responsable de operativizar el Plan. Se plantean desarrollos coordinados y acciones en conjunto con el resto del sistema, considerándose que el PNSM transversaliza a todos los programas prioritarios que se van definiendo.

En el Documento Programático de la CATP del PNSM, del mismo año, junto a las transformaciones en la asistencia a los enfermos mentales y en salud mental articuladas por ese programa, se puntualiza la problemática histórica (marginación masiva de los enfermos mentales y el retraso en incorporar recursos de psicoterapia y psicosociales). De igual modo, la prevalencia de “fin de siglo”, las situaciones de violencia, el consumo riesgoso de sustancias psicoactivas, sus consecuencias y complicaciones y las nuevas modalidades de padecimiento en la vida cotidiana.⁶

Los desarrollos del PNSM deberán incorporarse al Sistema Nacional Integral de Salud (SNIS) al que el país se encuentra abocado, de acuerdo a los cambios en el modelo de atención y de gestión y siguiendo los principios rectores de universalidad, accesibilidad, equidad, calidad de la atención, promoción y prevención integral a través del trabajo en equipos interdisciplinarios.

Dado que la salud mental es uno de los componentes de la salud integral de las personas, dentro del cambio de modelo resultan imprescindibles las acciones en Salud Mental, siendo condición necesaria priorizar y articular las

mismas en el primer nivel de asistencia, con criterios de complementariedad, integración y coordinación con el resto de los actores del sistema, a fin de mejorar la calidad de la atención, su eficacia y eficiencia.

Dentro de las áreas de desarrollo, percibidas como de importancia para el PNSM, se destacan:

- Las acciones de las áreas de prevención y promoción en Salud Mental, que contribuyan a vencer la discriminación de la que son objeto las personas con trastornos mentales y la detección precoz de las patologías, priorizando las acciones tendientes a evitar el surgimiento de las mismas.

- La atención de personas con trastornos mentales, con énfasis en la rehabilitación, superando el modelo tradicional discriminatorio, cautelar y asilológico, procurando un nuevo modelo, evitando el hospitalismo, integrándola a su medio.

En el año 2007, siguiendo los lineamientos programáticos se profundizan los desarrollos principalmente por el efector público ASSE.⁷

Como resultado del Grupo de trabajo N° 6 de la CATP (Intervenciones Psicosociales y Psicoterapia) se plasman en el mismo año una serie de recomendaciones acerca de las que constituyen, junto a otros aportes, un punto de partida fundamental hacia la integración de estos abordajes a los servicios de salud.⁸

JUSTIFICACIÓN

Un cambio en el modelo de atención como el que plantea el SNIS implica comprender que la enfermedad no es solo un fenómeno individual y está directamente vinculada al entorno familiar y social, que puede actuar como agravante o protector.⁹

De igual modo la forma de entender las diferentes problemáticas, contempla también la multidisciplina como herramienta válida e indispensable para el abordaje de las diferentes situaciones de salud y enfermedad sobre las cuales sea necesario intervenir.

De acuerdo con los principios rectores consensuados, la Salud Mental como un derecho humano fundamental y -por tanto- las intervenciones psicosociales y la psicoterapia y otras formas de preservarla o recuperarla como derechos deben estar accesibles a todos los ciudadanos.¹⁰

Un abanico de **prestaciones en Salud Mental**, con accesibilidad para todos los usuarios, no solo es esperable que repercuta en esta área, sino que logre cambios en diferentes aspectos de la conducta, tanto en la mente como en el cuerpo y en el mundo externo, beneficiándose no solamente la persona, sino la familia, la sociedad y el resto del sistema de salud.

Así, estas prestaciones permitirán descomprimir los requerimientos en otros niveles de atención que resultan muy onerosos. Esto además de acompañarse de un ahorro en el gasto, repercute en todo aquello que implica el beneficio de poder promover actitudes saludables, de responsabilidad y compromiso en los diferentes ámbitos. De esta forma se produciría una baja de costos y ahorro en el gasto social.

Hasta la fecha el paquete de prestaciones obligatorias en Salud Mental que integra el Plan Integral de Asistencia en Salud (PIAS), de acuerdo a lo consignado en el Catálogo de Prestaciones, no considera los abordajes aquí planteados.

A instancias de las Direcciones del PNSM del último período, se trabajó hacia la incorporación de estas nuevas prestaciones en Salud Mental siguiendo los principios de la Reforma.

A punto de partida de las producciones previas, en el año 2010, comienza a elaborarse el presente Plan. Se tomó como base el documento sobre psicoterapias elaborado por la CATP, las experiencias de las Facultades de Medicina y Psicología y otras del campo internacional.¹¹

En este Plan se trata la implementación de algunas intervenciones psicosociales y abordajes psicoterapéuticos, en el entendido que éstos se basan en la relación profesional y humana de uno o varios usuarios con uno o varios técnicos utilizando determinados procedimientos psicológicos y conocimientos sobre el psiquismo para promover cambios, buscando aliviar un sufrimiento o favorecer el desarrollo de la persona y de sus vínculos.¹²

Se han encontrado algunas dificultades en la concreción del proyecto que se venía gestando desde tiempo atrás, vinculadas a lo que tiene que ver con los escasos antecedentes en nuestro país y en el resto del mundo. Se debió por tanto, revisar bibliografía y formas de instrumentación en otros lugares con los cuales pudiera establecerse algún punto de comparación con relación al sistema de salud.

Se convocó a reuniones de expertos para recabar la opinión de autoridades en la materia o referentes calificados, el conocimiento de las buenas prácticas basadas en la evidencia, la búsqueda de acuerdo de criterios, la fijación de prioridades y la revisión bibliográfica, lo que posibilitó la elaboración de los documentos preliminares de éste Plan. En ese sentido, también se realizaron coordinaciones estrechas intrainstitucionales (con otros Programas y otros sectores del MSP), interministeriales (Ministerio de Economía y Finanzas) e interinstitucionales (con UDELAR, Federación Uruguaya de Psicoterapia-FUPSI, Coordinadora de Psicólogos del Uruguay-CPU, Sociedad de Psiquiatría del Uruguay-SPU y otras).

Si bien pocos son los datos sobre los requerimientos de estas prestaciones, existe la detección, a través de la evidencia constatada por referentes con gran experiencia, por las demandas de servicios realizadas por parte de usuarios y por la percepción de los trabajadores de la salud, de la existencia de la necesidad insatisfecha carente de respuestas universalizadas.

Por ende, se diseñaron las prestaciones que se incluyen en el Plan, con base en las diversas experiencias recabadas, así como de otras existentes tanto a nivel público como privado.

A modo de ejemplo de diversos abordajes psicoterapéuticos podemos citar el Servicio de Psicoterapia del Hospital de Clínicas, el cual funciona desde hace 23 años, el de la Clínica Pediátrica del Hospital de Niños y otros dentro de la órbita de la Facultad de Medicina y Psicología. Existen también algunas experiencias en modalidad individual y grupal a nivel de los ESM de ASSE, el convenio por el sistema de Asistencia Integral del MSP con la Facultad de Psicología, la atención en Policlínicas de la Intendencia de Montevideo (IMM) y barriales y escasas experiencias en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y en empresas. La Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (CPU) cuenta asimismo con un servicio de aranceles sociales diferenciales.

Es importante destacar que este tipo de prestaciones en nuestro país salvo las citadas anteriormente en las instituciones públicas, requieren de un pago y se han vinculado en forma mayoritaria al ámbito particular, resultando por tanto de baja accesibilidad para la mayoría de la población.

Resultará de gran importancia su implementación y monitoreo permitiendo obtener datos epidemiológicos, siendo estos un insumo de gran relevancia para el país. Permitirán realizar mediciones de impacto así como hacer el seguimiento y adecuación a las nuevas necesidades que pudieren surgir.

Corresponde enfatizar que este plan implica un campo dinámico y por tanto estará sujeto a las renovaciones que fueren necesarias, con el fin de dar respuestas adecuadas y de calidad adaptadas a las posibilidades de cada momento.

FIJACIÓN DE PRIORIDADES

La prevalencia de los trastornos mentales a nivel mundial es muy alta. Estos trastornos contribuyen a la morbilidad, discapacidad y hasta la mortalidad prematura.

Estudios epidemiológicos muestran diferentes tasas de prevalencia, pero se calcula que una de cada cuatro personas padece uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de la vida.

Si se discriminan adultos de niños, en éstos últimos la prevalencia oscila entre el 10 y 15% referida a trastornos que pueden llegar a instalarse en forma permanente, de no tener un abordaje temprano y eficaz.¹³

Pese a esto, existe una brecha significativa entre las necesidades terapéuticas de estas poblaciones y la falta de atención a las mismas; y si nuevamente discriminamos entre adultos, y niños y adolescentes, en estos últimos la brecha es aún mayor. Esto pone de relieve que los servicios de salud no están brindando respuesta adecuada y efectiva a la demanda y que la atención a los

grupos vulnerables o en riesgo con necesidades especiales requiere de una consideración prioritaria.

Los factores de riesgo y de protección se han identificado en las diferentes etapas de la vida y muchos de ellos pueden modificarse.

Las terapéuticas en trastornos mentales se equiparan hoy a los mejores niveles de la medicina y están fuertemente comprobadas, lo que justifica su inclusión en las prestaciones.¹⁴

La inclusión de estas prestaciones y modalidades de acción terapéutica dentro del SNIS implica:¹⁵

1. Abordar la integralidad de la salud en las diferentes franjas etarias, con las especificidades correspondientes a la niñez y adolescencia y por otra parte al adulto, incluyendo los aspectos instrumentales, psicológicos y sociales.
2. Que la atención psicológica es un derecho que progresivamente debe integrarse a las prestaciones universales de salud.
3. Priorizar el primer nivel de atención actuando sobre los factores de riesgo y las poblaciones vulnerables.
4. Actuar sobre aquellas situaciones más frecuentes para contribuir a facilitar el desarrollo saludable de niños, adolescentes y jóvenes.
5. Poner el acento en aquellos motivos de consulta más frecuentes en la infancia y adolescencia cuya atención puede actuar como prevención de situaciones posteriores de exclusión, violencia y/o muerte prematura.
6. Poner el acento en aquellos colectivos que pueden ser multiplicadores de salud.

PROPÓSITO

Contribuir a mejorar la situación de salud de la población del país a través de la implementación de nuevas prestaciones en salud mental para el período 2011-2015.

OBJETIVO GENERAL

Realizar intervenciones psicosociales y el abordaje psicoterapéutico de la población usuaria con necesidades en el área de salud mental correspondiente a todos los efectores integrales del país, a través de la implementación de nuevas prestaciones, a partir de setiembre de 2011.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Se describen los objetivos específicos correspondientes a las Etapas de Ejecución (Nuevas Prestaciones) y de Evaluación del Plan.

NUEVAS PRESTACIONES

La población usuaria comprende a los niños, adolescentes y jóvenes y adultos de todos los efectores integrales del país.

Se distinguen tres **MODOS** de abordaje.

Por razones prácticas se describen por separado los objetivos concernientes a jóvenes y adultos por una parte, y a niños y adolescentes por otra.

Se toman como criterio que: la niñez comprende a los menores de 10 años; la adolescencia las franjas etarias de 10 a 14 años inclusive y de 15 a 19; la juventud de 20 a 25 años inclusive y a partir de esta edad los adultos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS, POBLACIÓN OBJETIVO, METAS Y METODOLOGÍA

ADULTOS

Los prestadores integrales deberán asegurar:

En el **MODO 1** la atención en **grupo** con carácter **gratuito** y hasta **16 sesiones anuales** para cada usuario.

En el **MODO 2** asegurarán la atención **individual, de pareja, familia o grupal**, hasta **48 sesiones anuales** para cada usuario y con un **copago preestablecido**.

En el **MODO 3** asegurarán la atención **individual y/o grupal**, hasta **48 sesiones anuales** para cada usuario, con un **copago menor** al establecido en el modo 2. La prestación podrá renovarse hasta 144 sesiones.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo Específico 1:

Realizar intervenciones grupales (MODO 1)

Estas intervenciones grupales estarán dirigidas a las siguientes **poblaciones objetivo:**

1. Familiares o referentes afectivos de personas con Uso Problemático de Sustancias (cocaína, pasta base de cocaína).
2. Familiares de usuarios que tengan diagnóstico de Esquizofrenia o Trastorno Bipolar Grave (F20 o F31 respectivamente según la clasificación CIE 10).¹⁶
3. Usuarios que hayan sufrido la muerte inesperada de un familiar (suicidio, accidente, muerte en la infancia o adolescencia temprana).
4. Usuarios que tengan un familiar o un vínculo cercano, que haya realizado intento de autoeliminación (IAE) en el último año.
5. Personas en situación de violencia doméstica.
6. Docentes de enseñanza primaria que consulten por temáticas vinculadas a su actividad laboral.
7. Docentes de enseñanza secundaria y técnica que consulten por temáticas vinculadas a su actividad laboral.
8. Personal de la salud, que consulte por temáticas vinculadas a su actividad laboral.

METAS

Asegurar la atención **grupal de las poblaciones correspondientes** al objetivo 1, según cronograma establecido (ver cuadro 1.).

METODOLOGÍA

No se admitirán listas de espera para el cumplimiento de esta prestación.

Orientaciones

- **De los grupos:**

- a) Serán **abiertos** a la entrada y salida de participantes (como excepción y por razones técnicas fundamentadas se aceptarán grupos cerrados).
- b) El **máximo de integrantes será de 15** y estarán a cargo de **dos técnicos coordinadores** (el primer año, período **2011-2012**, se admitirán **grupos con un solo técnico** en caso de razones justificadas).

- **De los mecanismos de acceso:**

- a) Se accederá **libremente o por derivación**.
- b) El coordinador del grupo **entrevistará** al postulante **antes de los 15 días** de efectuada la demanda, pudiendo el usuario comenzar en el grupo antes de realizada la entrevista.
- c) Si el coordinador entendiera que no es pertinente su inclusión en el Modo 1 lo derivará al comité de recepción o según considere.
- d) Estas derivaciones podrán hacerse también al finalizar el número de sesiones estipuladas.

- **De los técnicos que brindan la prestación:**

- a) Uno de los coordinadores deberá tener título universitario de Psicólogo o Psiquiatra y contar con experiencia específica documentada en abordajes psicoterapéuticos grupales.
- b) El otro coordinador contará con una formación de grado en Medicina o Psicología y en algunas temáticas se admitirán egresados de otras profesiones tales como Enfermería, Servicio Social y Operadores Terapéuticos.

- **De los usuarios:**

El usuario no podrá ingresar en un nuevo grupo del mismo Modo hasta no terminar su participación en el que ya se encuentra inscripto.

Objetivo Específico 2:

Brindar atención psicoterapéutica individual, de pareja, familia o grupal (MODO 2)

Estará dirigida a las **poblaciones objetivo** siguientes:

1. Usuarios con IAE.
2. Usuarios adolescentes y jóvenes a partir de los 15 años hasta los 25 años de edad inclusive
3. Docentes de enseñanza inicial, preescolar, primaria y de los Centros de Atención Integral a la Infancia y la Familia (CAIF)
4. Docentes de enseñanza secundaria y técnica
5. Trabajadores de la salud.

METAS

Asegurar la **atención psicoterapéutica individual, de pareja, familia o grupal al 100%** de las poblaciones **descriptas en el objetivo 2**, a partir del 1º de setiembre de 2011.

METODOLOGÍA

Deberá contar con un **Comité de Recepción**.

Solicitada la prestación el usuario **deberá ser recibido por el Comité de Recepción antes de los 30 días**.

Luego de realizada la indicación por este Comité, la institución tendrá **30 días para dar inicio a la prestación**.

Se considerará que a partir de Enero del año 2013 los plazos anteriormente mencionados sean hasta 15 días respectivamente.

En caso de **IAE**, deberá ser recibido por el Comité de Recepción **antes de las 48 horas**. Lo resuelto por este último no considerará el plazo de 30 días, iniciándose la **prestación**, si correspondiera, **sin previo tiempo de espera**.

En el caso de usuarios con **consumo problemático de sustancias** los **tiempos de espera** para la entrevista con el Comité de Recepción y para dar inicio a la prestación **no serán mayores a 1 semana** respectivamente.

Orientaciones

- **De los abordajes psicoterapéuticos:**

- a) Serán **individuales, de pareja, familia o grupales** de acuerdo a las indicaciones del Comité de Recepción.
- b) Los grupos tendrán un **máximo de 12 integrantes**.

- **De los mecanismos de acceso:**

Se accederá a la entrevista con el Comité de Recepción por alguna de las vías siguientes:

- Iniciativa del usuario.
- Derivación desde equipo de salud.
- Derivación de los coordinadores de grupo del Modo 1.

- **De los técnicos del Comité de Recepción:**

Tendrá una integración interdisciplinaria trabajando en equipo:

- Uno de sus miembros deberá ser Médico Psiquiatra.
- Otro ser Licenciado en Psicología o Psicólogo.
- Otro podrá ser Licenciado en Trabajo Social.
- Todos sus integrantes deberán tener una formación psicoterapéutica documentada (posgrado o similar) y sólida experiencia clínica.

- **De los técnicos que brindan la prestación:**

- a) El 70% deberá ser Médico Psiquiatra, Licenciado en Psicología o Psicólogo, y contar con una formación específica documentada en el campo psicoterapéutico de más de 3 años, y con experiencia en psicoterapia.
- b) Se admitirán hasta un 30% de técnicos con título de Psiquiatra o Licenciado en Psicología o Psicólogo y con experiencia en psicoterapia (sin formación específica completa).

- **De los usuarios:**

- a) En caso de abandono deberá esperar un mínimo de seis meses para solicitar nuevamente el ingreso a la prestación.
- b) En caso de finalización de un tratamiento, para solicitar nuevamente la utilización de la prestación del mismo Modo, deberá haber transcurrido un plazo mínimo de dos años.
- c) Para los casos de IAE no se consideraran los plazos estipulados en los puntos a y b.

Objetivo Específico 3:

Proporcionar atención individual y/o grupal (MODO 3)

Esta atención psicoterapéutica estará **orientada a la rehabilitación** de las siguientes **poblaciones objetivo**:

1. Usuarios con Consumo Problemático de Sustancias: cocaína, pasta base de cocaína.
2. Usuarios con Trastornos Mentales Severos y Persistentes (TMSP). Comprende a portadores de Psicosis Esquizofrénica y Trastorno Bipolar (F20 y F31).

METAS

Asegurar la **atención psicoterapéutica individual o grupal al 100%** de las poblaciones **descriptas en el objetivo 3**, a partir del 1º de setiembre de 2011.

METODOLOGÍA

Deberá contar con un **Comité de Recepción** (de acuerdo a las características descritas en el Modo 2). Solicitada la prestación el usuario deberá ser recibido por el mismo **antes de los 30 días**.

Luego de realizada la indicación por el Comité, la institución tendrá **30 días** para dar inicio a la prestación.

En el caso de usuarios con **Consumo Problemático de Sustancias**, los tiempos de espera no serán mayores de **1 semana**.

En el caso de **usuarios con TMSP**, los mismos deberán contar con un Médico Psiquiatra de referencia.

Orientaciones

- **De las prestaciones:**

- a) Serán **individuales y/o grupales** de acuerdo a las indicaciones del Comité de Recepción.
- b) Estarán a cargo de un técnico con formación psicoterapéutica. Podrán incluir otros técnicos con formación específica según lo requieran las orientaciones.

- c) Cada grupo tendrá un máximo de **15 integrantes**.
- d) Las frecuencias se adaptarán de acuerdo a las necesidades de cada plan terapéutico, con un mínimo de una sesión **semanal**.
- e) Se podrá renovar los tratamientos de usuarios que requieran mayor tiempo que el estipulado en este Modo.

- **De los mecanismos de acceso:**

Se accederá a la entrevista con el Comité de Recepción siguiendo alguna de las siguientes vías:

- Por iniciativa del usuario.
- Derivación del Equipo de Salud.
- Derivación de los coordinadores de grupo del Modo 1 o 2.

- **De los técnicos del Comité de Recepción:**

Según descripción efectuada en Modo 2.

Deberán además evaluar y resolver la renovación de la prestación.

- **De los técnicos que brindan la prestación:**

- a) Deberán ser Médico Psiquiatra o Licenciado en Psicología o Psicólogo.
- b) Contar con una formación específica documentada en el campo psicoterapéutico de más de 3 años y experiencia en psicoterapia.
- c) Podrán incluir otros técnicos con formación específica de acuerdo a los requerimientos.

- **De los usuarios:**

En caso de solicitar el reingreso a la prestación luego de abandono, el mismo deberá considerarse por parte del Comité de Recepción.

NIÑOS y ADOLESCENTES

En el **MODO 1** los prestadores integrales asegurarán la **atención en grupo** con carácter **gratuito** y hasta **12 sesiones anuales** para cada usuario.

En el **MODO 2** asegurarán la atención **individual, grupal o de familia**, hasta **24 sesiones anuales** para cada usuario y con un **copago preestablecido**.

En el **MODO 3** asegurarán la atención **individual y/o grupal**, hasta **48 sesiones anuales** para cada usuario, con un **copago menor** al establecido en el nivel 2.

En situaciones de **discapacidad física, mental o trastorno del espectro autista**, la prestación podrá extenderse a **144 sesiones**.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo Específico 1:

Realizar intervenciones grupales, o grupos talleres (MODO 1)

Estas **intervenciones grupales o grupos talleres** estarán dirigidas a las siguientes **poblaciones objetivo**:

1. Padres (o familiares) con hijos en edad pre-escolar, escolar y adolescente (grupos-talleres de orientación en desarrollo y crianza).
2. Padres (o familiares o referentes afectivos) con hijos con discapacidad mental, física o trastornos del espectro autista.
3. Adolescentes (Espacios de intercambio).
4. Embarazadas primerizas.
5. Puérperas primerizas y/o pareja parental primeriza.
6. Madres dentro del primer año posparto con indicios de depresión.
7. Educadores y cuidadores de niños de la primera infancia (Grupos-talleres de orientación).
8. Niños con dificultades en la inserción escolar.
9. Niños con indicación de intervenciones quirúrgicas (psicoprofilaxis quirúrgica).

METAS

Asegurar la atención **grupal de las poblaciones correspondientes** al objetivo 1, según cronograma establecido (ver cuadro 1.).

METODOLOGÍA

No se admitirán listas de espera para el cumplimiento de esta prestación.

Para madres dentro del primer año posparto con indicios de depresión y niños que requieran un abordaje de psicoprofilaxis quirúrgica, la prestación podrá brindarse en forma grupal o individual, incluyéndose dispositivos para la atención domiciliaria de ser necesario.

Orientaciones

- **De los grupos:**

- a) Serán **abierto**s a la entrada y salida de participantes (como excepción y por razones técnicas fundamentadas se aceptarán grupos cerrados).
- b) El **máximo de integrantes será de 15** y estarán a cargo de **dos técnicos coordinadores** (el primer año, período **2011-2012**, se admitirán **grupos con un solo técnico** en caso de razones justificadas).

- **De los mecanismos de acceso:**

- a) Se accederá libremente o por derivación de cualquier técnico de la institución.
- b) El **coordinador del grupo entrevistará** al postulante antes de los **15 días** de efectuada la demanda, pudiendo el usuario comenzar en el grupo antes de realizada la entrevista.
- c) Si el coordinador entendiera que no corresponde su inclusión en el Modo 1 lo derivará:
 - al Técnico de la institución pertinente, o
 - al Comité de Recepción (para inclusión en el Modo 2 o Modo 3, de adultos o niños según corresponda).
- d) Estas derivaciones podrán hacerse también al finalizar el número de sesiones estipuladas.

- **De los técnicos que brindan la prestación:**

- a) Al menos uno de los coordinadores deberá contar con título universitario de Psiquiatra o Psicólogo y una formación específica documentada en el trabajo grupal de alguna de las disciplinas de la Salud Mental.
- b) El otro coordinador contará con una formación de grado en Medicina o Psicología y en algunas temáticas se admitirán otros técnicos tales como Licenciados de Enfermería o de Trabajo Social y Operadores Terapéuticos con formación específica en las temáticas en que participen.

- **De los usuarios:**

De necesitar la inclusión a más de un grupo, los coordinadores evaluarán antes del comienzo la pertinencia del ingreso y/o la derivación a otro Modo. En el caso de usuario adulto solo se permitirá la pertenencia a un grupo.

Objetivo Específico 2:

Brindar atención psicoterapéutica individual, grupal o de familia (MODO 2)

Esta atención psicoterapéutica individual, grupal o de familia estará dirigida a las **poblaciones objetivo** siguientes:

1. Madres deprimidas en el primer año de vida del niño.
2. Niños y adolescentes con dificultades de aprendizaje.
3. Niños y adolescentes con problemas situacionales y/o adaptativos: situaciones de violencia, abandono, pérdida de un familiar cercano o referente afectivo, separación de los padres, migración, dificultades de relación con pares, portadores de enfermedades orgánicas crónicas e hijos de personas con enfermedades mentales severas y/o adicciones.
4. Niños que tengan una intervención quirúrgica de alta complejidad.
5. Niños y adolescentes con IAE.

METAS

Asegurar la atención psicoterapéutica individual, grupal o de familia al **100% de las poblaciones correspondientes** a partir del 1º de setiembre del 2011.

METODOLOGÍA

Deberá contar con un **Comité de Recepción** y al igual que en el Modo 2 de adultos:

- Recibirá al usuario una vez solicitada la prestación **antes de los 30 días**.
- Luego de realizada la indicación por este Comité, la institución tendrá **30 días para dar inicio** al tratamiento.
- En caso de **IAE**, deberá ser recibido por el Comité de Recepción **antes de las 48 horas**. Lo resuelto por este último no considerará el plazo de 30 días, iniciándose la prestación, si correspondiera, **sin previo tiempo de espera**.

Orientaciones

- **De los abordajes psicoterapéuticos:**

- a) Serán **individuales, grupales o de familia** de acuerdo a las indicaciones del Comité de Recepción.
- b) Los abordajes individuales estarán a cargo de al menos un técnico con experiencia y formación psicoterapéutica. En los grupales o de familia estarán a cargo de 2 coordinadores.
- c) Funcionarán en lugares y días fijos (en algún caso justificado en el domicilio del paciente).
- d) Cada grupo tendrá un **máximo de 10 integrantes**.
- e) Se propiciará que los técnicos mantengan entrevistas periódicas con padres y educadores.

- **De los mecanismos de acceso:**

Se accederá a la entrevista con el Comité de Recepción por alguna de las siguientes vías:

- Iniciativa del usuario.
- Derivación del equipo de salud.
- Derivación de los coordinadores de grupo del Modo 1.

- **De los técnicos Comité de Recepción:**

a) Tendrá una integración interdisciplinaria trabajando en equipo:

- Uno de sus miembros debe ser Psiquiatra Pediátrico.
- Otro debe ser Licenciado en Psicología o Psicólogo.
- Otro podrá ser Licenciado en Trabajo Social.
- Al menos uno de sus integrantes debe tener una formación psicoterapéutica documentada (posgrado o similar) y sólida experiencia clínica en niños y adolescentes.

b) Podrá:

- Indicar la prestación del Modo que considere pertinente.
- Realizar la derivación a equipo de Salud Mental, Psiquiatra, Licenciado en Trabajo Social u otro técnico.
- Derivar a otras formas de tratamientos especializados en niños.

- **De los técnicos que brindan la prestación:**

a) El 70 % deberá ser Médico Psiquiatra, Psiquiatra Pediátrico o Licenciado en Psicología o Psicólogo y contar con una formación específica documentada en el campo psicoterapéutico de más de 2 años y con experiencia en psicoterapia.

b) Se admitirán hasta un 30% de técnicos con título de Grado en Medicina o Licenciado en Psicología, o Psicólogo, o profesional de la salud, u operador terapéutico y con experiencia en psicoterapia.

- **De los usuarios:**

a) En caso de abandono del tratamiento se deberá esperar un mínimo de tres meses para solicitar nuevamente el ingreso a la prestación.

b) En caso de finalización de un tratamiento, para solicitar nuevamente la utilización de la prestación del mismo Modo, deberá haber transcurrido un plazo mínimo de dos años.

c) Para los casos de IAE no se consideraran los plazos estipulados en los puntos a y b.

Objetivo Específico 3:

Proporcionar atención psicoterapéutica individual y/o grupal **(MODO 3)**

La atención psicoterapéutica individual y/o grupal que incluirá entrevistas con adultos referentes, tendrá como **población objetivo** a niños y adolescentes con:

1. Dificultades de aprendizaje específicas no resueltas en el Modo anterior.
2. Situaciones de abandono, violencia sexual y/o intrafamiliar no resueltas en otros niveles del sistema de salud.
3. Discapacidad física, mental y trastornos del espectro autista.
4. Consumo problemático de sustancias psicoactivas (cocaína y pasta base de cocaína)
5. Trastornos disruptivos.
6. Trastornos del humor.
7. Trastornos de ansiedad.

METAS

Asegurar el acceso a este modo de prestación al **100% de los usuarios de las poblaciones descritas**, a partir del 1º de setiembre de 2011.

METODOLOGÍA

Deberá contar con un **Comité de Recepción** (de acuerdo a las características descritas en Metodología Modo 2). Solicitada la prestación el usuario deberá ser recibido por el mismo antes de los **30 días**.

En el caso de usuarios con **Consumo Problemático de Sustancias**, los tiempos de espera para la entrevista con el Comité de Recepción y para dar inicio a la prestación **no serán mayores de 1 semana** respectivamente.

Luego de realizada la indicación por este Comité, la institución tendrá **30 días para dar inicio** a la prestación.

Orientaciones

- **De las prestaciones:**

- a) Serán **individuales y/o grupales** de acuerdo a las indicaciones del Comité de Recepción.
- b) Estarán a cargo de al menos un técnico con formación psicoterapéutica en niños y/o adolescentes según la edad.
- c) Cada grupo tendrá un **máximo de 10 integrantes**.
- d) Se trabajará con una frecuencia mínima **semanal**. En los casos en que sea necesario tratamientos con varios profesionales, se determinará por la necesidad singular de cada caso.
- e) Se propiciará incluir entrevistas con padres y educadores.
- f) Los usuarios con **dificultades de aprendizaje, discapacidad física, mental y trastornos del espectro autista** serán atendidos en **equipo interdisciplinario** o con los técnicos que el Comité de Recepción indique (incluye al menos: **fonoaudiología, psicopedagogía, psicomotricidad, maestra especializada y psicólogo**).

- **De los mecanismos de acceso:**

Se accederá a la entrevista con el Comité de Recepción siguiendo alguna de las siguientes vías:

- Por iniciativa del usuario o persona a cargo.
- Derivación de Equipo de Salud Mental.
- Derivación de los coordinadores de grupo del Modo 1 o Modo 2.

- **De los técnicos del Comité de Recepción**

Según descripción efectuada en Modo 2.

Deberán además evaluar y resolver la renovación de la prestación.

- **De los técnicos que brindan la prestación:**

- a) Deberán ser Médico Psiquiatra o Licenciado en Psicología o Psicólogo.
- b) Contar con una formación específica documentada en el campo psicoterapéutico de más de 2 años y experiencia en psicoterapia.
- c) Podrán incluirse técnicos de otras disciplinas que integran el equipo interdisciplinario con formación documentada en el área específica.

- **De los usuarios:**

En caso de abandono se deberá esperar un mínimo de tres meses para solicitar nuevamente el ingreso a la prestación.

De tratarse de usuarios con **discapacidad física, mental y trastornos del espectro autista**, se flexibilizará el cómputo de las inasistencias, primando el criterio de cuánto perjuicio puede ocasionarle la interrupción del tratamiento.

ORIENTACIONES GENÉRICAS

Adultos, Niños y Adolescentes

- **De los abordajes:**
 - a) Funcionarán en lugares y días fijos.
 - b) Tendrán una duración no inferior a los **40 minutos** para los abordajes **individuales** y no menor a los **75 minutos** para los **grupales**.
 - c) Mantendrán en todos los casos la especificidad de su temática.
 - d) Funcionarán con una **frecuencia mínima semanal**.
 - e) Abarcarán un amplio espectro horario comprendiendo fundamentalmente tanto el turno matutino como el vespertino.

- **De los mecanismos de acceso:**
 - a) Se accederá **libremente o por derivación**.
 - b) La prestación estará **a cargo del efector al que pertenece el usuario** que realiza la consulta.
 - c) En el caso de prestaciones en modalidad de pareja o familiar al menos uno de los usuarios consultantes deberá ser socio del efector que da la prestación.
 - d) La institución deberá contar en todos los casos con algún **técnico referente o dispositivo grupal** para atender demandas en caso de IAE **sin tiempo de espera**, haciéndose cargo de las necesidades de contención del usuario, hasta que efectivamente comience la prestación. Lo mismo para los usuarios con uso problemático de sustancias (cocaína y pasta base de cocaína).

- **De los técnicos:**
 - a) En todos los casos los títulos deberán estar debidamente registrados y habilitados por el MSP.
 - b) En un plazo no mayor a 5 años todos los técnicos deberán tener una formación específica y documentada, relativa al campo temático en el que intervengan.
 - c) Se propiciará que los técnicos que conforman los equipos de trabajo, mantengan reuniones periódicas en lo atinente a las tareas.
 - d) Deberán realizar coordinaciones con otros técnicos que pudieran estar a cargo de la atención de los usuarios especialmente en el área de la Salud Mental.

- **De los usuarios:**

- a) El usuario no podrá ingresar en un nuevo grupo del mismo Modo hasta no terminar su participación en el que ya se encuentra inscripto.
- b) Se podrá solicitar cambio de terapeuta solamente una vez (en caso de atención individual, de pareja o familiar) y el mismo deberá realizarse no más allá de la tercera entrevista.
- c) El usuario se comprometerá a asistir en los días, hora y frecuencia pautada.
- d) En caso de abandono el número de sesiones efectuadas antes del mismo será descontado de la unidad ya que cada tratamiento será considerado en su totalidad como unidad de tiempo. Las entrevistas serán computadas dentro de la unidad de tiempo que implica la prestación.

Para los Modos 2 y 3:

- Tres inasistencias consecutivas o más del 40% de inasistencias a las sesiones pautadas en dos meses (salvo justificación realizada en tiempo y forma) será considerado como abandono y no como finalización del tratamiento.
- La solicitud de reingreso a la prestación luego de abandono, se regirá por los plazos estipulados y deberá considerarse por parte del Comité de Recepción.

- **Del Comité de Recepción:**

El efector podrá conformar uno o varios Comités que efectuará/n la recepción de las demandas indistintamente para los diferentes modos. Así, el usuario que requiera más de una entrevista de recepción, será referido siempre al mismo Comité.

El Comité:

- a) Tendrá una integración interdisciplinaria trabajando en equipo.
- b) Podrá indicar la prestación del Modo o la derivación que considere pertinente.
- c) Deberá evaluar y resolver el reingreso o la renovación de la prestación en los casos correspondientes.
- d) Generará instancias de intercambio, seguimiento y otras vinculadas a la tarea.

ACTIVIDADES

Las Principales Líneas de Acción estarán dirigidas a:

1. Promoción de Salud
2. Prevención Primaria de los Trastornos Mentales

3. Tratamiento de los usuarios con Enfermedad Mental y su Rehabilitación Psicosocial.

Los diferentes campos de acción se encuentran interrelacionados, estando todos regidos por el principio de prevención.

DISPOSICIONES GENERALES

- **De las modalidades de las prestaciones:**

Se propiciará la **diversidad** teórica y técnica en los tres modos, sin perjuicio de ajustes periódicos en disposiciones futuras, que se realizarán en base a la información obtenida y estudios realizados.

- **De las formas de contratación:**

Cada institución podrá brindar las prestaciones de los tres modos utilizando una o más de las siguientes formas:

- a) Con recursos propios.
- b) Complementándose con otros prestadores.
- c) Contratando técnicos en forma individual o equipos técnicos públicos o privados que cumplan con los requisitos.

- **De la Comunicación y la Difusión:**

Los diferentes medios de comunicación que deberá poner el prestador al servicio de los usuarios asegurarán **información fluida y actualizada.**^{17 18 19}

Es esencial que los usuarios estén debidamente **informados sobre las nuevas prestaciones**, de modo que les permita conocer los servicios disponibles, las indicaciones, las formas y los procedimientos a seguir para el acceso, características y fines de las prestaciones.^{20 21}

En cada uno de los locales de atención, el prestador utilizará los **espacios de difusión** ya acordados con la JUNASA y el MSP, tales como carteleras y páginas Web.

Asimismo deberá proporcionar información y recibir sugerencias a través de las **Oficinas de Atención al Usuario.**²²

- **De los Registros y la Información:**

Cada institución:

- Llevará **registro de los usuarios** que participan en los tres modos para las diferentes franjas etarias **y de las actividades** de los **Comités** de Recepción.
- Seguirá los mecanismos pertinentes de documentación en **Historias Clínicas** consignándose por parte de los técnicos involucrados, las diferentes instancias de la prestación.
- En el caso de los **IAE**, se hará **seguimiento los primeros 6 meses**, de acuerdo a pautas establecidas al respecto.
- Envió la **información que se le solicite** por parte del organismo rector a los efectos de realizar la evaluación permanente de esta prestación. Trimestralmente o según se estipule, el Sistema Nacional de Información (SINADI) deberá recibir la **planilla electrónica** correspondiente.
- Facilitará el **monitoreo científico** por parte del **PNSM del MSP**, sin perjuicio de las actividades de evaluación que la propia institución disponga.

- **Observaciones:**

Estas nuevas prestaciones no sustituyen a las existentes ni a los plazos que las regulan.

MONITOREO

Objetivo Específico 1:

Recabar la información para efectuar el monitoreo de las prestaciones.

Objetivo Específico 2:

Implementar el seguimiento continuo de las prestaciones, para asegurar que se están ejecutando de acuerdo a lo planificado y evaluar ajustes pertinentes.

EVALUACIÓN

Los prestadores deberán organizar la forma de **seguimiento, investigación y evaluación interna**, para lo cuál deberán contar con los RRHH pertinentes (administrativos, técnicos, profesionales) y con **referentes o consultantes**, para **supervisión, Ateneos y otras** actividades vinculadas.

El prestador presentará al **SINADI, en tiempo y forma la información correspondiente**, de conformidad con las disposiciones vigentes.²³
La misma servirá para el monitoreo y evaluación de las nuevas prestaciones.

Desde el SINADI la **información** será enviada al PNSM, para futuros estudios epidemiológicos.

El MSP podrá realizar **auditorías** cuando lo considere necesario u otra forma de contralor que resulte pertinente.

Asimismo, podrá citar a **reuniones periódicas** programadas con los prestadores integrales, a fin de evaluar conjuntamente el desarrollo de lo planificado, las posibles contingencias, alternativas y propuestas frente a las mismas. De igual modo, se plantearán instancias de **reunión general** con los representantes de todos los actores involucrados, para evaluar la marcha del proyecto, promoviendo la participación de los representantes de usuarios.

Se tendrá especialmente en cuenta la información recabada en el Servicio de Atención al Usuario del MSP y de los diferentes **Servicios de Atención al Usuario** de los efectores. Asimismo **las encuestas de satisfacción** realizadas, como indicador de calidad.

Se utilizarán una serie de **indicadores** para la evaluación de los componentes del programa: indicadores de **estructura** para evaluar los recursos y su desempeño; de **proceso**, para evaluar el funcionamiento y las actividades y de **resultado** en el cumplimiento o no con los objetivos y metas planteadas.

La **valoración del impacto** sobre la población en este tipo de programas se podrá visualizar a más largo plazo.

Los **estudios epidemiológicos** que se podrán realizar a punto de partida de los datos registrados posibilitarán algunas medidas del mismo.

La posibilidad de incorporar otras formas específicas de modalidades de abordajes y la extensión de las prestaciones a más poblaciones quedará supeditada al resultado de las evaluaciones y a futuros estudios de viabilidad y sustentabilidad.

El no cumplimiento de lo programado supondrá la aplicación de sanciones previamente estipuladas en el Contrato de Gestión suscripto entre la JUNASA y cada uno de los Prestadores Integrales.

RECURSOS

HUMANOS

Los recursos para brindar las prestaciones dependerán de las formas de contratación que establezca cada prestador, debiendo actuar de acuerdo con las orientaciones.

El prestador, deberá además disponer de los recursos humanos para la recepción, la administración y la coordinación del servicio. Para esto último, se nombrará un referente en Salud Mental, quien oficiará como tal a nivel intrainstitucional, y como nexo entre el MSP y el prestador en lo atinente a la implementación de las prestaciones en salud mental del presente plan.

MATERIALES

Plantas Físicas

Los lugares donde se brinden las prestaciones deberán ser fijos como ya fue explicitado, pero no necesariamente estar ubicados en locales propios del prestador.

FINANCIEROS

Se efectuó el cálculo de costos estimativo con aumento de la cuota FONASA. Se tuvo en cuenta las inferencias realizadas de los promedios con relación a los índices de prevalencia e incidencia, así como de los correspondientes a recursos humanos.

CRONOGRAMA

Se ubica el plan como de instalación gradual, pero en el breve plazo, ya que la Salud Mental se encuentra inscrita dentro de uno de los Programas Prioritarios de este Ministerio.

El mismo se establecerá, en su primera etapa, según el siguiente cronograma:

CUADRO 1- CRONOGRAMA SEGÚN 1ras. METAS DEL PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE PRESTACIONES EN SALUD MENTAL EN EL SNIS

1° DE SETIEMBRE DE 2011	Inicio de nuevas prestaciones en Salud Mental en el SNIS
	Designación de referente en salud mental para nexo con el MSP e implementación del plan
	Inicio de los Modos 2 y 3 : comités de recepción de los Modos 2 y 3 conformados
HASTA EL 1° DE NOVIEMBRE DE 2011	Dar inicio al Modo 1
1° DE NOVIEMBRE DE 2011	Al menos 4 grupos del Modo 1 en funcionamiento de acuerdo a perfil epidemiológico, demanda y prevalencias de la población afiliada.

RESPONSABLES IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN

- **Responsable político:** Ministro de Salud Pública
Dr. Jorge Enrique Venegas
- Subsecretario de Salud Pública:
Prof. Dr. Leonel Briozzo
- Director de la Dirección General de la Salud:
Dr. Yamandú Bermúdez
- Dirección del DPES: Dra Ana Noble
- Coordinadora de Área Ciclos de Vida: Lic. Enf. Cecilia Acosta
- **Coordinador del Plan:** Responsable Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) Lic. Psic. Hebert Tenenbaum.

RESPONSABLES DE LA ELABORACIÓN DEL PLAN

- **Responsable político:** Ex Ministro de Salud Pública Ec. Daniel Olesker (Ministro del Ministerio de Desarrollo Social-MIDES)
- Asesora del Ministro: Lic. Psic. Mariana Drago
- Ex Director del DPES: Subsecretario Prof. Dr. Leonel Briozzo
- Coordinadora de Área APROPYEN: Lic. Enf. Pilar González

PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DEL PLAN **Equipo Técnico**

- **Programa Nacional de Salud Mental:**

Compilación y Redacción: Dra. María J. Piñeiro, Lic. Psic. Juan M. Trillo.

Lic. Psic. Denisse Dogmanas

Lic. Psic. Mariana Villar (ex integrante PNSM)

- **Presidente de la CATP**

Sr. Homero Peyrot

- **Economía de la Salud:**

Ec. Ida Oreggioni

Ec. Noemí Katzkowicz

Ec. Gustavo Rak

Ec. Cecilia Parada

- **Directores del PNSM en períodos anteriores:**

Autoría de Documentos básicos del Plan:

Dr. Lizardo Valdez

Otros Documentos preliminares:

Dr. Ángel Ginés

Lic. Renée del Castillo

- **EXPERTOS CONSULTADOS**

Dra. Doris Cwagenbaum
 Lic. Denise Defey
 Dr. Gustavo Giachetto
 Lic. Beatriz Rama
 Lic. Mariella Servetto
 Dr. Rafael Sibils
 Lic. Rosa Zytner

REUNIONES con INTEGRANTES

de:

Áreas Programáticas y Divisiones del MSP, Dirección de Salud Mental de ASSE, División Salud-Dirección de Ayudas Especiales del Banco de Previsión Social (BPS), Patronato del Psicópata, Centros de Rehabilitación, Centros de Tratamiento de Adictos, Efectores de Salud Mental de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas, Facultad de Psicología, de Medicina y de Enfermería de la UDELAR, Instituciones Científicas y Gremiales (Coordinadora de Psicólogos, Sociedad de Psiquiatría, Asociación de Psiquiatras del Interior, Federación de Funcionarios de la Salud, Asociación de Familiares y Usuarios, Federación Uruguaya de Psicoterapia-FUPSI y Otras).

PARTICIPANTES EN LA IMPLEMENTACIÓN- MONITOREO

- **Programa Nacional de Salud Mental**
 Lic. Psic. Juan Trillo
 Dra. María J. Piñeiro
 Lic. Psic. Denisse Dogmanas
- **Grupo de la CATP para el Monitoreo y Seguimiento del Plan**
- **APROPYEN**
 Lic. Enf. Pilar González
 Dra. Adriana Misa

- **Descentralización MSP**
Coordinador Dr. Daniel Pazos
Directores Departamentales
Lic. Psic. Lilián Tricotti

- **SINADI**
Dra. Elizabeth Raffaele
Lic. Reg. Med Inés Reyes

- **Economía de la Salud**
Ec. Gustavo Rak

- **Secretaría:**
Lic. Psic. Gimena Paroli
Sec. Adriana Vázquez

TRABAJOS/DOCUMENTOS PREVIOS

- **Programa Nacional de Salud Mental**, Ministerio de Salud Pública; 1986.
- Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental. **Documento Programático: Salud Mental en la emergencia Social y en el nuevo modelo asistencial**. CATP, MSP, OPS; 2005
- Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental. **Grupo de trabajo N° 6: Intervenciones Psicosociales y Psicoterapia**. MSP, DIGESA, PNSM, CATP; Octubre 2007.
- Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental. **Grupo de trabajo N° 2: Plan Nacional de Salud Mental, Primer Nivel de Atención; Promoción, Prevención, Asistencia, Rehabilitación**. MSP, DIGESA, PNSM, CATP; Actualización, Noviembre 2009.
- Programa Nacional de Salud Mental. **Niveles de Intervención**
- Valdéz L. **Prestaciones Psicoterapéuticas, “Adultos” y “Niños, Adolescentes y Jóvenes”**, Documentos Base. MSP, PNSM; Setiembre 2010.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Ministerio de Salud Pública. Principales Normas en la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud [La_ construcción_ del_ SNIS_ WEB. Pdf] p 65 y 106-112. URL disponible en: <http://www.msp.gub.uy>
- ² Ministerio de Salud Pública. Informe Especial: Los Ejes para el Año 2011 [Ejes_de_trabajo_2011.pdf] URL disponible en: <http://www.msp.gub.uy>
- ³ Valdéz L. Prestaciones Psicoterapéuticas, “Adultos” y “Niños, Adolescentes y Jóvenes”, Documentos Base. MSP, PNSM; Setiembre 2010.
- ⁴ Programa Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública; 1986.
- ⁵ Ley de Creación del Centro Nacional del Patronato del Psicópata (Ley N° 11.139). Noviembre de 1948.
- ⁶ Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental. Documento Programático: Salud Mental en la emergencia Social y en el nuevo modelo asistencial. CATP, MSP, OPS; 2005.
- ⁷ Piñeiro MJ, Trillo JM. Proyectos de Desarrollo: Instalación de Equipos de Salud Mental Comunitarios (ESMC) y Contratos de Gestión Misurraco y Maracaná Sur. Ministerio de Salud Pública, Programa Nacional de Salud Mental. Jornada: Intercambio de Experiencias Innovadoras en Salud Mental, IMM; Jul 2009. Uruguay: OPS; 2009. p 11-15
- ⁸ Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental. Grupo de trabajo N° 6: Intervenciones Psicosociales y Psicoterapia. MSP, DIGESA, PNSM, CATP; Octubre 2007.
- ⁹ Valdéz L. Prestaciones Psicoterapéuticas, Adultos y niños, adolescentes y jóvenes. MSP, PNSM; Setiembre 2010.
- ¹⁰ Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental. Grupo de trabajo N° 6: Intervenciones Psicosociales y Psicoterapia. MSP, DIGESA, PNSM, CATP; Octubre 2007.
- ¹¹ Valdéz L. Prestaciones Psicoterapéuticas, Adultos y niños, adolescentes y jóvenes. MSP, PNSM; Setiembre 2010.

¹² Bernardi R, Defey D, Garbarino A, Tutté JC, Villalba L. Guía clínica para la psicoterapia. Rev Psiquiatr Urug 2004; 68(2):99-19.

¹³ Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Documento aprobado por el 49º Consejo Directivo: Estrategia y plan de acción sobre salud mental. OPS, OMS; Washington, DC; 28 de Setiembre al 2 de Octubre, 2009. [SALUD_MENTAL_final_web.pdf] URL disponible en: <http://www.paho.org>

¹⁴ Ginés AM. Psicoterapia en el Programa Nacional de Salud Mental. Hacia el sistema integrado de salud. Rev Psiquiatr Urug 2005; 69(1):32-41.

¹⁵ Valdéz L. Prestaciones Psicoterapéuticas, Adultos y niños, adolescentes y jóvenes. MSP, PNSM; Setiembre 2010.

¹⁶ Manual de Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. CIE-10: CDI-10. Madrid, España: Ed. Médica Panamericana; Junio 2004.

¹⁷ Decreto N° 464 de Contrato de Gestión; Octubre de 2008. URL disponible en: <http://www.msp.gub.uy>

¹⁸ Ministerio de Salud Pública. Cartilla de Derechos y Deberes de los Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud; Diciembre de 2010. [Cartilla_de_Derechos%5b1%5d.pdf] URL disponible en: <http://www.msp.gub.uy>

¹⁹ Ministerio de Salud Pública. Derechos de los usuarios. MSP, JUNASA. [Derechos_de_los_Usuarios_WEB.pdf] URL disponible en: <http://www.msp.gub.uy>

²⁰ Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental. Grupo de trabajo N° 6: Intervenciones Psicosociales y Psicoterapia. MSP, DIGESA, PNSM, CATP; Octubre 2007.

²¹ Bernardi R, Defey D, Garbarino A, Tutté JC, Villalba L. Guía clínica para la psicoterapia. Rev Psiquiatr Urug 2004;68(2):99-196

²² Decreto N° 464 de Contrato de Gestión; Octubre de 2008. URL disponible en: <http://www.msp.gub.uy>

²³ Decreto N° 464 de Contrato de Gestión; Octubre de 2008. URL disponible en: <http://www.msp.gub.uy>



Ministerio
de Salud Pública

Presentación de datos Suicidio en Uruguay 2021

Uruguay, 14 de junio de 2022

Área Programática para la Atención en Salud Mental
Ministerio de Salud Pública
Uruguay

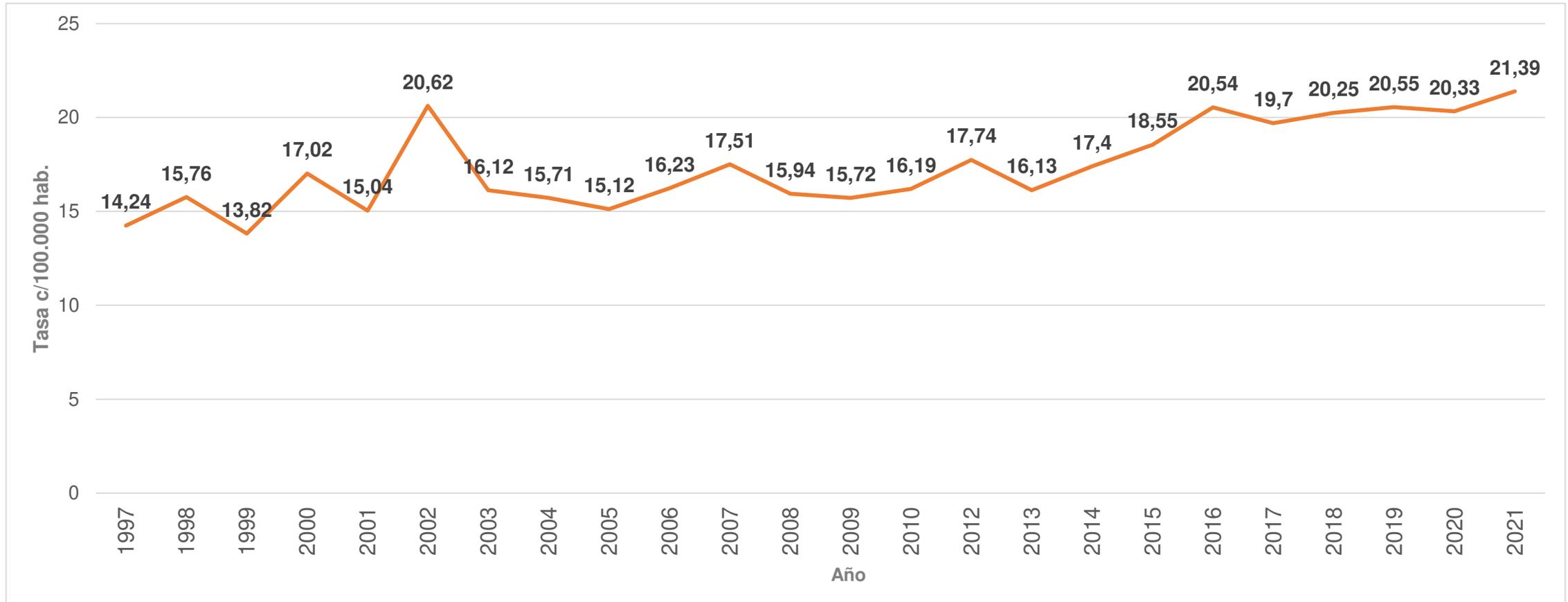


Tasa de mortalidad por suicidio Uruguay, 2010-2021

Año	Número	Tasa x 100.000 habitantes
2010	550	16.19
2012	608	17.74
2013	555	16.13
2014	601	17.40
2015	643	18.55
2016	715	20.54
2017	688	19.70
2018	710	20.25
2019	723	20.55
2020	718	20.30
2021	758	21.39

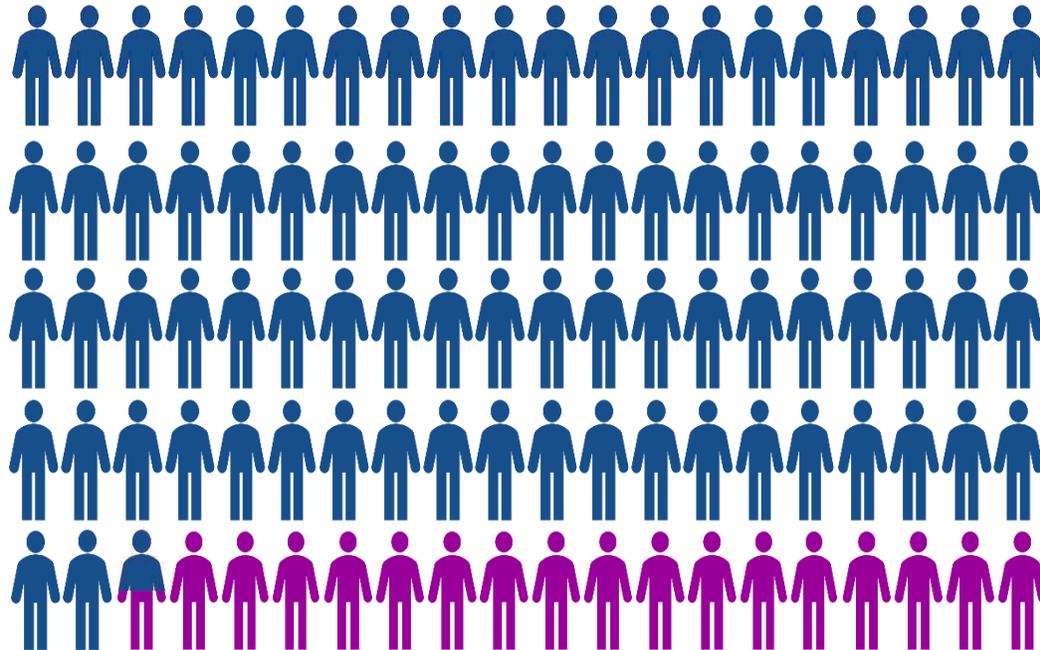


Tasa de mortalidad por suicidio Uruguay, 1997-2021





Porcentaje de defunciones por suicidio según sexo Uruguay, 2021



82,45%
hombres

17,55%
mujeres

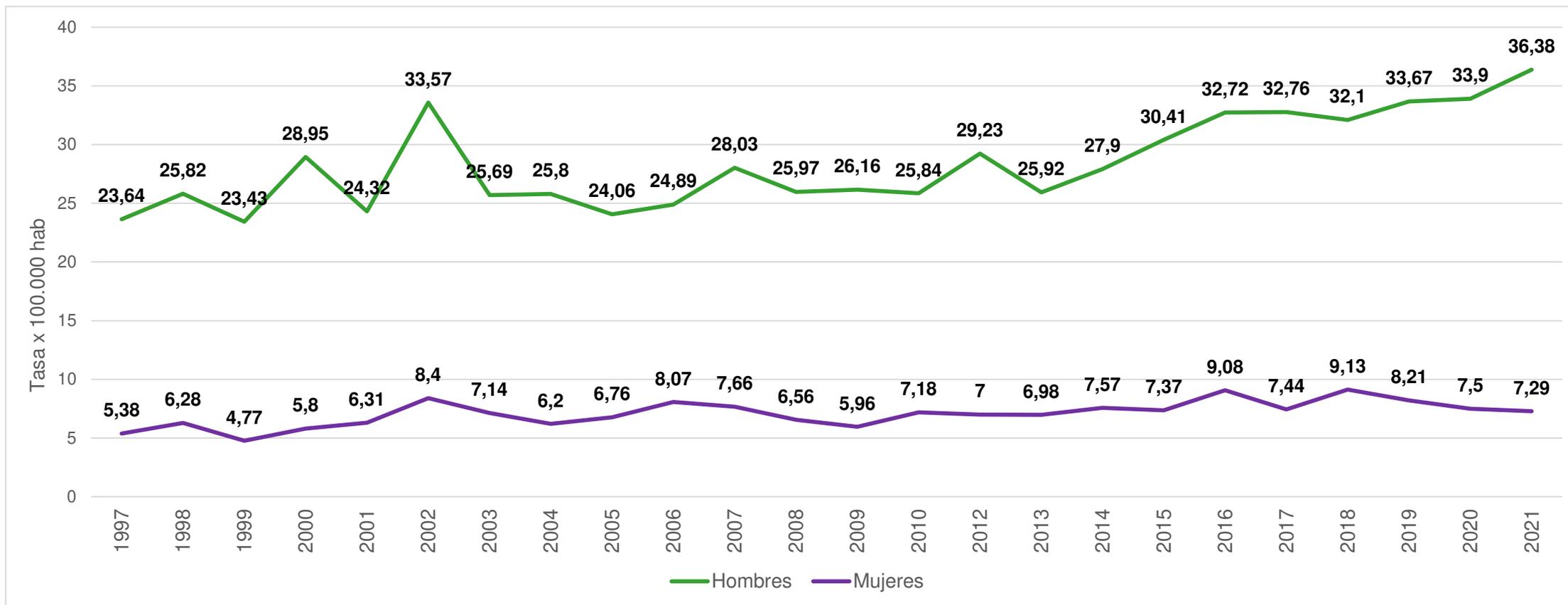


Tasa de mortalidad por suicidio c/100.000hab. según sexo. Uruguay, 2010-2021

Año	Hombres	Mujeres
2010	25.84	7.18
2012	29.23	7.00
2013	25.92	6.98
2014	27.90	7.57
2015	30.41	7.37
2016	32.72	9.08
2017	32.76	7.44
2018	32.10	9.13
2019	33.67	8.21
2020	33.90	7.50
2021	36.38	7.29



Tasa de mortalidad por suicidio según sexo Uruguay, 1997-2021



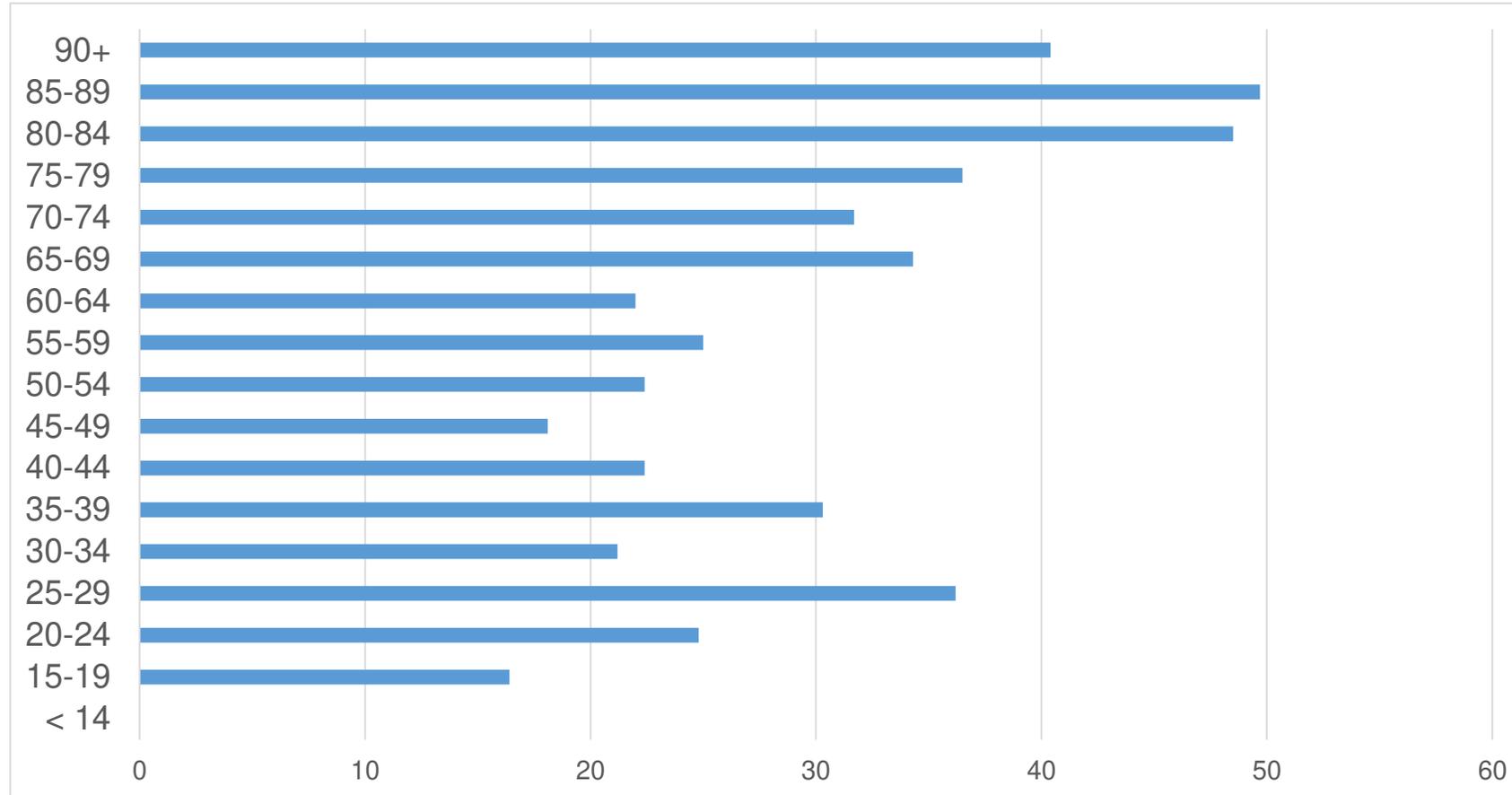


Tasa de mortalidad por suicidio según grupo etario. Uruguay, 2021.

Grupo etario	FA	Tasa c/100.000 hab.
< 14	0	-
15-19	41	16,4
20-24	66	24,8
25-29	96	36,2
30-34	53	21,2
35-39	72	30,3
40-44	54	22,4
45-49	41	18,1
50-54	46	22,4
55-59	50	25,0
60-64	41	22,0
65-69	54	34,3
70-74	40	31,7
75-79	36	36,5
80-84	34	48,5
85-89	22	49,7
90+	11	40,4
Total	0	21,4



Tasa de mortalidad por suicidio según grupo etario. Uruguay, 2021.





Tasa de mortalidad por suicidio según grupo etario. Uruguay, 2015-2021

Grupo etario	Tasa por 100.000 habitantes						2021
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
< 14	1.97	1.20	2.03	2.88	2.09	1.3	-
15-19	11.10	12.37	15.96	8.85	11.29	16.6	16,4
20-24	23.24	27.76	26.29	23.18	28.37	27.9	24,8
25-29	25.65	22.67	22.13	19.22	29.11	29.1	36,2
30-34	23.10	26.36	25.34	22.62	18.31	29.0	21,2
35-39	20.50	21.00	23.26	23.06	23.20	24.1	30,3
40-44	18.21	22.67	22.22	26.85	19.49	21.1	22,4
45-49	16.95	20.08	18.83	22.71	29.68	21.6	18,1
50-54	22.73	23.83	29.46	31.69	28.78	20.2	22,4
55-59	25.97	30.28	24.36	27.63	21.44	22.9	25,0
60-64	26.09	33.07	25.88	30.35	23.18	21.8	22,0
65-69	27.14	29.64	27.85	30.81	33.50	25.5	34,3
70-74	30.85	33.02	22.55	32.13	34.95	28.1	31,7
75-79	27.94	36.37	29.75	41.08	37.54	36.0	36,5
80-84							48,8
85-89	36.39	43.42	41.61	34.78	38.11	41.3	49,7
90+							40,4



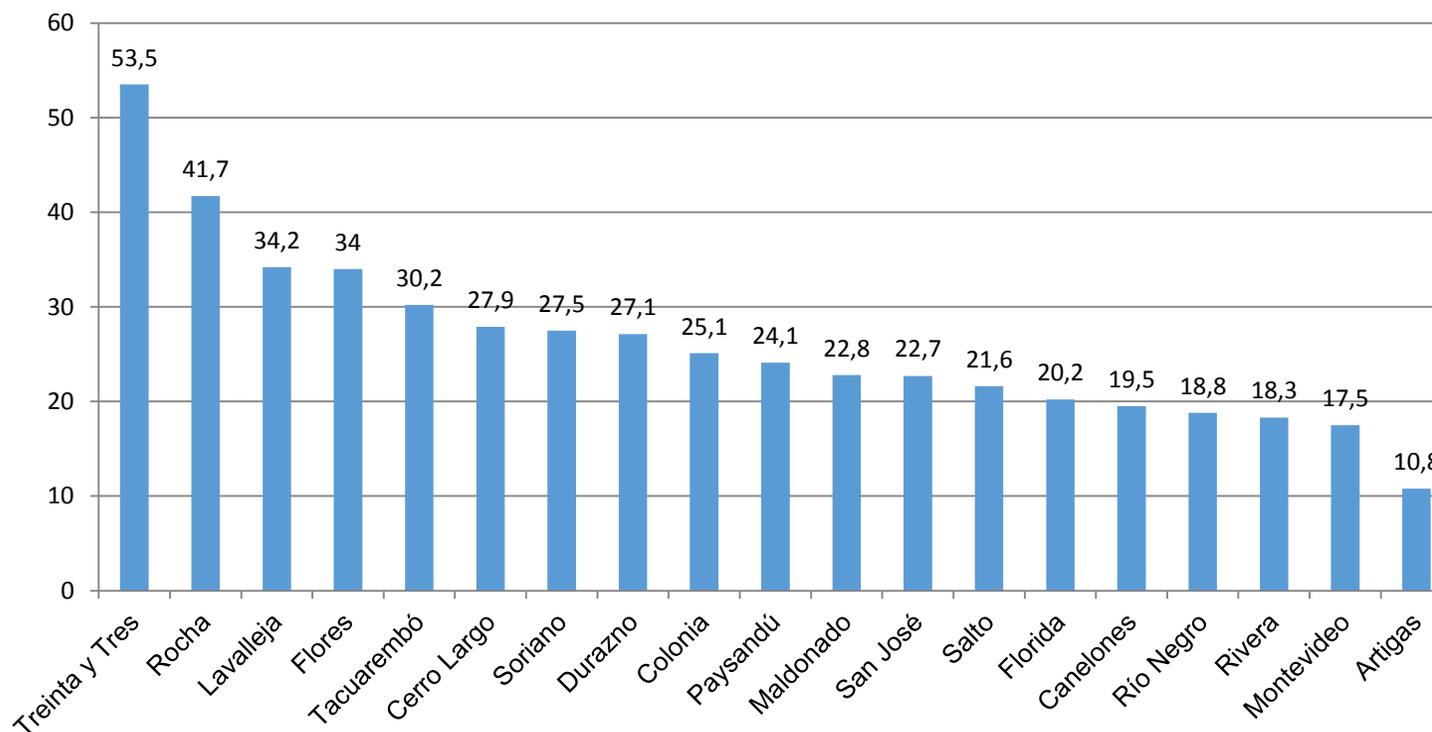
Defunciones por suicidio según método. Uruguay, 2021.

Método	Mujeres	Hombres	Total	%
Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (X70)	78	438	516	68%
Disparo de armas de fuego (X72-X74)	11	130	141	19%
Envenenamiento (X60-X69)*	18	18	36	5%
Ahogamiento y sumersión (X71)	7	13	20	3%
Saltar desde lugar elevado (X80)	7	10	17	2%
Humo, fuego y llamas (X76)	5	6	11	1%
Medios no especificados (X84)	4	4	8	1%
Objeto cortante-objeto Romo (X78-X79)	2	5	7	1%
Colisión vehículo motor (X82)	1	0	1	0%
Por otros medios especificados (electrocución) (X83)	0	1	1	0%
Total	133	625	758	100%



Mortalidad por suicidio por departamento. Uruguay, 2021

Departamento	Número	Tasa c/100.000 habitantes
Treinta y Tres	27	53,5
Rocha	31	41,7
Lavalleja	20	34,2
Flores	9	34
Tacuarembó	28	30,2
Cerro Largo	25	27,9
Soriano	23	27,5
Durazno	16	27,1
Colonia	33	25,1
Paysandú	29	24,1
Maldonado	45	22,8
San José	27	22,7
Salto	29	21,6
Florida	14	20,2
Canelones	119	19,5
Río Negro	11	18,8
Rivera	20	18,3
Montevideo	242	17,5
Artigas	8	10,8
Extranjero	2	-
Total	758	21,4





Tasa de mortalidad por suicidio por departamento. Uruguay, 2015-2021.

Departamento	Tasa por 100.000 habitantes						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Artigas	13.29	4.00	13.37	25.48	21.53	20.2	10,8
Canelones	16.59	21.25	20.12	19.19	21.13	18.9	19,5
Cerro Largo	23.47	21.22	20.10	26.79	29.01	17.9	27,9
Colonia	22.46	27.01	23.08	14.57	19.87	21.3	25,1
Durazno	27.12	27.12	30.51	18.65	28.82	22.0	27,1
Flores	18.86	11.32	7.55	15.09	15.10	18.9	34,0
Florida	18.76	20.20	20.20	20.20	23.08	28.8	20,2
Lavalleja	23.53	23.60	27.05	33.90	35.69	23.9	34,2
Maldonado	19.73	25.94	25.59	21.04	28.04	24.1	22,8
Montevideo	15.51	15.94	14.99	16.35	15.48	16.3	17,5
Paysandú	11.82	26.09	20.15	17.59	14.21	21.7	24,1
Río Negro	17.50	12.19	22.55	29.37	17.21	27.4	18,8
Rivera	10.21	9.25	12.92	24.87	21.14	15.6	18,3
Rocha	32.50	27.06	41.89	33.75	28.32	44.5	41,7
Salto	22.86	12.90	22.68	28.62	19.51	26.9	21,6
San José	22.85	30.52	33.74	28.33	34.93	25.4	22,7
Soriano	22.56	32.09	22.61	25.02	25.05	27.5	27,5
Tacuarembó	13.96	25.78	24.72	24.73	31.20	26.9	30,2
Treinta y Tres	31.66	25.73	27.71	23.76	23.76	25.8	53,5



Montevideo, 12 de junio de 2023

Directora General de Salud

Dra. Adriana Alfonso

En referencia a la solicitud de acceso a la información 3/3138/2023 que pide *“Me dirijo a ustedes con el fin de solicitar datos y estadísticas actualizadas sobre la situación de la salud mental en Uruguay.*

Estoy interesado en obtener información específica, como tasas de trastornos mentales, acceso a servicios de salud mental y cualquier otro dato relevante que puedan proporcionar. Esta información será utilizada con fines educativos y de investigación.

Agradecería mucho si pudieran facilitarme los datos más recientes disponibles y cualquier recurso adicional que pueda ayudarme a comprender la situación actual de la salud mental en el país.”, el Programa de Salud Mental informa que:

1. En lo relativo a tasas de trastornos mentales, Uruguay no cuenta con un estudio actualizado de prevalencia de los mismos, por lo que no se cuenta con esta información.
2. Sobre el acceso a servicios de Salud Mental se adjunta el Plan de Prestaciones en Salud Mental aprobado por el Ministerio de Salud Pública en 2011
3. Con relación a los recursos adicionales se adjunta la “Presentación de datos Suicidio en Uruguay 2021”.

Dra. Ima León

Unidad de Información

Montevideo, 14 de Junio de 2023

Ref. N° 12/001/3/3138/2023.-

Mediante acceso a la información pública se solicita:

“Datos y estadísticas actualizadas sobre la situación de la salud mental en Uruguay. Estoy interesado en obtener información específica, como tasas de trastornos mentales, acceso a servicios de salud mental y cualquier otro dato relevante que puedan proporcionar. Esta información será utilizada con fines educativos y de investigación. Agradecería mucho si pudieran facilitarme los datos más recientes disponibles y cualquier recurso adicional que pueda ayudarme a comprender la situación actual de la salud mental en el país.”

Consultada la Unidad de Información, se adjunta informe que luce en los presentes obrados, de fojas 6 a fojas 53-

En virtud de lo expuesto, se sugiere hacer lugar a lo solicitado en los términos del presente informe.-

Ministerio de Salud Pública

Dirección General de Secretaría

VISTO: la solicitud de información pública efectuada al amparo de lo dispuesto por la Ley N° 18.381 de 17 de octubre de 2008;

RESULTANDO: que la peticionante solicita acceder a datos y estadísticas actualizadas sobre la situación de la salud mental en Uruguay, como ser tasas de trastornos mentales, acceso a servicios de salud mental y cualquier otro dato relevante vinculado a la temática;

CONSIDERANDO: I) que corresponde hacer lugar a lo peticionado;

II) que de acuerdo a lo dispuesto por el Artículo 16 de la citada disposición legal, el acto que resuelva la petición debe emanar del jerarca máximo del Inciso o quien posea facultades delegadas al efecto;

ATENTO: a lo precedentemente expuesto y a lo establecido por Resolución Ministerial N° 38/991 de 22 de enero de 1991;

EL DIRECTOR GENERAL DE SECRETARÍA

en ejercicio de las atribuciones delegadas

RESUELVE:

- 1º) Autorízase el acceso a la información, en referencia a la solicitud efectuada, al amparo de lo dispuesto por la Ley N° 18.381, de 17 de octubre de 2008.
- 2º) Notifíquese a la parte interesada a través de Secretaría de la Dirección General de Secretaría. Pase al Departamento de Comunicaciones para su publicación en la página web institucional. Cumplido, archívese.

Ref. N° 001-3-3138-2023
VC